



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

Contratto di Assicurazione

Infortunati, Malattia, Perdite Pecuniarie

SEI COPERTO

Mod.006.2017.SCr ed.12.20

Il presente Set Informativo, contenente:

- *Documento Informativo Precontrattuale Danni*
- *Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo Danni*
- *Condizioni di Assicurazione*
- *Glossario*
- *Modello Proposta di Assicurazione*

*è stato realizzato seguendo le linee guida del tavolo tecnico
ANIA – Associazioni Consumatori – Associazioni Intermediari
per
“Contratti Semplici e Chiari”*

*deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione
unitamente alla Proposta di Assicurazione.*

Il presente contratto ha una natura facoltativa, garantisce all'Assicurato una tutela del proprio tenore di vita in caso di eventi imprevisti e non ha alcuna connessione con l'eventuale sottoscrizione di un prestito o di un mutuo, non costituendone condizione per ottenerlo, anche nel caso in cui venga proposto in concomitanza alla erogazione dello stesso.

Di conseguenza, in caso di estinzione anticipata totale o parziale del mutuo o del prestito, la copertura assicurativa rimarrà invariata ed in vigore fino alla sua naturale scadenza e la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione del premio.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il presente Set Informativo, disponibile anche sul sito internet della Società www.cfassicurazioni.com

ASSICURAZIONE INFORTUNI -MALATTIA-PERDITE PECUNIARIE
DIP-Documento informativo relativo al prodotto assicurativo
CF Assicurazioni S.p.A. - Prodotto "CF SEI COPERTO mod. 006.2017.SCr ed.12\2020"
Il presente DIP Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

Che tipo di assicurazione è?: La polizza CF SEI COPERTO è una polizza Rami Danni (Infortuni, Malattia, Perdite Pecuniarie) costituita da una combinazione di garanzie finalizzate a tutelare lo stato patrimoniale dell'assicurato .

Il presente contratto ha una natura facoltativa, garantisce all'Assicurato una tutela del proprio tenore di vita in caso di eventi imprevisi e non ha alcuna connessione con l'eventuale sottoscrizione di un prestito o di un mutuo, non costituendone condizione per ottenerlo, anche nel caso in cui venga proposto in concomitanza alla erogazione dello stesso.

Di conseguenza, in caso di estinzione anticipata totale o parziale del mutuo o del prestito, la copertura assicurativa rimarrà invariata ed in vigore fino alla sua naturale scadenza e la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione del premio.



Che cosa è assicurato?

✓ **Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia.**

(garanzia operante per tutte le tipologie di lavoratori , quindi per Lavoratori Autonomi, Liberi Professionisti, Lavoratori Dipendenti di Imprese Private e Lavoratori Dipendenti Pubblici o Statali.)

✓ **Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio o da Malattia.**

(Opzione 1, garanzia operante esclusivamente per Lavoratori Autonomi, Liberi Professionisti e Lavoratori Dipendenti Pubblici o Statali per Lavoratori Autonomi)

✓ **Perdita involontaria d'Impiego**

(Opzione 2, garanzia operante esclusivamente per Lavoratori Dipendenti di Imprese Private)

La somma assicurata indicata in polizza deve intendersi quale rata mensile.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili tutte le persone fisiche che non producano un reddito attivo;
- ✗ 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 da sindrome organiche cerebrali
- ✗ Non sono assicurabili tutte le persone fisiche
 - di età non compresa tra 18 e 65 anni non compiuti alla data di stipulazione della polizza e che alla data di scadenza della Polizza, abbiano compiuto 70 anni;
 - che dichiarino di non essere in buono stato di salute ;

- ✗ che, se dipendenti di imprese private, non siano assunti con contratto a tempo indeterminato da almeno 1 anno presso imprese con almeno 3 dipendenti



Ci sono limiti di copertura?

- ! La polizza prevede limiti d'indennizzo, carenze e franchigie:
- ! Garanzia Invalidità Permanente Totale
Limite d'Indennizzo: pari a 30 volte la somma assicurata della combinazione scelta.
Carenza: 30 gg per Malattie
- ! Garanzia Inabilità Temporanea Totale
Limite d'Indennizzo: pari a 12 volte la somma assicurata mensile della combinazione scelta, per sinistro, con il massimo di 2 sinistri per la durata contrattuale di 5 anni, con il massimo di 3 sinistri per la durata contrattuale di 10 anni.
Carenza: 30 gg per Malattie e franchigia 60 gg.
- ! Garanzia Perdita Involontaria d'Impiego
Limite d'Indennizzo: pari a 5 volte la somma assicurata mensile per sinistro, con il massimo di 2 sinistri per la durata contrattuale di 5 anni, 8 volte la somma assicurata per sinistro con il massimo di 3 sinistri per la durata contrattuale di 10 anni.
Carenza: 90 gg e franchigia 60 gg.



Dove vale la copertura?

Le Garanzie operanti in riferimento ad Infortuni o Malattia valgono in tutto il mondo.
La invalidità Permanente Totale dovrà essere poi riconosciuta e quantificata in Italia.
La Garanzie per Perdita Involontaria 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.



Che obblighi ho?

Il Contraente, all'atto della sottoscrizione della proposta e del certificato di assicurazione, ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, come pure ha il dovere di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportino un aggravamento del rischio assicurato.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio assicurato, come pure la mancata comunicazione, nel corso del contratto, dei cambiamenti che comportino un aggravamento del rischio stesso, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893, 1894 e 1898 c.c..



Quando e come devo pagare?

Il premio viene pagato in unica soluzione per l'intera durata della polizza ed è anticipato.

Il premio di polizza potrà essere pagato in contanti (per importi sino a €750,00), assegni, bonifici, POS (per importi non inferiori ad € 30).

Il pagamento del premio avverrà attraverso gli intermediari con i quali è stata conclusa la polizza oppure alla Società



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.

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



Come posso disdire la polizza?

Il Contraente ha diritto di recedere, ai sensi dell'Art.1899 del C.C. in materia di polizze poliennali, trascorso il quinquennio dalla decorrenza della Polizza, in quanto applicato sconto al premio poliennale, in misura del 3%, rispetto al Premio che sarebbe stato applicato, a parità di somma assicurata, in caso di durata annuale.

Dopo tale periodo, il recesso potrà avvenire ad ogni scadenza annuale, con preavviso di 60 giorni, con rimborso del Premio relativo al residuo periodo di Assicurazione, al netto dei costi di acquisizione, e delle spese di emissione, secondo la formula di seguito precisata:

$R = \frac{PN}{N} \times T - SR$, dove:

R= rimborso PN =Premio unico netto N = numero di rate mensili totali della durata della Polizza.

T = le rate mensili residue dal mese di anticipata estinzione alla scadenza della Polizza.

SR= Spese rimborso pari a 25 euro fisse

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata o pec.

La Società può esercitare la suddetta facoltà di recesso esclusivamente per i sinistri Infortuni o Perdita Involontaria d'Impiego, entro gli stessi tempi e con le stesse modalità di comunicazione.

Il recesso formulato dall'Assicurato ha effetto dalla data di invio della comunicazione.

Il recesso formulato 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 netto pagato e non goduto.

Assicurazione Infortuni Malattia Perdite Pecuniarie
DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE AGGIUNTIVO PER I PRODOTTI
ASSICURATIVI DANNI (DIP AGGIUNTIVO DANNI)
CF Assicurazioni S.p.A. - Prodotto "CF SEI COPERTO mod. 006.2017.SCr. ed.12\2020"
Il presente DIP aggiuntivo Danni, pubblicato nel Dicembre 2020, 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 – Italia tel. 06.51.29.46.00 fax 06.51.29.46.50
sito: www.cfassicurazioni.com – e-mail: info@cfassicurazioni.com e cfassicurazionispa@pec.it. Capitale sociale 38.255.220 di Euro 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 2023 è pari a euro 31.929.593, di cui la parte relativa al capitale sociale è pari a euro 38.707.500 mentre la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali, compreso il risultato d'esercizio, è pari a euro -8.154.320.

- Requisito patrimoniale di solvibilità: euro 21.209.623;
- Requisito patrimoniale minimo: euro 8.538.315;
- Fondi propri ammissibili per soddisfare il requisito patrimoniale di solvibilità: euro 24.523.932;
- L'indice di solvibilità è pari al 112,66% 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 approvato e sono disponibili sul sito all'interno della Relazione Unica relativa alla solvibilità e alla condizione finanziaria 2023 del Gruppo CF Assicurazioni.

Al contratto si applica la legge ITALIANA



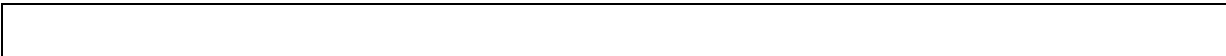
Che cosa è assicurato?

L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportato alle somme assicurate concordate con il Contraente.
Non sono previste opzioni /personalizzazioni

Relativamente alla garanzia Invalidità Permanente Totale , per momento del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data di definizione dell'Invalidità Permanente Totale, rilasciata dagli Enti preposti.

Relativamente alla garanzia Inabilità Temporanea Totale , per momento del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della certificazione medica attestante l'Inabilità Temporanea Totale.
L'erogazione della prestazione mensile cesserà al termine dello stato di Inabilità Temporanea Totale.

Relativamente alla presente garanzia, per momento del Sinistro si intende la data del sopravvenire dello stato di Disoccupazione dell'Assicurato, per i casi previsti, in conseguenza di lettera di licenziamento o altra comunicazione equivalente. L'erogazione della prestazione mensile cesserà al termine della Disoccupazione o al termine del massimo previsto per l'indennizzo o comunque al momento del raggiungimento del diritto all'indennità di pensionamento dell'Assicurato.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Esclusioni ulteriori rispetto alle informazioni fornite nel DIP Danni

ESCLUSIONI COMUNI ALLE GARANZIE INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE ed INABILITA' TEMPORANEA TOTALE.

Sono esclusi dalle garanzie i sinistri causati da:


- invalidità permanenti preesistenti, malattie, malformazioni, 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 paranoici;
- 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, nonché incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo;
- 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, cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici 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;
- 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;
- effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco- depressive o stati paranoici, inclusi gli stati di stress;
- dolo dell'Assicurato
- malattie tropicali e pandemie;

ESCLUSIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INABILITA' TEMPORANEA TOTALE.


- le conseguenze di Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza della Polizza e già diagnosticati a tale data all'Assicurato;
- 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


	<p>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;</p> <p>ESCLUSIONI RELATIVE ALLA GARANZIA PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO Nessun Indennizzo verrà corrisposto dalla Società per il caso di Disoccupazione se: -al momento del Sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Autonomo o Pensionato. -l'Assicurato non abbia prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente a Tempo indeterminato 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. -l'Assicurato non sia iscritto nelle liste di Disoccupazione con lo status di disoccupato in Italia e non percepisca la relativa indennità. -se la Disoccupazione sia durata meno di sei mesi; -alla Data di decorrenza della Polizza 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 sia un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro e 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 Coordinatori Continuativi); -l'Assicurato svolga 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 abbia risolto il rapporto di lavoro per sua volontà (dimissioni o risoluzione consensuale con il Datore di lavoro); -l'Assicurato non si è iscritto nelle liste di disoccupazione, 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</p>
--	---


	<p>Ci sono limiti di copertura?</p> <p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP danni</p>
---	--


	<p>Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?</p> <p>Cosa fare in caso di sinistro?</p> <p>Denuncia di sinistro: In caso di Sinistro l'Assicurato o gli aventi diritto devono compilare il Modulo Denuncia di Sinistro, reperibile sul sito internet della Società www.cfassicurazioni.com alla voce "come fare per denunciare un Sinistro" ed inviarlo all'indirizzo e secondo le modalità ivi riportate, con allegata la documentazione richiesta, di seguito riepilogata :</p> <p>Per la Garanzia Invalidità Permanente Totale</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Per la garanzia di Inabilità Temporanea Totale:</p>
---	--


	<ul style="list-style-type: none"> - 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) <p>Per la garanzia PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 nelle liste di disoccupazione 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 <p>Relativamente alle garanzie di Invalidità Permanente Totale ed Inabilità Temporanea Totale, 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 ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.</p> <p>Relativamente alla garanzia Perdita Involontaria d'Impiego, l'Assicurato si impegna 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.</p> <p>In ogni caso e per tutte le garanzie, l'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato deve inoltre consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.</p>
	<p>Assistenza diretta/in convenzione: Questo contratto non prevede forme di Assistenza sia in forma diretta che in convenzione.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese: Questo contratto non prevede forme di gestione da parte da altre imprese.</p>
	<p>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.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio assicurato, come pure la mancata comunicazione, nel corso del contratto, dei cambiamenti che comportino un aggravamento del Rischio stesso, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893, 1894 e 1898 c.c..</p>
<p>Obblighi dell'impresa</p>	<p>La Società, riscontrata la regolarità della posizione assicurativa (incluso il pagamento del premio), ricevuta la necessaria documentazione, verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno, provvederà, entro i successivi 30 giorni, al pagamento dell'indennizzo in favore dell'Assicurato o degli aventi diritto</p>

 Quando e come devo pagare?	
<p>Premio</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP danni</p>
<p>Rimborso</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP danni .</p>

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Poiché la Polizza ha durata poliennale, il Premio di Polizza prevede uno sconto, in misura del 3%, rispetto al Premio che sarebbe stato applicato, a parità di somma assicurata, in caso di durata annuale. In forza di tale riduzione di Premio, l'Assicurato rinuncia al diritto di Recesso per i primi cinque anni di durata del contratto.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Il contratto non prevede il diritto del contraente di recedere dal contratto entro un determinato termine dalla stipulazione
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP danni

 A chi è rivolto questo prodotto?	
<p>Alle persone che intendono tutelare il proprio stato patrimoniale , in caso di :</p> <p>INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA (se Lavoratori Autonomi, Liberi Professionisti, Lavoratori Dipendenti di Imprese Private e Lavoratori Dipendenti Pubblici o Statali)</p> <p>INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA (solo se Lavoratori Autonomi, Liberi Professionisti, Lavoratori Dipendenti Pubblici o Statali)</p> <p>PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO DERIVANTE DA LICENZIAMENTO (solo se Lavoratori Dipendenti di Imprese Private)</p>	

 Quali costi devo sostenere?	
<p>– costi di intermediazione : la commissione media percepita dall'Intermediario è pari al 51,90%</p>	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami intesi come una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti della Società o di un suo agente e relativi dipendenti o collaboratori, riguardo ad un contratto o ad un servizio assicurativo devono essere inoltrati per iscritto alla Società - CF Assicurazioni S.p.A., Via Paolo di Dono,73 - 00142 Roma o tramite e-mail alle seguenti caselle di posta elettronica: reclami@cfassicurazioni.com o reclamificassicurazioni@pec.it</p> <p>I reclami dovranno contenere:</p> <p>a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;</p> <p>b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;</p> <p>c) breve ma esaustiva descrizione del motivo di lamentela;</p> <p>d) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze,</p> <p>La Società, ricevuto il Reclamo, ha 45 giorni dal ricevimento dello stesso (termine che può estendersi per un massimo di ulteriori 15 giorni nel caso di Reclamo relativo al comportamento di un agente o relativo dipendente o collaboratore, laddove l'impresa richieda a quest'ultimo</p>

	documentazione integrativa per la gestione del Reclamo) per fornire un riscontro motivato al reclamante, in un linguaggio semplice e facilmente comprensibile. Si ricorda che non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.
All'IVASS	<p>Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del Reclamo o in caso d'assenza di riscontro nel termine massimo previsto dalla normativa, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 00187 Roma, e reperire il modello da utilizzare attraverso il link disponibile sul sito dell'Impresa.</p> <p>I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS dovranno contenere:</p> <ol style="list-style-type: none"> nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; copia del Reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. <p>Devono essere inoltrati direttamente all'IVASS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. del 7 settembre 2005 n. 209 (Codice delle Assicurazioni) e relativi regolamenti attuativi; • i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. del 6 settembre 2005 n. 206 (vendita a distanza); • i reclami già presentati direttamente all'impresa di Assicurazione o agli agenti, che non hanno ricevuto risposta entro il termine massimo previsto dal Regolamento ISVAP n. 24/2008 da parte dei soggetti interessati o che hanno ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente; • i reclami per la risoluzione di liti transfrontaliere <p>In caso di mancato o parziale accoglimento del Reclamo è possibile anche rivolgersi ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, come di seguito indicato.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
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>Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sul grado di Invalidità Permanente Totale o sulla quantificazione dei giorni dell'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>Si potrà in ogni caso ricorrere all' Autorità Giudiziaria.</p> <p>In caso di liti transfrontaliere è possibile presentare Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN – NET (il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internalmarket/fin services-retail/finnet/indexen.htm). In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e</p>
--	---

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

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

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE "SEI COPERTO"
(il presente documento è aggiornato al 12/2020)

INDICE

ART.1 STRUTTURA E COMPOSIZIONE DEL PRODOTTO	Pag. 2
GARANZIE	Pag.2
ART. 2 INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE ART. 3 INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE ART. 4 PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO	Pag. 2 Pag. 2 Pag. 2
DELIMITAZIONI DELLE GARANZIE	Pag. 2
ART. 5 CONDIZIONI DI OPERATIVITA' DELLE GARANZIE ART. 6 REQUISITI DI ASSICURABILITA' ART. 7 CRITERI E LIMITI D'INDENNIZZO DELLE GARANZIE 7.1 TABELLA RIASSUNTIVA DELLE CARENZE, FRANCHIGIE E LIMITI DI INDENNIZZO 7.2 GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA 7.3 GARANZIA INABILITA' TEMPORANEA TOTALE 7.4 GARANZIA PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO ART. 8 ESCLUSIONI 8.1 ESCLUSIONI COMUNI ALLE GARANZIE INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE ED INABILITA' TEMPORANEA TOTALE, 8.2 ESCLUSIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INABILITA' TEMPORANEA TOTALE 8.3 ESCLUSIONI RELATIVE ALLA GARANZIA PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO	Pag. 2 Pag. 3 Pag. 3 Pag. 3 Pag. 3 Pag. 4 Pag. 4 Pag. 4 Pag. 4 Pag. 4 Pag. 5 Pag. 5
NORME CHE REGOLANO I SINISTRI	Pag. 5
ART. 9 DENUNCIA SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI ART. 10 CONTROVERSIE- ARBITRATO. ART. 11 DENUNCE SUCCESSIVE	Pag. 6 Pag. 6 Pag. 6
NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE	Pag. 7
ART. 12 DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE ART. 13 SOMME ASSICURATE ART. 14 ANTICIPATA RISOLUZIONE POLIZZA POLIENNALE ART. 15 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO ART. 16 ALTRE ASSICURAZIONI ART. 17 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE ART. 18 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO ART. 19 DIMINUZIONE DEL RISCHIO ART. 20 LIMITI TERRITORIALI ART. 21 DIRITTO DI RECESSO POLIZZE POLIENNALI: ART. 22 RECESSO IN CASO DI SINISTRO. ART. 23 PROROGA DELL'ASSICURAZIONE. ART. 24 ONERI FISCALI ART. 25 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE ART. 26 FORMA DELLE COMUNICAZIONI ART. 27 FORO COMPETENTE ART. 28 RECLAMI ART. 29 PRESCRIZIONE	Pag. 7 Pag. 7 Pag. 7 Pag. 7 Pag. 7 Pag. 7 Pag. 7 Pag. 7 Pag. 7 Pag. 7 Pag. 7 Pag. 8 Pag. 8 Pag. 8 Pag. 8 Pag. 8 Pag. 8 Pag. 8 Pag. 8 Pag. 8 Pag. 8 Pag. 8 Pag. 8 Pag. 8 Pag. 9
ARTICOLI DEL CODICE CIVILE RICHIAMATI NELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	Pag. 9

ART. 1 – STRUTTURA E COMPOSIZIONE DEL PRODOTTO

Le presenti Condizioni di Assicurazione disciplinano il prodotto assicurativo denominato **SEI COPERTO**, costituito da una combinazione di garanzie finalizzate a tutelare lo stato patrimoniale dell'**Assicurato** in caso di:

INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA
INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA
PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO DERIVANTE DA LICENZIAMENTO

Le garanzie suddette sono operanti alle condizioni indicate di seguito, non sono previste garanzie opzionali. Nel presente documento, le parole evidenziate in **corsivo**, fanno riferimento alle definizioni contenute nell'allegato Glossario di **Polizza**, compreso all'interno del Set Informativo di prodotto

Il presente contratto ha una natura facoltativa, garantisce all'Assicurato una tutela del proprio tenore di vita in caso di eventi imprevisi e non ha alcuna connessione con l'eventuale sottoscrizione di un prestito o di un mutuo, non costituendone condizione per ottenerlo, anche nel caso in cui venga proposto in concomitanza alla erogazione dello stesso.

Di conseguenza, in caso di estinzione anticipata totale o parziale del mutuo o del prestito, la copertura assicurativa rimarrà invariata ed in vigore fino alla sua naturale scadenza e la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione del premio.

GARANZIE

(Operanti alle condizioni riportate nel presente documento)

ART. 2 - **INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE** (operante per tutte le tipologie di lavoratori, Lavoratori Autonomi, Liberi Professionisti, Lavoratori Dipendenti di Imprese Private e Lavoratori Dipendenti Pubblici o Statali).

La **Società** corrisponde la somma assicurata mensile, indicata nella **Proposta** di **Assicurazione** e nel **Certificato** di **polizza** in caso di **Invalidità Permanente Totale** da **Infortunio** o **Malattia**.

Relativamente alla presente garanzia, per momento del **Sinistro** si intende la data di accadimento dell'**Infortunio** oppure, in caso di **Malattia**, la data di definizione dell'**Invalidità Permanente Totale** rilasciata dagli Enti preposti.

ART. 3 - **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE** (Garanzia operante esclusivamente per Lavoratori Autonomi, Liberi Professionisti e Lavoratori Dipendenti Pubblici o Statali per Lavoratori Autonomi)

La **Società** corrisponde la somma assicurata mensile, indicata nella **Proposta** di **Assicurazione** e nel **Certificato** di **polizza**, per **Inabilità Temporanea Totale** derivante da **Infortunio** o da **Malattia**.

Relativamente alla presente garanzia, per momento del **Sinistro** si intende la data di accadimento dell'**Infortunio** oppure, in caso di **Malattia**, la data della certificazione medica attestante l'**Inabilità Temporanea Totale**.

L'erogazione della prestazione mensile cesserà al termine dello stato di **Inabilità Temporanea Totale**.

ART. 4 - **PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO** (Garanzia operante esclusivamente per Lavoratori Dipendenti di Imprese Private)

La **Società** corrisponde la somma assicurata mensile, indicata nella **Proposta** di **Assicurazione** e nel **Certificato** di **polizza**, nel periodo di inattività comprovato di mese in mese. Relativamente alla presente garanzia, per momento del **Sinistro** si intende la data del sopravvenire dello stato di **Disoccupazione** dell'**Assicurato**, per i casi previsti, in conseguenza di lettera di licenziamento o altra comunicazione equivalente. L'erogazione della prestazione mensile cesserà al termine della **Disoccupazione** o al termine del massimo previsto per **Indennizzo** o comunque al momento del raggiungimento del diritto all'indennità di pensionamento dell'**Assicurato**.

DELIMITAZIONI DELLE GARANZIE

ART. 5 - CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ DELLE GARANZIE

Tutte le garanzie prestate in **Polizza** sono prestate dalla **Società** in base alle comunicazioni ed alle dichiarazioni dell'**Assicurato** e si intendono operanti a condizione che:

- la **Società** abbia accertato l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento dell'**Indennizzo** ai sensi dell'Art. 7 – Criteri e limiti di **Indennizzo**-
- il **Sinistro** non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 8 - Esclusioni -
- l'**Assicurato** o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui all'Art. 9 "DENUNCIA DI **SINISTRO** ED OBBLIGHI RELATIVI".
- Il **Sinistro** si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi dell'Art 15 – **DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE**

Per le garanzie **INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE, INABILITA' TEMPORANEA TOTALE**, la **Società** potrà ricorrere eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, per accertare l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento dell'**Indennizzo**.

Inoltre:

- La garanzia **INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE**, è operante per tutte le tipologie di lavoratori;
- La garanzia **INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO E MALATTIA** è operante esclusivamente per liberi professionisti, lavoratori autonomi e dipendenti pubblici o statali.
- La garanzia **PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO** è operante :
 - esclusivamente per coloro che al momento del sinistro risultino dipendenti di aziende private;
 - a seguito di licenziamento;
 - a condizione che il licenziamento generi lo stato di *Disoccupazione* continuata per almeno 6 mesi e che l'*Assicurato* sia iscritto nelle liste di disoccupazione o nelle liste di mobilità o nella Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria e percepisca le relative indennità.

Le garanzie operanti in conseguenza di **Infortunio** e/o **Malattia** sono valide senza limiti territoriali, ma la garanzia **Invalità Permanente Totale**, deve essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.

ART. 6 - 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 Dichiarazione di Buono stato di salute contenuta nella **Proposta di Assicurazione**;

Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute che, richieste dalla Società e sottoscritte nella scheda di polizza devono corrispondere a verità ed esattezza. E' riconosciuta all'Assicurato la possibilità di richiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

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 da sindrome organiche cerebrali.

ART. 7 -CRITERI E LIMITI D'INDENNIZZO DELLE GARANZIE

7.1 TABELLA RIASSUNTIVA DELLE CARENZE, FRANCHIGIE E LIMITI DI INDENNIZZO

Garanzia	*Carenza	**Franchigia	***Limite di Indennizzo
INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA	30 GIORNI PER MALATTIA	=	30 VOLTE LA SOMMA ASSICURATA MENSILE PER SINISTRO
INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA	60 GIORNI PER MALATTIA	60 GIORNI	12 VOLTE LA SOMMA ASSICURATA MENSILE PER SINISTRO, CON IL LIMITE, DI 2 SINISTRI PER POLIZZA DI DURATA QUINQUENNALE E DI 3 SINISTRI PER POLIZZA DI DURATA DECENNALE
PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO DERIVANTE DA LICENZIAMENTO	90 GIORNI	60 GIORNI	5 VOLTE LA SOMMA ASSICURATA MENSILE PER SINISTRO, CON IL LIMITE DI 2 SINISTRI PER POLIZZA DI DURATA QUINQUENNALE 8 VOLTE LA SOMMA ASSICURATA MENSILE PER SINISTRO, CON IL LIMITE DI 3 SINISTRI PER POLIZZA DI DURATA DECENNALE

***Carenza**: periodo iniziale della **Polizza** nel quale le garanzie non sono efficaci ma entrano in vigore dal giorno successivo ai giorni previsti per **Carenza**.

** **Franchigia**: la parte d' **Indennizzo**, espresso in giorni, che resta a carico dell' **Assicurato** in caso di danno, prescindendo dall'entità di quest'ultimo.

*****Limite di Indennizzo**: il limite massimo che per l'evento **Assicurato** verrà indennizzato, per **Sinistro** o per anno, a termini di condizioni di assicurazione.

7.2 GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

L'**Indennizzo** che la **Società** è obbligata a corrispondere in base alla presente garanzia, nei limiti e alle condizioni di **Polizza**, consiste nel pagamento di un importo forfettario pari al limite di **Indennizzo** indicato nella tabella di cui sopra, L'**Indennizzo** verrà corrisposto a condizione che l'**Invalità Permanente Totale** dell'**Assicurato** sia riconosciuta entro 12 mesi dalla data del **Sinistro** da **Infortunio** o da **Malattia** che l'ha provocata.

Nel caso in cui l'**Assicurato** dovesse morire a seguito di causa diversa dall'evento che abbia determinato la **Invalità 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.

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

7.3 GARANZIA INABILITA' TEMPORANEA TOTALE

L'**Indennizzo** che la **Società** è obbligata a corrispondere in base alla presente garanzia consiste nel pagamento, per ogni mese di durata dell'**Inabilità Temporanea Totale**, di un importo pari alla somma assicurata indicata nella **Proposta** e nel **Certificato** di **Polizza**

Ferma l'applicazione del periodo di **Carenza** per Malattie e della **franchigia**, indicate nella tabella riepilogativa di cui sopra, per ogni **sinistro** il primo **Indennizzo**, sarà liquidato **solo dopo 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale**. Gli indennizzi successivi saranno liquidati **per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale**.

Il numero massimo di pagamenti mensili che la **Società** è obbligata ad effettuare ai sensi dei precedenti commi del presente articolo è quella indicata nella tabella riepilogativa di cui sopra.

7.4 GARANZIA PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO

L'**Indennizzo** che la **Società** è obbligata a corrispondere all'**Assicurato** in base alla presente garanzia consiste nel pagamento, per ogni mese di durata della **Disoccupazione**, di un importo pari alla somma assicurata, indicata nella **Proposta** e nel **Certificato** 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.

Ferma l'applicazione del periodo di **Carenza** e della **franchigia**, indicate nella tabella riepilogativa di cui sopra, per ogni **sinistro** il primo **Indennizzo**, sarà liquidato **solo dopo 30 giorni consecutivi 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 quello indicato nella tabella riepilogativa di cui sopra.

ART. 8 - ESCLUSIONI

In riferimento a tutte le garanzie di polizza, nessun **Indennizzo** è dovuto se l'**Assicurato**, al momento della sottoscrizione della **Proposta**, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art. 6 -'REQUISITI DI ASSICURABILITA'- della presente **Polizza**.

8.1 ESCLUSIONI COMUNI ALLE GARANZIE INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE ed INABILITA' TEMPORANEA TOTALE.

Sono esclusi dalle garanzie i sinistri causati da:

- invalidità permanenti preesistenti, malattie, malformazioni, 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 paranoidei;
- 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, nonché incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo;
- 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, cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici 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;
- 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;
- effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, inclusi gli stati di stress;
- *dolo dell'Assicurato*.
- malattie tropicali e pandemie;

8.2 ESCLUSIONI RELATIVE ALLA GARANZIA *INABILITA' TEMPORANEA TOTALE*.

- le conseguenze di Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza della *Polizza* e già diagnosticati a tale data all'*Assicurato*;
- 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*;

8.3 ESCLUSIONI RELATIVE ALLA GARANZIA *PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO*

Nessun *Indennizzo* verrà corrisposto dalla *Società* per il caso di *Disoccupazione* se:

- al momento del *Sinistro*, l'*Assicurato* è *Lavoratore Autonomo* o *Pensionato*.
- l'*Assicurato* non abbia prestato la propria attività lavorativa come *Lavoratore Dipendente a Tempo indeterminato 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.
- l'*Assicurato* non sia iscritto nelle liste di *Disoccupazione* con lo status di disoccupato in Italia e non percepisca la relativa indennità.
- se la *Disoccupazione* sia durata meno di sei mesi;
- alla Data di *decorrenza della Polizza* 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 sia un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro e 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 Coordinatori Continuativi);
- l'*Assicurato* svolga 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* abbia risolto il rapporto di lavoro per sua volontà (dimissioni o risoluzione consensuale con il *Datore di lavoro*);
- l'*Assicurato* non si è iscritto nelle liste di disoccupazione, 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;

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

ART. 9 - DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di **Sinistro** l'**Assicurato** o gli aventi diritto devono compilare il Modulo Denuncia di **Sinistro**, reperibile sul sito internet della **Società** www.cfassicurazioni.com alla voce "come fare per denunciare un **Sinistro**" ed inviarlo all'indirizzo e secondo le modalità ivi riportate, con allegata la documentazione richiesta, di seguito riepilogata :

Per la Garanzia **Invalidità Permanente Totale**

- 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 la garanzia di **Inabilità Temporanea Totale**:

- 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 la garanzia **PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO**

- 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 nelle liste di disoccupazione 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

Relativamente alle garanzie di **Invalidità Permanente Totale** ed **Inabilità Temporanea Totale**, 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 ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

Relativamente alla garanzia **Perdita Involontaria d'Impiego**, l'**Assicurato** si impegna 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.

In ogni caso e per tutte le garanzie, l'**Assicurato** si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'**Assicurato** deve inoltre consentire alla **Società** le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della **Società** stessa.

La **Società**, riscontrata la regolarità della posizione assicurativa (incluso il pagamento del **Premio**), ricevuta la necessaria documentazione, verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno, provvederà, entro i successivi 30 giorni, al pagamento dell'**Indennizzo** in favore dell'**Assicurato** o degli aventi diritto

ART. 10 - CONTROVERSIE- ARBITRATO

Qualora tra l'**Assicurato** e la **Società** insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'**Infortunio** o della **Malattia** oppure sul grado di **Invalidità Permanente Totale** o sulla quantificazione dei giorni dell'**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.

Si potrà in ogni caso ricorrere all' Autorità Giudiziaria.

ART. 11 - DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la definizione di un **Sinistro**, avvenuta mediante liquidazione dell'**indennizzo** piuttosto che reiezione dovuta a qualunque motivo (carezza per malattia, esclusioni contrattuali ecc), nessun **indennizzo** verrà corrisposto per successivi Sinistri se, dalla suddetta definizione del **Sinistro** precedente, non è trascorso un **Periodo di riqualificazione** di **30 giorni**, elevati a **180 giorni** se il nuovo **Sinistro** è dovuto allo stesso **Infortunio** o **Malattia** del **Sinistro** precedente.

Nessun **Indennizzo** verrà corrisposto per successivi sinistri **Perdita involontaria d'impiego** se, dalla data di definizione del **sinistro** precedente, non sia trascorso un **Periodo di riqualificazione** di **180 giorni** consecutivi nel corso del quale l'**Assicurato** sia ritornato ad essere un **lavoratore dipendente** privato ed abbia superato il periodo di prova.

Resta inteso che gli obblighi assunti dalla **Società** in relazione alle garanzie di **Inabilità temporanea totale**, **Ricovero Ospedaliero** e **Perdita involontaria d'impiego**, cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale indennizzi mensili

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

ART. 12 - DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE – PAGAMENTO DEL PREMIO

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.

L'Assicurazione decorre dalle ore 24,00 del giorno di effetto indicato nella Proposta e nel Certificato di Polizza, a condizione che il Premio sia stato pagato, altrimenti l'Assicurazione decorrerà dalle ore 24,00 della data in cui viene pagato il Premio.

Poiché la **Polizza** ha durata poliennale, il **Premio** di **Polizza** prevede uno sconto, in misura del 3%, rispetto al **Premio** che sarebbe stato applicato, a parità di somma assicurata, in caso di durata annuale.

In forza di tale riduzione di **Premio**, l'**Assicurato** rinuncia al diritto di **Recesso** per i primi cinque anni di durata del contratto, fermo quanto previsto dall'Art. 21 -DIRITTO DI **RECESSO** POLIZZE POLIENNALI.

ART. 13 - SUDDIVISIONE SOMME ASSICURATE

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. 14 - ANTICIPATA RISOLUZIONE POLIZZA POLIENNALE.

In caso di anticipata risoluzione, dopo il quinquennio, prima dei termini originariamente convenuti, la **Copertura Assicurativa** si intenderà decaduta e la **Società** provvederà a rimborsare al **Contraente** il rateo di **Premio**, relativo al residuo periodo di **Assicurazione**, al netto dei costi di acquisizione, e delle spese di emissione, secondo la formula di seguito precisata:

$R = \frac{PN}{N} \times T - SR$, dove:

R= rimborso

PN = **Premio** unico netto,

N = numero di rate mensili totali della **Polizza**.

T = le rate mensili residue dal mese di anticipata estinzione alla scadenza della **Polizza**.

SR= Spese rimborso pari a 25 euro fisse.

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

ART. 15 - 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 c.c...

ART. 16 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il **Contraente** è esonerato dal comunicare per iscritto alla **Società** l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; **ma, in caso di Sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori ai sensi dell'Art. 1910 c.c..**

ART. 17 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto. La **Società** può modificare unilateralmente la disciplina del presente contratto per conformare lo stesso a sopravvenute disposizioni di legge e/o dell'IVASS. La **Società** provvede comunque ad informare per iscritto il **Contraente**.

ART. 18 - 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. 19 - DIMINUIZIONE 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. 20 - LIMITI TERRITORIALI

Le Garanzie operanti in riferimento ad Infortuni e **Malattia** valgono in tutto il mondo, ma la **Invalidità Permanente Totale** dovrà essere poi riconosciuta e quantificata in Italia.

La Garanzia **Perdita Involontaria 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.

ART. 21 - DIRITTO DI RECESSO POLIZZE POLIENNALI

Il **Contraente** ha diritto di recedere, ai sensi dell'Art.1899 del C.C. in materia di polizze poliennali, trascorso il quinquennio dalla decorrenza della **Polizza**, in quanto applicato sconto al premio poliennale, in misura del 3%, rispetto al Premio che sarebbe stato applicato, a parità di somma assicurata, in caso di durata annuale.

Dopo tale periodo, il recesso potrà avvenire ad ogni scadenza annuale, con preavviso di 60 giorni, con rimborso del **Premio** nei termini previsti all'Art. 14 -ANTICIPATA RISOLUZIONE **POLIZZA PLURIENNALE** delle Condizioni di Assicurazione

ART. 22 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO.

Dopo ogni **sinistro**, denunciato a termini di **polizza** e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'**indennizzo**, il **Contraente** può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata o pec.

La **Società** può esercitare la suddetta facoltà di recesso esclusivamente per i sinistri Infortuni o Perdita Involontaria d'Impiego, entro gli stessi tempi e con le stesse modalità di comunicazione.

Il **recesso** formulato dall'**Assicurato** ha effetto dalla data di invio della comunicazione.

Il **recesso** formulato 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** netto pagato e non goduto.

ART. 23 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE.

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

ART. 24 - ONERI FISCALI

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

ART. 25 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 26 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, salve diverse specifiche indicazioni sopra riportate, devono essere fatte per iscritto con lettera raccomandata con avviso di ricevimento o tramite Posta Elettronica Certificata (PEC), ai seguenti recapiti

CF Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Gestione Portafoglio
Via Paolo di Dono, 73 – 00142 Roma
cfassicurazionispa@pec.it

ART. 27 - FORO COMPETENTE

Il Foro competente è quello di residenza o di domicilio del **Contraente** o **Assicurato**, o dei loro aventi diritto, fermo l'obbligo di esperire il procedimento di mediazione previsto dall'Art. 5 del D. Lgs. n. 28 del 4/03/2010, come modificato dall'Art. 84 della Legge 9 agosto 2013, n. 98, mediante il deposito di un'istanza da parte del diretto interessato presso un ente pubblico o privato abilitato e debitamente iscritto nel registro tenuto presso il Ministero della Giustizia. Il procedimento di mediazione è soggetto a regime fiscale agevolato nei termini di cui agli Artt. 17 e 20 del D. Lgs 28/2010.

ART. 28 - RECLAMI

Eventuali reclami intesi come una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti della **Società** o di un suo agente e relativi dipendenti o collaboratori, riguardo ad un contratto o ad un servizio assicurativo devono essere inoltrati per iscritto alla **Società** - CF Assicurazioni S.p.A., Via Paolo di Dono,73 - 00142 Roma o tramite e-mail alle seguenti caselle di posta elettronica: reclami@cfassicurazioni.com o reclamificassicurazioni@pec.it

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,

La **Società**, ricevuto il **Reclamo**, ha 45 giorni dal ricevimento dello stesso (termine che può estendersi per un massimo di ulteriori 15 giorni nel caso di **Reclamo** relativo al comportamento di un agente o relativo dipendente o collaboratore, laddove l'impresa richieda a quest'ultimo documentazione integrativa per la gestione del **Reclamo**) per fornire un riscontro motivato al reclamante, in un linguaggio semplice e facilmente comprensibile.

Si ricorda che non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del **Reclamo** o in caso d'assenza di riscontro nel termine massimo previsto dalla normativa, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 00187 Roma, e reperire il modello da utilizzare attraverso il link disponibile sul sito dell'Impresa.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS dovranno contenere:

a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;

b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;

c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;

d) copia del Reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;

e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Devono essere inoltrati direttamente all'IVASS:

- i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. del 7 settembre 2005 n. 209 (Codice delle Assicurazioni) e relativi regolamenti attuativi;
- i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. del 6 settembre 2005 n. 206 (vendita a distanza);
- i reclami già presentati direttamente all'impresa di assicurazione o agli agenti, che non hanno ricevuto risposta entro il termine massimo previsto dal Regolamento ISVAP n. 24/2008 da parte dei soggetti interessati o che hanno ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente;
- i reclami per la risoluzione di liti transfrontaliere

Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami per cui si sia già adita l'Autorità Giudiziaria o per i quali presso quest'ultima sia pendente un procedimento.

In caso di mancato o parziale accoglimento del **Reclamo** è possibile anche rivolgersi ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, come di seguito indicato.

Tutte le controversie relative ai contratti di assicurazione stipulati con CF Assicurazioni S.p.A. sono soggette alla giurisdizione italiana, pertanto resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione (Art. 5 D. Lgs. 28/2010 e successive modifiche e integrazioni) deferendo la controversia esclusivamente a organismo di mediazione accreditato presso il Ministero della Giustizia e inserito nel registro degli organismi di mediazione consultabile sul sito del suddetto Ministero (www.giustizia.it). È prevista anche la procedura di negoziazione assistita, tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.

Si precisa che in caso di liti transfrontaliere è possibile presentare **Reclamo** all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN – NET (il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet <http://ec.europa.eu/internalmarket/finances-retail/finnet/indexen.htm>). In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

ART.29 - PRESCRIZIONE

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro 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.

Articoli del Codice Civile richiamati nelle Condizioni di Assicurazione

ART. 1892. (Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave)

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del **Contraente**, relative a circostanze tali che l'Assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il **Contraente** ha agito con dolo o con colpa grave.

L'Assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al **Contraente** di volere esercitare l'impugnazione. L'Assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in

corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al **Premio** convenuto per il primo anno. Se il **Sinistro** si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

ART. 1893. (Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave)

Se il **Contraente** ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'Assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'**Assicurato** nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il **Sinistro** si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'Assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il **Premio** convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

ART. 1894. (Assicurazione in nome o per conto di terzi).

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'Assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893.

ART. 1897. (Diminuzione del rischio).

Se il **Contraente** comunica all'Assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un **Premio** minore, l'Assicuratore, a decorrere dalla scadenza del **Premio** o della rata di **Premio** successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor **Premio**, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione di **Recesso** dal contratto ha effetto dopo un mese.

ART. 1898. (Aggravamento del rischio).

Il **Contraente** ha l'obbligo di dare immediato avviso all'Assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'Assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'Assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un **Premio** più elevato.

L'Assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'**Assicurato** entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il **Recesso** dell'Assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'Assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un **Premio** maggiore.

Spettano all'Assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di **Recesso**.

Se il **Sinistro** si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del **Recesso**, l'Assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il **Premio** stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

ART. 1899. (Durata dell'assicurazione).

L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. L'Assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del **Premio** rispetto a quello previsto per la stessa copertura dal contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'**Assicurato**, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di **Recesso** è stata esercitata. Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni. Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

ART. 1901. (Mancato pagamento del Premio).

Se il **Contraente** non paga il **Premio** o la prima rata di **Premio** stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il **Contraente** paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il **Contraente** non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'Assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il **Premio** o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'Assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del **Premio** relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

ART. 1910. (Assicurazione presso diversi Assicuratori).

Nel caso di **Sinistro**, l'**Assicurato** deve darne avviso a tutti gli Assicuratori a norma dell'Art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'**Assicurato** può chiedere a ciascun Assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

L'Assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un Assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri Assicuratori.

ART. 1913. (Avviso all'Assicuratore in caso di Sinistro).

L'**Assicurato** deve dare avviso del **Sinistro** all'Assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il **Sinistro** si è verificato o l'**Assicurato** ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'Assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto intervengono entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del **Sinistro**.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

ART. 1914. (Obbligo di salvataggio).

L'**Assicurato** deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno. Le spese fatte a questo scopo dall'**Assicurato** sono a carico dell'Assicuratore, in proporzione del valore assicurato rispetto a quello che la cosa aveva nel tempo del **Sinistro**, anche se il loro ammontare, unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata, e anche se non si è raggiunto lo scopo, salvo che l'Assicuratore provi che le spese sono state fatte inconsideratamente.

L'Assicuratore risponde dei danni materiali direttamente derivati alle cose assicurate dai mezzi adoperati dall'**Assicurato** per evitare o diminuire i danni del **Sinistro**, salvo che egli provi che tali mezzi sono stati adoperati inconsideratamente.

L'intervento dell'Assicuratore per il salvataggio delle cose assicurate e per la loro conservazione non pregiudica i suoi diritti. L'Assicuratore che interviene al salvataggio deve, se richiesto dall'**Assicurato**, anticiparne le spese o concorrere in proporzione del valore assicurato.

ART. 1915. Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio.

L'**Assicurato** che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'**Assicurato** omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'Assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

ART. 2952. (Prescrizione in materia di assicurazione).

Il diritto al pagamento delle rate di **Premio** si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.



**CF SEI COPERTO
PROPOSTA DI ASSICURAZIONE**

N. Proposta		Intermediario		Cod. Int.	C. Sub. Int.	Cod. Prodotto	
						006.2017.SC.r	
Contraente/Assicurato						Codice Fiscale	
Indirizzo			CAP	Località		Provincia	
Decorrenza	Scadenza	1^scad. Succ.	Fraz.	Durata (AA/MM/GG)	Ricorrente	Tacito rinnovo	Tipo Coass
					NO	NO	0

DATI TECNICI

--

GARANZIE OPERANTI e SOMME ASSICURATE

GARANZIE PRESTATE	RATA ASSICURATA
IPT - Invalidità Permanente Totale da Infortunio	
IPT - Invalidità Permanente Totale da Malattia	
ITT - Inabilità Temporanea Totale da Infortunio	
ITT - Inabilità Temporanea Totale da Malattia	
PII - Perdita Involontaria dell'Impiego	
Limiti d'indennizzo come definito dall'Art.5 delle Condizioni di Assicurazione	

PREMIO DA PAGARE	Premio netto	Spese di emissione	Premio Imponibile	Imposte	Premio Lordo
Premio Firma sino al					
Rate Future dal					

Modalità di Pagamento: Contanti sino a 750,00 euro, Assegni, Bonifici, Pos (da almeno 30 euro)

Ai sensi e per gli effetti degli artt.1892 e 1893 c.c. il Contraente/Assicurato sotto la propria responsabilità in relazione ai rischi proposti dichiara:

- a) di essere in buono stato di salute, di non essere stato ricoverato in istituto di cura negli ultimi cinque anni (salvo che per: conseguenze traumatiche di lesioni di arti, appendicectomia, ernia inguinale, varicocele, adenotonsillectomia, emorroidectomia, colecistectomia senza postumi, varici arti inferiori, alluce valgo, meniscoctomia, chirurgia estetica, parto);
- b) di non essere in attesa di ricovero, di non essere sottoposto a terapia continuativa e di non avere malattie in atto, escluse quelle stagionali;
- c) di non soffrire e di non aver sofferto di tumori, ipertensione cronica, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, infarto del miocardio, epatite, cirrosi epatica, diabete, malattie renali o genitourinarie croniche, malattie croniche dell'apparato respiratorio o neurologiche o croniche dell'apparato muscoloscheletrico, infezioni da HIV;
- d) di non percepire pensione o assegno di Invalidità superiore al 20 % per infortunio o malattia;
- e) di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici e gli enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Società ritenesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, ed acconsento che tali informazioni siano dalla Società stessa comunicate ad altre Persone od Enti per necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative;
- f) di aver preso atto delle franchigie e/o scoperti previsti per ciascuna garanzia ed indicate nelle Condizioni di Assicurazione.

ATTENZIONE: prima di sottoscrivere le Dichiarazioni, leggere con attenzione e verificare l'esattezza delle stesse.

AVVERTENZA: LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DAL SOGGETTO LEGITTIMATO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE.

Il Contraente

L'Intermediario

Ai sensi e per gli effetti dell'Art.1341 c.c., Il Contraente dichiara di ricevere insieme alla presente Proposta il Set Informativo Mod.006.2017.SCr - il Questionario Demands&Needs \ Adeguatezza Mod. QA.001.2010 - l'informativa Privacy Mod. PY.001.2018 - All.3 e All.4 del Regolamento 40 IVASS e di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione contenute nel suddetto Set Informativo :

Art.1 - Struttura e composizione del prodotto; Art.5 - Condizioni di operatività delle garanzie; Art.6. Requisiti di assicurabilità; Art.7 - Criteri e limiti d'indennizzo delle garanzie; Art.8 - Esclusioni; Art.9 - Denuncia del sinistro ed obblighi relativi; Art.10 - Controversie, Arbitrato; Art.11 - Denunce successive; Art.12 - Decorrenza e durata dell'assicurazione; Art.14 - Anticipata risoluzione polizza poliennale; Art.15 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio; Art.18 - Aggravamento del rischio; Art.20 - Limiti territoriali; art.21 - Diritto di recesso polizze poliennali; art.22 - Recesso in caso di sinistro; Art.23 - Proroga dell'assicurazione; Art.26 - Forma delle comunicazioni; Art.27 - Foro competente; Art.29 - Prescrizione.

Il Contraente

Emissa in 3 originali il
Mod. PR.006.2017.SC.r ed.12/2020

CF ASSICURAZIONI S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Via Paolo di Dono, 73 00142 Roma
tel. 06 5129 4600 fax 06 5129 4650
info@cfassicurazioni.com
cfassicurazioni@pec.it
www.cfassicurazioni.com

Capitale sociale: € 38.707.500,00 i.v. - C.F./P.IVA: 09395811004 - REA C.C.I.A.A. Roma n. 1160328 - Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00158 - Autorizzazione all'esercizio della attività assicurativa con provv. ISVAP n. 2545 del 3/08/2007 - G. J. n. 195 - 23/08/2007 - Capogruppo del Gruppo Assicurativa CF Assicurazioni S.p.A. iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 042

