



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

Contratto di Assicurazione

Infortunati, Malattia e Perdite pecuniarie

CF SEI COPERTO TC

Mod. 008.2017.SC.TC05.18 ed.05.19

Il presente Set Informativo contenente:

- *Documento Informativo Precontrattuale*
- *Documento Informativo Aggiuntivo Precontrattuale*
- *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 SEI COPERTO mod. 008.2017.SC.TC 05.18 ed.05.19
DIP-Documento informativo precontrattuale dei contratti assicurazioni danni
CF Assicurazioni S.p.A. - Prodotto "CF SEI COPERTO"
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 polizza Proteggi Reddito è una polizza Rami Danni che prevede degli indennizzi finalizzati al mantenimento del reddito per poter onorare gli impegni personali e/o familiari.



CHE COSA E' ASSICURATO?

Sono assicurati in base all'opzione prescelta:

✓ **Opzione .1**

✓ **Per Lavoratori Autonomi , Liberi Professionisti e Lavoratori Dipendenti Pubblici o Statali:**

Garanzia 1	Invalità Permanente Totale da Infortuni o malattia (IPT)
Garanzia 2	Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o malattia (ITT)

✓ **Opzione .2**

✓ **Per Lavoratori Dipendenti di Imprese Private:**

Garanzia 1	Invalità Permanente Totale da Infortuni o malattia (IPT) per una somma
Garanzia 3	Perdita Involontaria d'Impiego (PII)



CHE COSA NON E' ASSICURATO?

Non sono assicurabili tutte le persone fisiche:

- X che alla data di scadenza della polizza , superino 70 anni compiuti.
- X che dichiarino di non essere in uno stato generale di buona salute.
- X se dipendenti di imprese private siano assunti con contratto a tempo indeterminato da meno di 1 anno e di imprese con meno di 3 dipendenti.

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:

! Garanzia 1	Limite d'Indennizzo: pari a 30 volte la rata della combinazione scelta. Carenza: 30 gg per Malattie
! Garanzia 2	Limite d'Indennizzo: pari a 12 rate della combinazione scelta, per sinistro, con il massimo di 2 volte per la durata 5 anni, con il massimo di 3 volte per la durata 10 anni. Carenza: 30 gg per Malattie e franchigia 60 gg.
! Garanzia 3	Limite d'Indennizzo: pari a 5 rate per sinistro, con il massimo di 2 volte per la durata 5 anni, 8 rate per sinistro con il massimo di 3 volte per la durata 10 anni. Carenza: 90 gg e franchigia 60 gg.



DOVE VALE LA COPERTURA?

Le Garanzie Infortuni e Malattia valgono in tutto il mondo.

La invalidità Permanente Totale dovrà essere poi riconosciuta e quantificata in Italia.La perdita d'impiego opera solo in Italia, Repubblica di San Marino o Stato del Vaticano in quanto gli assicurati devono essere dipendenti di aziende residenti nei predetti Stati e con partita Iva Italiana



CHE OBBLIGHI HO?

- Il Contraente deve sottoscrivere delle dichiarazioni in ordine alle circostanze del rischio che vengono proposte dalla Impresa nella Proposta di Assicurazione. 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, in forma di pagamento anticipato in unica soluzione, si deve pagare il giorno della decorrenza della polizza o quando la proposta e certificato vengono emessi e sottoscritti dalle parti.

Il pagamento del premio avverrà prettamente attraverso gli intermediari con i quali è stata 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.



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Questa tipologia di contratto NON PREVEDE DISDETTA, ma essendo un contratto solo con durate poliennali e pagamento del premio in unica soluzione per cinque o dieci anni, lo stesso cesserà in automatico alla scadenza prevista. **Dopo il quinto anno, essendo stato applicato uno sconto ai premi, si potrà recedere con preavviso di 60 gg.**

Polizza CF SEI COPERTO mod. 008.2017.SC.TC 05.18 ed.05.19

DIP-DOCUMENTO AGGIUNTIVO DANNI

CF Assicurazioni S.p.A. - Prodotto "CF SEI COPERTO"

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?

Opzione. 1 e 2

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.

Rischi Esclusi

Per le garanzie Infortuni e Malattia della Invalidità Permanete Totale e Inabilità Temporanea Totale

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

- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- infortuni o malattie verificatisi durante lo svolgimento del Servizio di Leva o quello Sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazioni o motivi di carattere eccezionale;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle
 - atomiche (fissione e fusione nucleare. isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.;
 - effetto di sieropositività HIV, AIDS
- effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici
- connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere, dallo stesso procurato;
- malattie tropicali e pandemie;
- svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo.
- 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.

Relativamente alla garanzia Perdita d'Impiego non sono coperti dalla presente polizza i casi di disoccupazione se:

- l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro in Impresa con almeno 3 dipendenti. Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- se la disoccupazione sia durata meno di sei mesi;
- alla Data di decorrenza l'Assicurato era a conoscenza della prossima Disoccupazione, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato; la Disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa, per motivi disciplinari o professionali;
- la Disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
- la Perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o la relativa perdita e la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio, contratto di formazione e lavoro, apprendistato, ecc.) o dell'interruzione di un rapporto di "Lavoro a Progetto" (ex Collaboratori Coordinati Continuativi);
- l'Assicurato svolge la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
- l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà (dimissioni o risoluzioni consensuali con il datore di lavoro);
- l'Assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato in Italia INPS, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in mobilità e di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria;
- l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
- la Disoccupazione è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dall'Indennizzo in caso di Inabilità temporanea totale;
- la Disoccupazione è conseguenza di licenziamento tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
- l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova.



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?

Denuncia di sinistro	<p>L'Assicurato o i suoi aventi causa devono predisporre entro 3 giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui ne abbiano avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del CC, comunicare per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla direzione della Società data, ora e luogo dell'evento, la causa presumibile che lo ha determinato, le sue conseguenze immediatamente note nonché le modalità di accadimento. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 C.C.. 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.</p> <p>in caso di Invalidità Permanente Totale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - copia del documento di identità o altro documento equipollente; - 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. <p>in caso di Inabilità Temporanea Totale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - copia del documento di Identità, o altro documento equipollente; - attestato che certifichi la sua condizione di Lavoratore Autonomo (es.: copia dei certificati di attribuzione del numero di partita IVA) - certificato medico attestante l'inabilità Temporanea Totale, eventuale certificato da ricovero in ospedale e copia della cartella clinica; - i successivi certificati medici emessi alla scadenza dei precedente <p>in caso di Perdita d'Impiego:</p> <ul style="list-style-type: none"> - copia della scheda professionale e del contratto di lavoro; - copia della lettera di licenziamento e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro; - copia di un documento comprovante l'iscrizione negli elenchi anagrafici con lo status di disoccupato in Italia o l'inserimento nelle liste di mobilità o nella Cassa integrazione Guadagni Straordinaria, e l'eventuale permanenza in tali liste; <p>l'attestazione del ricevimento delle indennità di Disoccupazione, di Mobilità o di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria.</p>
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 per scadenza naturale al quinto o decimo anno secondo la scelta della durata effettuata o in caso di sinistro come da Condizioni di Assicurazione.



A CHI E' RIVOLTO QUESTO PRODOTTO

Alle persone che hanno impegni familiari con il fine di poter mantenere lo stato patrimoniale dell'Assicurato nel caso in cui gli eventi garantiti ne potrebbero ridurre o azzerare le potenzialità.



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE

I premi unici per 5 o 10 anni in unica soluzione previsti dalle tariffe del prodotto.
 - **Costi di Intermediazione:** In media gli intermediari ricevono una commissione del 51,90% 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 transfrotaliere 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.

Finalità dell'Assicurazione.

Con le seguenti garanzie viene sostenuto, il mantenimento dello stato patrimoniale dell'Assicurato nel caso in cui gli eventi garantiti ne potrebbero ridurre o azzerare le potenzialità.

Il presente documento è aggiornato al 30.05.2019

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

ART.1 - GARANZIE PRESTATE:

Op.1A: Per Lavoratori Autonomi , Liberi Professionisti e Lavoratori Dipendenti Pubblici o Statali:

A) Invalidità Permanente Totale (IPT)

B) Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o malattia (in seguito definita ITT)

Op.2A: Per Lavoratori Dipendenti di Imprese Private:

A) Invalidità Permanente Totale (IPT)

B) Perdita Involontaria d'Impiego (inseguito definita PII) perdurante per almeno sei mesi continuativa per essere operante.

ART.2 - PRESTAZIONI

Invalidità Permanente Totale (IPT) : La Società corrisponde un Indennizzo forfettario alla data di riconoscimento dell'Invalidità Totale e Permanente. Per momento del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della richiesta di certificazione medica attestante l'Invalidità Permanente Totale presentata agli Enti competenti. Opera una Carenza 30 giorni se l'evento è derivante da Malattia.

Inabilità Temporanea Totale (ITT): La Società corrisponde un indennizzo per Inabilità Temporanea Totale avente inizio trascorso il periodo di carenza di 60 giorni, e per ciascuna rata scadente durante il periodo di Inabilità Temporanea Totale successivo al periodo di franchigia di 60 giorni, l'Indennizzo ,pari alla rata mensile assicurata e sarà corrisposta 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.

Perdita Involontaria d'Impiego (PII): La Società corrisponde un Indennizzo per ciascuna rata assicurata durante il periodo disoccupazione comprovato che generi lo stato di disoccupazione continuata per almeno 6 mesi, al netto del Periodo di carenza di 90 giorni e della Franchigia di 60 giorni, l'Indennizzo è pari alla rata assicurata mensile. Se la Perdita d'Impiego fosse derivante da fallimento comprovato dell'azienda da cui dipende l'Assicurato, la rata mensile assicurata sarà indennizzata con un importo aggiuntivo pari al 10% della stessa.

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

ART.3 REQUISITI DI ASSICURABILITA'

Sono assicurabili tutte le persone fisiche, che producono un reddito attivo:

- di età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti alla data di stipulazione della presente polizza e che alla data di scadenza della polizza , non abbiano ancora compiuto 70 anni;
- che abbiano sottoscritto la Proposta di Adesione e la Dichiarazione di Buono stato di salute contenuta nella stessa;
- se dipendenti di imprese private siano assunti con contratto a tempo indeterminato da almeno 1 anno di imprese con almeno 3 dipendenti.

Non sono assicurabili le Persone fisiche affette da:

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

ART.4 - DIRITTO DI RECESSO

A fronte dello sconto applicato, come previsto al successivo art.6 delle Condizioni di Assicurazione, ai sensi dell'art. 1899 del Codice Civile, se la durata dell'Assicurazione supera i cinque anni, il Contraente, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto senza oneri, con preavviso di sessanta giorni da inviarsi a mezzo lettera raccomandata AR, con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

ART.5 - LIMITI DI INDENNIZZO

. L'indennizzo non potrà superare:

- **in caso di invalidità Permanente Totale:** 30 volte l'importo della rata mensile indicata nella scheda di polizza.
- **in caso di inabilità Temporanea Totale:** l'importo della rata mensile indicata nella scheda di polizza con il massimo indennizzo di 12 rate per sinistro e con il massimo di 2 volte per polizze di durata 5 anni e 3 volte per polizze di durata 10 anni.
- **in caso di Perdita Involontaria d'Impiego** l'importo della rata mensile indicata nella scheda di polizza con il massimo indennizzo di 5 rate per sinistro e con il massimo di 2 volte per polizze di durata 5 anni e di 8 rate per sinistro 3 volte per polizze di durata 10 anni.

Se in proposta e in polizza, dovesse figurare un secondo Assicurato, tutte le somme assicurate si intendono ripartite al 50% tra il primo e il secondo assicurato.

ART.6 - PREMIO ASSICURATIVO

Le garanzie assicurate sono garantite previo pagamento alla Società di un premio unico, da parte del Contraente, in via anticipata e in un'unica soluzione Il premio lordo è comprensivo dell'imposta di legge.

La presente polizza prevede l'applicazione di uno sconto di premio pari al 3% relativamente ai premi di durata pluriennale come indicato nella Proposta e nel Certificato di Assicurazione.

L'assicurazione ha effetto se il premio è stato corrisposto; **altrimenti avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.**

ART.7 - ANTICIPATA RISOLUZIONE POLIZZA PLURIENNALE.

In caso di anticipata risoluzione, dopo il quinquennio, a seguito dello sconto applicato, prima dei termini originariamente convenuti, la copertura assicurativa si intenderà decaduta e la Società provvederà a rimborsare al Contraente la quota pro-rata del premio netto dedotto il 15% a titolo di caricamento spese amministrative comprensive delle spese di rimborso, pagato e non fruito come da seguente formula .

$$R = (PN \times 0,85) / N \times T$$

Dove:

R = rimborso

PN = premio netto

N = numero di rate mensili totali della durata della polizza.

T = numero di rate mensili residue dalla data di risoluzione alla scadenza della polizza.

Tale rimborso verrà corrisposto al Contraente entro 60 giorni dal ricevimento della richiesta.

ART.8 - DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

ART.9 – 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.

OGGETTO DELL' ASSICURAZIONE SEZIONE A

Art.10 - ASSICURAZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA.

OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Invalidità Permanente Totale, la Società corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art.11 "INDENNIZZO" qualora:

- l'Infortunio o la Malattia si siano verificati durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art 4, "DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE";
- il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 60 giorni successivo alla data di decorrenza
- l'Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato sia riconosciuta entro 12 mesi dalla data del sinistro da Infortunio o da Malattia che l'ha provocata;
- la Società abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento dell'indennizzo di cui al successivo Art. 11 "INDENNIZZO";
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 12 "ESCLUSIONI"
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART.11 – INDENNIZZO

- L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere in base alla Copertura per il Caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste in un importo pari n.30 rate come da scelta risultante dalla scheda di Polizza .
- nel caso di Infortunio, alla data del Sinistro che ha generato l'Invalidità Permanente Totale da Infortunio,
- nel caso di Malattia, alla data della denuncia della Malattia che ha determinato l'Invalidità Permanente Totale da Malattia,

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

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.

L'Indennizzo sarà pagato nel limite dei massimali indicati all'Art.5 delle presenti condizioni generali.

ART.12 – ESCLUSIONE DALLE GARANZIE ASSICURATIVE

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

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

- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- effetto di sieropositività HIV, AIDS;
- effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici
- connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere, dallo stesso procurato;
- malattie tropicali e pandemie;
- svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo;

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

ART.13- DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono allegare al modulo, del precedente Art.8 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI", la seguente documentazione:

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

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.14- ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA.

OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, la Società corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art.15 "INDENNIZZO" qualora:

- il Sinistro da l'Inabilità Temporanea Totale si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace";
- il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 60 giorni successivo alla data di decorrenza;
- Il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 16 "ESCLUSIONI" ;
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.8 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART.15- INDENNIZZO

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

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 con il massimo di 2 volte per polizze di durata 5 anni e 3 volte per polizze di durata 10 anni.

ART.16 - 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 e pandemie;
- 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 paranoici, 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.17 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI.

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato deve allegare al modulo, di cui al precedente Art.8 "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),

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.18 - 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 o di 36 indennizzi mensili.

SEZIONE B

ART.19 - ASSICURAZIONE PER PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO

OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Disoccupazione, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo di cui al successivo Art. 20 "INDENNIZZO" qualora:

- si sia verificato un Sinistro consistente nel sopravvenire dello stato di Disoccupazione a carico dell'Assicurato durante il periodo di efficacia della copertura che generi lo stato di disoccupazione continuata per almeno 6 mesi;
- la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento o di una comunicazione equivalente, sia successiva alle ore 24,00 della data termine del Periodo di Carenza di 90 giorni successivo alla data di decorrenza delle garanzie.
- Il sinistro non rientri nelle successive esclusioni di cui al successivo Art.21 "ESCLUSIONI";
- L'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.8 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART.20 – INDENNIZZO

L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere in base alla Copertura per caso di Disoccupazione, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro di una somma pari alla rata mensile assicurata e risultante dalla scheda di polizza. Se la Perdita d'Impiego fosse derivante da fallimento comprovato dell'azienda da cui dipende l'Assicurato, la rata mensile assicurata sarà indennizzata con un importo aggiuntivo pari al 10% della stessa.

- In caso di Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se sia trascorso il periodo di carenza pari a 90 giorni e il Periodo di Franchigia Assoluta consecutivi pari a 60 giorni di Disoccupazione. Gli indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare ai sensi dei precedenti commi del presente articolo, è di 5 Indennizzi mensili per ciascun Sinistro e con il massimo di 2 volte per polizze di durata 5 anni e di 8 indennizzi per sinistro e massimo 3 volte per polizze di durata 10 anni.

ART.21 – ESCLUSIONI

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

- l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro in Impresa con almeno 3 dipendenti. Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- se la disoccupazione sia durata meno di sei mesi;
- alla Data di decorrenza l'Assicurato era a conoscenza della prossima Disoccupazione, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- la Disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa, per motivi disciplinari o professionali;
- la Disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;

- la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o la relativa perdita e la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio, contratto di formazione e lavoro, apprendistato, ecc.) o dell'interruzione di un rapporto di "Lavoro a Progetto" (ex Collaboratori Coordinati Continuativi);
- l'Assicurato svolge la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
- l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà (dimissioni o risoluzioni consensuali con il datore di lavoro);
- l'Assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato in Italia INPS, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in mobilità e di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria;
- l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
- la Disoccupazione è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dall'Indennizzo in caso di Inabilità temporanea totale;
- la Disoccupazione è conseguenza di licenziamento tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
- l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti dall' Art 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITA'" della presente Polizza.

ART.22 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art.16 "INDENNIZZO", l'Assicurato deve allegare al modulo, di cui al precedente Art.8 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" la seguente documentazione:

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

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

ART.23 - DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Disoccupazione o dopo la denuncia di un sinistro durante il periodo di Carenza pari a 90 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Disoccupazione se, dal termine del sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di riqualificazione di 180 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere un lavoratore dipendente ed abbia superato il periodo di prova. Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione ad una Copertura per Disoccupazione cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 10 o 15 indennizzi mensili.

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 – ALTRE ASSICURAZIONI

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

ART. 26 - EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. **Se il Contraente non paga i premi, 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'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

ART. 27- MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 28 – AGGRAVAMENTO o DIMINUZIONE 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. 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.

Il contratto prevede solo durate poliennali con pagamento del premio in unica soluzione per cinque o dieci anno, pertanto lo stesso cesserà in automatico alla scadenza prevista.

ART. 31- ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

ART. 32 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

GLOSSARIO : Definizioni

Assicurato: persona fisica che aderisce alla presente polizza il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Beneficiario: L'Assicurato per tutte le Garanzie prestate.

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

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

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

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

Disoccupazione: lo stato dell'Assicurato, Lavoratore Dipendente a tempo indeterminato, qualora egli:

- abbia cessato, non volontariamente, la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra attività.
- sia iscritto presso il Centro per l'impiego (o nelle liste di collocamento o equivalente con status di disoccupato in Italia) o percepisca un'indennità derivante da trattamento di mobilità o di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria;
- risulti privo di lavoro o comunque non impiegato in qualunque altra occupazione che generi un reddito o un guadagno
- non rifiuti eventuali offerte di lavoro irragionevolmente.

Ai fini della operatività della presente garanzia la disoccupazione deve essere contibnuativa per almeno sei mesi per divenire operante.

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

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

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società, in caso di sinistro indennizzabile, con i limiti e i massimali previsti dalle coperture assicurative di cui alla presente polizza.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli infortuni: l'asfissia non di origine morbosa; gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; l'annegamento; l'assideramento o il congelamento; i colpi di sole o di calore; le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie; gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

Invalidità Permanente Totale: se l'assicurato, al momento del verificarsi dell'evento che determina l'invalidità (data dell'infortunio o data di denuncia della malattia), è lavoratore autonomo o dipendente, l'invalidità sarà riconosciuta se avrà determinato la perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria attività professionale o non, l'invalidità sarà riconosciuta quando il grado percentuale di Invalidità Permanente subita dall'Assicurato sia pari o superiore al 66% della Totale sulla base e secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nei T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30.6.1965 n°1124 "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente -industria". La valutazione dell'Invalidità Permanente verrà effettuata non prima che siano decorsi due mesi dalla data della denuncia della Malattia o dell'Infortunio e comunque non oltre i dodici mesi da tale data.

Nel caso di invalidità da malattia, in presenza di richiesta ritardata, dove il ritardo non è colpa dell'assicurato, la Società può stabilire la data di sinistro secondo l'evidenza medica comprovata.

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

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

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

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

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

Parti: Contraente, Assicurato, Società.

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

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

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

Polizza/Certificato; il documento rilasciato dalla Società che identifica le prestazioni, la durata e i costi per Assicurato. In tale documento viene indicato l'importo erogato e la rata mensile di ammortamento.

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

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

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.

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

Società: CF Assicurazioni S.p.A.

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

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