



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

Contratto di Assicurazione

Infortunati, Malattia e Perdita Pecuniarie

PROTEGGI AMMINISTRATORI SOCIETA'

Mod. 001.2017.PAS 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 PROTEGGI AMMINISTRATORI SOCIETA' mod. 001.2017.PAS ed.05.19
DIP-Documento informativo precontrattuale dei contratti assicurazioni danni
CF Assicurazioni S.p.A. - Prodotto "PROTEGGI AMMINISTRATORI SOCIETA"
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 **PROTEGGI AMMINISTRATORI SOCIETA'** è una polizza Ramo Infortuni e Malattia che prevede indennizzi finalizzati per recuperare quella parte di reddito di Impresa che potrebbe venir meno a causa dagli eventi assicurati che dovessero colpire gli uomini chiave dell'Azienda stessa ed evitare il rischio di non poter fare fronte ad impegni presi.



CHE COSA E' ASSICURATO?

Sono assicurati:

- ✓ Morte da infortunio
- ✓ Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia
- ✓ Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia

Il Contraente /Assicurato è garantito per qualsiasi attività professionale svolga escluse solo le attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo, forze dell'ordine e Piloti di veicoli aerei, oltre che per le attività Extraprofessionali.



CHE COSA NON E' ASSICURATO?

Non sono assicurabili tutte le persone fisiche:

- X che alla data di effetto della polizza , superino 70 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:

- ! Invalidità Permanente Totale: Carenza da Malattia 30 giorni.
- ! Inabilità Temporanea Totale da Infortuni e Malattia: Carenza: 60 gg per Malattie e franchigia 60 gg.



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.



DOVE VALE LA COPERTURA?

Le Garanzie valgono in tutto il mondo.
 La invalidità Permanente Totale dovrà essere poi riconosciuta e quantificata in Italia.



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.

Nei casi di polizze con durata poliennale con pagamento del premio in Unica Soluzione, la stessa si risolve automaticamente alla naturale scadenza senza tacito rinnovo.

Polizza PROTEGGI AMMINISTRATORI SOCIETA mod. 001.2017.PAS ed.05.19
DIP-DOCUMENTO AGGIUNTIVO DANNI
CF Assicurazioni S.p.A. - Prodotto "PROTEGGI AMMINISTRATORI SOCIETA"
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.

Inoltre: Rischi Esclusi

ESCLUSIONI RELATIVE ALLE GARANZIE MORTE DA INFORTUNIO - INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE e INABILITA TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO E MALATTIA

Sono esclusi dall'oggetto della garanzie i sinistri causati da:

- invalidità preesistenti nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti già diagnosticate all'assicurato prima della data di decorrenza della polizza;
- eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, inclusi gli stati di stress;
- partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- infortuni derivanti dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo;
- 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 volontario ,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;
- 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;
- 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,
- 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;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa - direttamente o indirettamente - ad atti terroristici;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;
- 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;
- malattie tropicali e pandemie;
- dolo dell'Assicurato.



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?

L'Assicurato o i suoi aventi causa devono predisporre entro 30 giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui ne abbiano avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del CC, comunicare per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla direzione della Società data, ora e luogo dell'evento, la causa presumibile che lo ha determinato, le sue conseguenze immediatamente note nonché le modalità di accadimento. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 C.C..

La denuncia andrà inviata all'Intermediario a cui è assegnata la polizza o, in alternativa alla Direzione Generale dell'Impresa- Divisione Sinistri ai seguenti

Recapiti: Divisione Sinistri CF Assicurazioni S.p.A., Via Paolo di Dono,73 - 00142 Roma. Recapito mail: sinistri@cfassicurazioni.com oppure, sinistricf@pec.it.

Alla denuncia si deve allegare la seguente documentazione probatoria a seconda delle garanzie operanti.

Per il caso Morte:

- 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 il Caso Invalidità Permanente Totale

- notifica di Invalidità Permanente Totale emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, etc. , in difetto di relazione, del medico legale attestante l'Invalidità Permanente Totale, il relativo grado e la causa della stessa.

Per il Caso Inabilità Temporanea Totale:

- 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),

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.



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 per polizze annuali, alla naturale scadenza per polizze poliennali con pagamento del premio in unica soluzione o in caso di sinistro, come da Condizioni di Assicurazione.



A CHI E' RIVOLTO QUESTO PRODOTTO

Alle Imprese che intendono assicurare il Responsabile -"Uomo Chiave"- dell'Azienda per non trovarsi improvvisamente, per un periodo di tempo, senza la Direzione Professionale se questi dovesse essere colpito dagli eventi garantiti che gli potrebbero impedire di proseguire nella sua attività e quindi sopperire, con un somma assicurata ad ammortizzare eventuali perdite di utile.



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE

I premi annuali o per 2,3,4,5 o 6 anni in unica soluzione previsti dalle tariffe del prodotto.
 - **Costi di Intermediazione:** In media gli intermediari ricevono una commissione del 50,00% del premio imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>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</p> <p>I reclami dovranno contenere:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	<p>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.</p> <p>Per liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.</p>

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 ASSICURAZIONI

Il presente documento è aggiornato al 31.12.2018

ART.1 - GARANZIE PRESTATE:

A - Morte da infortunio (in seguito definita **MI**)

B - Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia (in seguito definita **IPT**)

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

L'Assicurato è garantito per qualsiasi attività professionale svolga escluse solo le attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo, forze dell'ordine e Piloti di veicoli aerei, oltre che per le attività Extraprofessionali.

Le garanzie sono prestate dalla Società in base alle comunicazioni ed alle dichiarazioni dell'Assicurato.

Le garanzie Infortuni e Malattia sono valide senza limiti territoriali, ma la garanzia Invalidità Permanente, deve essere oggetto di accertamento da parte di un Ente o medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.

ART.2 - PRESTAZIONI

Morte da Infortunio (MI): La Società corrisponde l'indennità prevista in base alla Copertura per il caso di morte, per l'assicurato, deceduto in conseguenza di un infortunio anche se l'evento si verifichi entro due anni dalla data del sinistro avvenuto durante la validità della polizza.

La garanzia viene estesa a:

- **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.

Invalidità Permanente Totale (IPT): la Società corrisponde l'indennità prevista in base alla Copertura per il caso di invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia per l'assicurato, nei limiti e alle condizioni di cui alle Condizioni di Assicurazioni. 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 di 30 giorni se l'evento è derivante da Malattia.

Inabilità Temporanea Totale (ITT): La Società corrisponde l'indennità prevista, seguente l'evento, alla data di riconoscimento della Inabilità Temporanea Totale comprovato successivo al periodo di carenza di 60 giorni se l'evento è derivante da Malattia e della franchigia di 60 giorni pari alla somma assicurata come Rata Mensile. L'indennizzo sarà corrisposto per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi successivi se perdura la Inabilità Temporanea Totale. Relativamente alla presente garanzia, per momento del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure in caso di Malattia, la data della richiesta di certificazione medica attestante l'inabilità Temporanea Totale. L'erogazione della prestazione mensile cesserà al termine dello stato di Inabilità Temporanea Totale.

ART.3 REQUISITI D' ASSICURABILITA'

Per Infortuni, Malattia sono assicurabili tutte le persone fisiche,

- di età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti alla data di stipulazione della presente polizza;
- che abbiano sottoscritto la Proposta di Assicurazione e la Dichiarazione di buono stato di salute contenuta nello stesso.
- Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o del coniuge relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso; nonché la stessa cessazione dell' assicurazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 c.c. Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute che, chieste dalla Società e sottoscritte nella scheda di polizza 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.

L'Assicurazione cessa in ogni caso:

- Alla prima scadenza contrattuale dopo il compimento del 75° anno di età degli Assicurati.

ART.4 SOMME ASSICURATE

Sono le somme indicate nella scheda di proposta e certificato.

ART.5 – LIMITI D' INDENNIZZO

Morte da Infortunio: l'indennizzo sarà pagato pari alla Somma Assicurata risultante dalla scheda di polizza.

Invalità Permanente Totale: l'indennizzo sarà pagato pari alla Somma Assicurata risultante dalla scheda di polizza.

Inabilità Temporanea Totale: l'indennizzo sarà pagato pari alla Rata Assicurata risultante dalla scheda di polizza, per il massimo rate ammesse.

Nel caso di presenza di due Assicurati, come risultante dalla scheda di polizza, i limiti di indennizzo saranno ripartiti al 50% tra ciascuno.

ART.6 - DENUNCIA SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Il Contraente o l'Assicurato devono:

a) entro 30 giorni dalla data del sinistro, o dal momento in cui ne abbiano avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del CC, comunicare per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla direzione della Società data, ora e luogo dell'evento, la causa presumibile che lo ha determinato, le sue conseguenze immediatamente note nonché le modalità di accadimento. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 C.C.;

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

c) far pervenire tempestivamente documenti o atti a dimostrazione degli eventi per cui, viene richiesto l'indennizzo utilizzando anche il modello messo a disposizione dalla Società stessa e consegnato congiuntamente alla scheda di polizza o reperibile presso la Società stessa

OGGETTO DELL' ASSICURAZIONE

SEZIONE A

MORTE DA INFORTUNIO

ART.7- OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Morte dell'Assicurato per Infortunio, la Società corrisponderà l'Indennizzo, nei termini di cui al successivo Art.8 qualora:

- l'Infortunio che ha determinato il decesso, si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del successivo Art 23;
- 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. 8.
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 9 "ESCLUSIONI"
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 6 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART.8 – INDENNIZZO

In base alla Copertura per il Caso di Morte da Infortunio e nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, l'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere sarà pagato per ciascuna persona deceduta e garantita, nel limite della Somma Assicurata, al Contraente/ Beneficiario.

ART.9 - 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.10- DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Ai fini della denuncia del Sinistro, gli aventi diritto devono 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;
- 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. 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

ASSICURAZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

ART.11 OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Invalidità Permanente Totale, la Società corrisponderà l'Indennizzo di cui al successivo Art.12 qualora:

- l'Infortunio o la Malattia si siano verificati durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del successivo Art 23;
- l'Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato sia riconosciuta in prima istanza, entro 12 mesi dalla data del sinistro da Infortunio o da Malattia che l'ha provocata sia successiva alle ore 24,00 della data termine del Periodo di Carenza per malattia di 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. 12.
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 13 "ESCLUSIONI"
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 6 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART.12 – 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, sarà pagato nel limite della Somma Assicurata al 50% alla Società Contraente e al 50% all'Assicurato.

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, il 50% alla Società Contraente e al 50% agli eredi legittimi e/o testamentari.

ART.13 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Invalidità Permanente Totale causati da:

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

ART.14- DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

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

ART.15 – CONTROVERSIE - ARBITRATO

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

SEZIONE C

Art.16 ASSICURAZIONE PER INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, la Società corrisponderà l'Indennizzo di cui al successivo Art.17 "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.23 "DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE";
- il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 60 giorni da Malattia, successivo alla data di decorrenza;
- l 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.6 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART.17- 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 Somma Assicurata come Rata Mensile.

L'indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro il massimale mensile indicato nella Proposta e nel Certificato di Assicurazione anche se la rata effettiva del Piano di Addebito fosse superiore.

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

Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare ai sensi dei precedenti commi del presente articolo è di 12 Indennizzi mensili per ciascun Sinistro e di 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

Si conviene che l'Indennizzo per il caso di inabilità Temporanea Totale sarà pagato nel limite della Somma Assicurata al 50% alla Società Contraente e al 50% all'Assicurato.

ART.18 - ESCLUSIONE DALLE GARANZIE ASSICURATIVE

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

- **conseguenze di Malattie, malformazioni, stati patologici e Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza e già diagnosticati a tale data all'Assicurato;**
- **Infortuni o Malattie causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere dallo stesso procurato;**
- **incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo o di deltaplano o di ultraleggero e, in ogni caso, se viaggia in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;**
- **incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;**
- **contaminazione biologica e/o chimica connessa - direttamente o indirettamente - ad atti terroristici;**

- dolo dell'Assicurato;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;
- pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme; scalata di roccia o ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatici bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei genere,
- partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche salvo che abbiano carattere ricreativo;
- Infortuni o Malattie causati all'Assicurato da etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- Infortuni causati da guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;
- cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;
- malattie tropicali;
- svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo;
- infortuni o malattie verificatisi durante lo svolgimento del Servizio di Leva o quello Sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazioni o motivi di carattere eccezionale;
- Infortuni o Malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, inclusi gli stati di stress;
- interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di efficacia della Copertura;
- qualunque condizione di salute o Malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili;
- le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Temporanea Totale;
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Proposta di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art.3 "REQUISITI DI ASSICURABILITA" della presente Polizza.

ART.19 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI.

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato deve allegare al modulo, di cui al precedente Art.6 "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 il Conto Corrente Bancario di riferimento;

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.20 - 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 24 indennizzi mensili.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 21 - 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 Codice Civile.

ART. 22- Altre assicurazioni

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

ART. 23 – Effetto e durata dell'Assicurazione e pagamento del premio.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. La durata della polizza può essere, secondo la scelta operata e risultante dalla scheda di polizza, annuale con tacito rinnovo, o poliennale con pagamento in unica soluzione senza tacito rinnovo.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza a parziale deroga dell'art. 1901 c.c. e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze. i premi devono essere pagati all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Sui premi corrisposti in unica soluzione anticipati per più anni, gli stesso sono scontati di un 3% annuo.

ART. 24- Modifiche dell'assicurazione

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

ART. 25 - 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.

ART. 26 - Diminuzione del rischio

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

ART. 27 - 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. Le parti concordano che non potrà esercitarsi il recesso se il sinistro è determinato da evento Malattia.

ART. 28 - Proroga dell'assicurazione.

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita al meno 30 giorni prima della scadenza da una delle parti contrattuali, la polizza è prorogata per un anno. Qualora la polizza abbia durata poliennale, e il premio è stato corrisposto in unica soluzione, alla scadenza pattuita, il contratto sarà risolto senza necessità di disdetta tra le parti.

ART. 29 Oneri fiscali

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

ART.30- 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 ed identificato secondo lo stato occupazionale dell'attività lavorativa. (lavoratore Autonomo, libero professionista, dipendente pubblico/statale, dipendente privato) e il suo coniuge per le garanzie: Morte e Grandi Interventi.

Beneficiario: al 50% l'Assicurato/i e la Contraente per le Garanzia IPT e ITT, la Contraente al 100% per il caso di Morte.

Carenza: numero di giorni dall'inizio della efficacia della polizza durante i quali il Piano Assicurativo non è efficace relativamente agli eventi derivanti da Malattia. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata.

Contraente: la persona giuridica che stipula l'assicurazione.

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

Decorrenza: le coperture assicurative decorrono dalle ore 24,00 del giorno indicato nel Certificato di Assicurazione a condizione che il premio sia stato pagato.

Franchigia: la parte di indennizzo 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 base alle coperture assicurative di cui alla presente polizza a seguito del verificarsi di un sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce la morte o 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 maleore o di incoscienza o avvenuti durante fatti delittuosi purché l'Assicurato non vi abbiamo preso parte attiva.

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.

Invalidità Permanente Totale: la perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria attività professionale. 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 24 mesi da tale data o, a seguito di comunicazioni annuali, sino a quando questa verrà riconosciuta tale.

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.

Pandemia: Epidemia (il diffondersi di una malattia, in genere infettiva) con tendenza a diffondersi ovunque, cioè a invadere rapidamente vastissimi territori e continenti.

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

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.

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

Proposta di Assicurazione: la proposta della Società di prestare la copertura assicurativa secondo i termini previsti dalle Condizioni di Assicurazione e sottoscritta dal Contraente.

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.

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.



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

Società: la CF Assicurazioni S.p.A.

Stato Professionale: la specifica professione lavorativa 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.