

FASCICOLO INFORMATIVO

Contratto di Assicurazione

Vita, Infortuni, Malattia, Long Term Care e
Perdite pecuniarie

Protezione Massima TC

Mod.103.2018.PM TC

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

- *Nota Informativa – Sez. Vita*
- *Nota Informativa – Sez. Infortuni – Malattia – Long Term Care - Perdite Pecuniarie*
- *Condizioni di Assicurazione*
- *Glossario*
- *Proposta di Assicurazione*

*deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione
della Proposta di Assicurazione.*

AVVERTENZA: Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa

NOTA INFORMATIVA
PRODOTTO COMPOSTO DALLA COMBINAZIONE DI COPERTURE
ASSICURATIVE SULLA VITA E COPERTURE ASSICURATIVE DANNI,
MALATTIA - INFORTUNI – LONG TERM CARE - PERDITE
PECUNIARIE

Il presente documento è aggiornato al 01.02.2018

La presente nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

PREMESSA GENERALE

PROTEZIONE MASSIMA TC (di seguito anche Prodotto) è composto da contratti assicurativi tra loro collegati ed offre un insieme di coperture, non acquistabili separatamente, finalizzate alla realizzazione di un sistema integrato di protezione della persona. Tale Prodotto consente, a fronte del versamento unico per anni tre o cinque, di fruire di un set preassemblato di garanzie sulla vita e contro i danni.

In particolare il Prodotto si compone di:

- **coperture assicurative sulla vita:**
 - finalizzata all'erogazione di una prestazione in caso di morte dell'Assicurato (un'assicurazione Temporanea Caso Morte pluriennale a premio unico medio);
- **coperture assicurative danni:**
 - garanzie destinate a tutelare l'Assicurato in caso di Infortunio e Malattia, Non Autosufficienza, Perdite pecuniarie, che prevedono l'erogazione di una prestazione al verificarsi di eventi sfavorevoli che incidono sul reddito e sul patrimonio dell'Assicurato.

Il collegamento negoziale.

Le coperture assicurative sono disciplinate da contratti (vita e danni) tra loro collegati e le prestazioni sono offerte nell'ambito di un unico Prodotto Assicurativo. Con la sottoscrizione del prodotto, pertanto, il Contraente acquista obbligatoriamente il complesso delle garanzie offerte, che non sono perciò acquistabili separatamente né scindibili in corso di rapporto.

PARTE I

NOTA INFORMATIVA

SEZIONE RELATIVA ALLA GARANZIA VITA OFFERTA DA CF LIFE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE VITA S.p.A.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

La copertura assicurativa sulla vita è offerta e garantita da **CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A.** avente Sede Legale e Direzione Generale in Via Paolo di Dono, 73 00142 Roma – Italia, tel. 06 51294 600 fax 06 51294 960, sito: www.cfassicurazioni.com e-mail: info@cfassicurazionilife.com - cfassicurazionilife@pec.it - Capitale sociale 5.200.000,00 di Euro i.v. - P.IVA n. 03801541008 Cod. F. 09623620151 REA CCIAA Roma n. 702453 Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n.1.00096. Autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 15/02/1991 (G.U: n.47 del 25/02/1991) e del 02/03/1993 (G.U: n.58 del 03/11/1993) provvedimento IVASS (già ISVAP) n.51-14-000507 del 02/04/2014. Società del Gruppo assicurativo CF Assicurazioni S.p.A., iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 042.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

L'ammontare del patrimonio netto al 31 dicembre 2016 è pari a euro 3.605.496,00 di cui:
- la parte relativa al capitale sociale è pari a euro 5.200.000,00;
- la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali è pari a euro 1.086.646,00.

L'indice di solvibilità è pari al 99,33% riferito alla gestione vita 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 (a far data dal 1 gennaio 2016 è entrata in vigore la nuova normativa denominata Solvency II).

Nel corso del 2017 la Capogruppo CF Assicurazioni SpA ha versato euro 3.094.505 in conto futuro aumento capitale sociale; successivamente il capitale sociale è stato abbattuto per la copertura delle perdite e ricostituito ad un livello pari a euro 6.700.000,00.

Si riporta di seguito la composizione del patrimonio netto aggiornato sulla base delle operazioni appena descritte con riferimento ai valori risultanti dal bilancio civilistico 2016.

(valori in €/000)

Voci	Capitale Sociale	Riserva sovrapp. Emissione	Riserva legale	Altre riserve	Utili/perdite portati a nuovo	Risultato di esercizio	Totale
Saldo al 31/12/2016	5.200	0	87	1.000	-719	-1.963	3.605
Patrimonio netto dopo operazioni sul capitale	6.700	0	0	0	0	0	6.700

Alla luce di tali operazioni l'indice di solvibilità al 31 marzo 2017 risulta essere pari al 196,47%.

I dati sono relativi all'ultimo Bilancio presentato in Consiglio d'Amministrazione.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

La durata dell'assicurazione è fissa e può essere **3 o 5 anni**, senza tacito rinnovo.

L'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto non deve essere inferiore ai 18 anni compiuti e superiore ai 60.

L'età dell'Assicurato è calcolata in anni interi, determinata trascurando la frazione di anno inferiore o uguale a sei mesi e arrotondando a un anno intero le frazioni d'anno superiori a sei mesi.

Il Contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

Prestazioni in caso di decesso dell'Assicurato

In caso di decesso dell'Assicurato, in qualsiasi momento della durata contrattuale esso avvenga, l'Impresa si obbliga a corrispondere ai Beneficiari designati in polizza l'importo pari al capitale assicurato indicato nel Modulo di Proposta e nel successivo Certificato di Assicurazione.

AVVERTENZA: In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza contrattuale, non è prevista alcuna prestazione a carico dell'Impresa e i premi pagati restano acquisiti dall'Impresa stessa.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 1 "Oggetto dell'Assicurazione" delle Condizioni di Assicurazione, Parte II.

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa – senza limiti territoriali – salvo le limitazioni previste.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 7 "Esclusioni" delle Condizioni di Assicurazione, Parte II.

Si informa il Contraente che la garanzia è prestata in seguito all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato, come previsto nel Modulo di Proposta.

AVVERTENZA: Si invita il Contraente a leggere con attenzione le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di Proposta relative alla compilazione del Questionario Sanitario.

AVVERTENZA: La presente copertura prevede un periodo di carenza di 180 giorni dalla data di decorrenza del contratto.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 8 "Carenza" delle Condizioni di Assicurazione, Parte II.

4. Premi

Il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata, all'ammontare del capitale assicurato, all'età dell'Assicurato nonché al suo stato di salute e alle attività svolte.

Le prestazioni contrattuali sono erogate a fronte del pagamento di un premio unico, corrisposto in via anticipata per l'intera durata contrattuale.

In mancanza del pagamento del premio la garanzia non ha effetto.

In relazione allo stato di salute dell'Assicurato, all'attività professionale e alle attività sportive l'Impresa si riserva la facoltà di rifiutare l'assunzione del rischio con riguardo alla totalità delle coperture offerte dal Prodotto.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 6 – "Valutazione del rischio e capitale assicurato" delle Condizioni di Assicurazione, Parte II.

Il contratto non prevede valori di riduzione né di riscatto e in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della polizza questa si intenderà estinta e il premio pagato resterà acquisito dall'Impresa.

Il pagamento dei premi avviene direttamente presso l'Intermediario che ha procurato il contratto, nel rispetto ed entro i limiti fissati dalle vigenti disposizioni di legge.
È escluso il pagamento del premio in contanti.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia alla Tabella Massimali Assicurabili (Tabella 1 Vita) e all'art. 9 – "Premio" delle Condizioni di Assicurazione, Parte II.

5. Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

Il presente contratto non prevede partecipazione agli utili.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

6. Costi

6.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

6.1.1 Costi gravanti sul premio

I costi sono indicati nel Modulo di Proposta e, se non diversamente indicato, sono inclusi nell'importo del premio richiesto e versato.

Assicurazione Temporanea Caso Morte

I costi di seguito indicati sono inclusi nell'importo del premio.

La garanzia non prevede spese di emissione.

Tabella dei costi gravanti sul premio netto:

Tipologia	Costi	Periodicità di prelievo	Modalità di prelievo
Caricamento percentuale	66,5%	Sul premio unico anticipato	Compreso nel premio unico pagato
Quota parte percepita dall'Intermediario con riferimento all'intero flusso commissionale	57,5%	Sul premio unico anticipato	Sul premio unico pagato

Tali costi sono indipendenti dall'età e dal sesso dell'Assicurato.

6.1.2 Costi per riscatto

Non previsti, in quanto il contratto non prevede possibilità di riscatto.

6.1.3 Costi per l'erogazione della rendita

Non previsti, in quanto il contratto non prevede erogazione di rendita.

6.2 Costi applicati in funzione delle modalità di partecipazione agli utili

Non previsti, in quanto il contratto non prevede partecipazione agli utili.

7. Sconti

Non sono previsti sconti applicabili al presente contratto.

8. Regime fiscale

8.1. Regime fiscale dei premi

I premi pagati sulle assicurazioni sulla vita non sono attualmente soggetti ad alcuna imposta.

Eventuali oneri fiscali che dovessero in futuro essere applicati per legge al presente contratto saranno aggiunti ai premi indicati e a carico del Contraente.

8.2 Detraibilità fiscale

Per i contratti che hanno per oggetto i rischi di morte il regime fiscale in corso consente una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente.

Condizione necessaria è che l'Assicurato sia la stessa persona Contraente o persona fiscalmente a suo carico.

8.3 Tassazione delle somme erogate

Le somme dovute da CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. a seguito di decesso dell'Assicurato (oggetto del contratto) sono esenti da imposizione fiscale e non possono essere sottoposte a sequestro o pignoramento (Art. 1923 Codice Civile). Sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

9. Modalità di perfezionamento del contratto

Per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative e per altri aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 6 "Valutazione del rischio e capitale assicurato" delle Condizioni di Assicurazione, Parte II.

10. Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi

Il contratto non prevede la possibilità di sospensione del pagamento dei premi in quanto il premio viene versato in unica soluzione in via anticipata.

11. Riscatto e riduzione

Il contratto non riconosce un valore di riduzione e non è riscattabile

12. Revoca della proposta

La proposta contrattuale può essere revocata nel periodo antecedente la conclusione del contratto mediante l'invio tramite raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo:

**CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A.
Ufficio Gestione Operativa Portafoglio
Via Paolo di Dono, 73 – 00142 Roma**

L'Impresa rimborserà al Contraente l'eventuale premio corrisposto entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa alla revoca.

13. Diritto di recesso

Il Contraente può esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto inviando una raccomandata con avviso di ricevimento a:

**CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A.
Ufficio Gestione Operativa Portafoglio
Via Paolo di Dono, 73 – 00142 Roma**

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione l'Impresa ha l'obbligo di rimborsare il premio eventualmente corrisposto **al netto delle spese di emissione del contratto** effettivamente sostenute (di cui al punto 6.1.1) **e indicate nel Modulo di Proposta**, e della quota parte di premio relativa al periodo nel quale il contratto ha avuto effetto.

L'esercizio del Diritto di Recesso comporta la cessazione di tutte le garanzie prestate dal presente Prodotto.

14. Documentazione da consegnare all'Impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

In caso di decesso dell'Assicurato, i Beneficiari designati devono dare immediata comunicazione dell'accaduto all'Impresa tramite raccomandata con avviso di ricevimento.

Per tutta la documentazione che il Contraente e/o Beneficiario sono tenuti a presentare per la liquidazione e per altri aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 11 "Documentazione in caso di sinistro" delle Condizioni di Assicurazione, Parte II.

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento di tutta la documentazione richiesta, l'Impresa corrisponde agli aventi diritto le somme dovute tramite bonifici bancari sulle coordinate bancarie che saranno comunicate dai Beneficiari.

Trascorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto.

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 2952 comma 2 del Codice Civile, se non è stata avanzata richiesta di pagamento, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Gli importi dovuti ai Beneficiari dei contratti che non sono reclamati entro il termine di prescrizione del relativo diritto, sono devoluti al fondo di cui al comma 343 dell'art.1 della legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni e integrazioni entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello in cui matura il termine di prescrizione.

15. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

15.1 Ove la mediazione di qualsiasi controversia relativa alla Polizza e ai rispettivi Certificati di Assicurazione sia obbligatoria, essa è deferita all'organismo di mediazione ADR Center. La procedura di mediazione si svolgerà nella sede del predetto organismo più vicina al luogo del Foro competente per l'azione giudiziaria, determinato ai sensi del successivo paragrafo 15.2.

15.2 Per qualunque controversia derivante dall'applicazione e dall'interpretazione delle Condizioni di Assicurazione, della Nota Informativa, delle Proposte e/o dei Certificati di Assicurazione sorta fra l'Impresa e il Contraente, sarà competente in via esclusiva il Foro del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o del Beneficiario, 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.

16. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto, sono redatti in lingua italiana, salvo che le parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

17. Reclami

Eventuali reclami, afferenti la copertura vita, riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

**CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A.
Ufficio Reclami - Via Paolo di Dono, 73 - 00142 Roma
Fax 06 51.29.49.60
reclami@cfassicurazionilife.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 descrizione del motivo di lamentela;**
- d) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.**

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 00187 Roma e reperire il modello da utilizzare sul sito di ciascuna 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 all'Impresa e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;**
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.**

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

Resta comunque salva la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione (L. 98/2013) o di negoziazione assistita (L.162/2014) salvo eventuali modifiche successive.

18. Informativa in corso di contratto

L'Impresa comunica per iscritto al Contraente, in occasione della prima comunicazione da inviare in adempimento agli obblighi di informativa previsti dalla normativa vigente, le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

Il Contraente, prima della conclusione del contratto o della sottoscrizione della polizza, può dare il suo consenso alla trasmissione della documentazione in formato elettronico nella fase precontrattuale e in corso di rapporto. Il consenso può essere reso dal cliente con riferimento ad un singolo contratto o anche a tutti gli eventuali successivi contratti, stipulati con il medesimo intermediario o con la medesima Impresa. Il consenso può essere reso dal Contraente anche in corso di contratto, relativamente alle future comunicazioni. Il Contraente ha la facoltà di revocare il consenso espresso, anche mediante comunicazione via posta elettronica. In caso di revoca, l'Impresa può addebitare i costi connessi alla stampa e all'eventuale trasmissione della documentazione in formato cartaceo.

19. Comunicazioni del Contraente alla Società

Ai sensi dell'art.1926 del Codice Civile l'Assicurato e il Contraente sono tenuti a dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni fatto o circostanza relativa a mutamento della professione e della pratica di sport pericolosi, tali da comportare una variazione del rischio assicurato, entro 30 giorni dal verificarsi di tali mutamenti.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 7 "Esclusioni" e 7.1 "Soggetti non assicurabili" delle Condizioni di Assicurazione, Parte II.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 13 "Aggravamento del rischio in corso di validità contrattuale (Art. 1926 del Codice Civile)" delle Condizioni di Assicurazione.

20. Conflitto di interessi

CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. è una società del Gruppo Assicurativo CF

Assicurazioni S.p.A.. Il presente contratto non presenta situazione di conflitto di interessi; l'Impresa si impegna comunque a operare in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti/Assicurati e a ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Per la consultazione di eventuali aggiornamenti delle informazioni contenute sul Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative, si rinvia al sito internet www.cfassicurazioni.com nella sezione CF Life.

Tali aggiornamenti si intendono conosciuti dai Contraenti/Assicurati senza obbligo di effettuare altre comunicazioni.

**Il Direttore Generale
Michele Cristiano**



PARTE II NOTA INFORMATIVA

SEZIONE RELATIVA ALLE GARANZIE RAMO DANNI OFFERTE DA CF ASSICURAZIONI S.p.A., COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE PER IL CREDITO E LA FAMIGLIA

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1 - Informazioni generali

CF Assicurazioni S.p.A. 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 cfassicurazioni@pec.it, Capitale sociale 34.061.500 i. v., - C.F./P. IVA n. 09395811004 REA CCIAA Roma n. 1160328 Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n.1.00158 Autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa con provv. IVASS (già ISVAP) n. 2545 del 3/08/2007 - G.U. n. 195 del 23/08/2007. Capogruppo del Gruppo assicurativo CF Assicurazioni S.p.A., iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 042.

2 - Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

L'ammontare del patrimonio netto è pari a euro 25.281.725,00 di cui:

- la parte relativa al capitale sociale è pari a euro 34.061.500,00;
- la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali è pari a euro 5.212.394,00.

L'indice di solvibilità è pari al 63,49% riferito alla gestione danni 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 (a far data dal 1 gennaio 2016 è entrata in vigore la nuova normativa denominata Solvency II).

L'Assemblea Straordinaria dei Soci in data 10 marzo 2017 ha deliberato:

- di coprire la perdita emergente dalla situazione patrimoniale al 31 dicembre 2016 tramite utilizzo della riserva da sovrapprezzo di emissione e riduzione del capitale sociale;
- di aumentare il capitale sociale della Compagnia ad Euro 38.707.500.

Si riporta di seguito la composizione del patrimonio netto aggiornato sulla base delle operazioni appena descritte con riferimento ai valori risultanti dal bilancio civilistico 2016.

(valori in €/000)

Voci	Capitale Sociale	Riserva sovrapp. Emissione	Riserva legale	Altre riserve	Utili/perdite portati a nuovo	Risultato di esercizio	Totale
Saldo al 31/12/2016	34.061	46	0	5.166	-12.033	-1.958	25.282
Patrimonio netto dopo operazioni sul capitale	38.707		0	408			39.115

Alla luce di tali operazioni la situazione l'indice di solvibilità al 31 marzo 2017 risulta essere pari al 155,53%.

I dati sono relativi all'ultimo Bilancio presentato in Consiglio d'Amministrazione.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

La durata delle coperture assicurative danni è prevista per tre o cinque anni senza tacito rinnovo.

Tali coperture assicurative, hanno effetto dalle ore 24 della data indicata nel Certificato di Polizza, previo versamento del premio unico anticipato previsto e scelto dal Contraente-Assicurato. Qualora il versamento del premio venga effettuato dopo tale data, l'assicurazione entra in vigore alle ore 24 del giorno di detto versamento.

3 - Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il Prodotto, nei modi e nei termini previsti dalle Condizioni di Assicurazione, garantisce all'Assicurato, le seguenti prestazioni - per fasce di età - come da seguente schema:

GARANZIE e SOMME ASSICURATE per FASCE DI ETÀ'

Fascia età	Rata Assicurata €.	Invaldit� permanente Totale da Infortunio o Malattia	Inabilit� Temporanea. Totale (ITT) da Infortunio o Malattia	Perdita d'Impiego	Non Auto Sufficienza Long Term Care
N. rate Assicurate x garanzia		18	18	12	18
fino a 35anni	300	5.400,00	5.400,00	3.600,00	5.400,00
	450	8.100,00	8.100,00	5.400,00	8.100,00
	600	10.800,00	10.800,00	7.200,00	10.800,00
	800	14.400,00	14.400,00	9.600,00	14.400,00
	1000	18.000,00	18.000,00	12.000,00	18.000,00
	1200	21.600,00	21.600,00	14.400,00	21.600,00
N. rate Assicurate x garanzia		12	12	12	12
da 36 a 50anni	300	3.600,00	3.600,00	3.600,00	3.600,00
	450	5.400,00	5.400,00	5.400,00	5.400,00
	600	7.200,00	7.200,00	7.200,00	7.200,00
	800	9.600,00	9.600,00	9.600,00	9.600,00
	1000	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00
	1200	14.400,00	14.400,00	14.400,00	14.400,00
N. rate Assicurate x garanzia		6	6	12	6
da 51 a 60anni	300	1.800,00	1.800,00	3.600,00	1.800,00
	450	2.700,00	2.700,00	5.400,00	2.700,00
	600	3.600,00	3.600,00	7.200,00	3.600,00
	800	4.800,00	4.800,00	9.600,00	4.800,00
	1000	6.000,00	6.000,00	12.000,00	6.000,00
	1200	7.200,00	7.200,00	14.400,00	7.200,00

AVVERTENZA: Il contratto prevede limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo; si rinvia, per aspetti di maggior dettaglio, all'art. 11,15,20 e 24 delle Condizioni di Assicurazione.

Per maggiori informazioni si riepilogano in uno schema:

CARENZE – SCOPERTI – FRANCHIGIE – MASSIMI INDENNIZZI

Garanzia	Carenza	Franchigia	Massimo Indennizzo
Invalità Permanente Totale da Infortuni	Nessuna	Nessuna	La somma assicurata in forma di capitale liquidabile in unica soluzione
Invalità Permanente Totale da Malattia	Carenza 60 gg.	Nessuna	La somma assicurata in forma di capitale liquidabile in unica soluzione
Inabilità Permanente Totale da Infortuni	Nessuna	60 gg.	La rata assicurata sino ad un massimo di volte come previsto dal Piano Assicurativo per 1 volta contratto durata 3 anni – 2 volte contratto durata 5 anni
Inabilità Permanente Totale da Malattia	Carenza 60 gg.	60 gg.	La rata assicurata sino ad un massimo di volte come previsto dal Piano Assicurativo per 1 volta contratto durata 3 anni – 2 volte contratto durata 5 anni
LTC – Non Auto Sufficienza	Carenze: dalle ore 24 dalla decorrenza della copertura (se non autosufficienza derivante da infortunio); 1 anno (se da malattia fisica) oppure 2 anni (se da malattie mentali)	Differimento della prestazione a 90 giorni dalla data di riconoscimento della non autosufficienza	La somma assicurata in forma di capitale liquidabile in unica soluzione
Perdita Impiego	Carenza 90 gg.	60 gg.	La rata assicurata sino ad un massimo di volte come previsto dal Piano Assicurativo per 1 volta contratto durata 3 anni – 2 volte contratto durata 5 anni

Per massimo indennizzo si intende l'importo entro il quale la Società è impegnata ad offrire la prestazione di indennizzo.

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

4 - Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità

AVVERTENZA: 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.

AVVERTENZA: Le dichiarazioni sullo stato di salute contenute nel Modulo di Proposta, devono essere confermate, in maniera completa, precisa e veritiera e sottoscritte nella Proposta stessa.

5 - Aggravamento e diminuzione del rischio, variazioni nella professione

L'assicurato, è tenuto a dare comunicazione scritta alla Società di circostanze rilevanti che possono determinare l'aggravamento o la diminuzione del rischio:

Esempio: la variazione dell'Attività Professionale o nuove attività sportive ricreative di

una certa pericolosità come quelle richiamate nel Questionario Sanitario.

Per aspetti di dettaglio si rinvia all'artt. 7 - Esclusioni e 7.1 Soggetti non assicurabili delle Condizioni di Assicurazione, parte II.

6 - Premi

Le garanzie assicurate sono garantite previo pagamento da parte dell'Assicurato alla Società di un premio unico su polizza di durata poliennale, in via anticipata e comunque per tutta la durata contrattuale. Il pagamento del premio avverrà prettamente attraverso gli intermediari. Ai premi della presente polizza sono applicati sconti pari al 3% per anno, relativamente alle durate poliennali previste.

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

7 - Adeguamento del premio e delle somme assicurate.

La polizza non prevede alcuna forma d'indicizzazione o adeguamenti né relativamente al premio né alle somme assicurate

8 - Diritto di Recesso

AVVERTENZA: il contratto prevede la facoltà di recesso reciproco dalla totalità delle garanzie del prodotto come disciplinato dall'Art.7, Parte I, Disposizioni Generali; Art.5, Parte II, Condizioni di Assicurazioni; Art.1.6, Parte III Condizioni di Assicurazione.

9 - Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

10 - Legge applicabile al contratto

La Compagnia applica al contratto la legge italiana.

11 - Regime fiscale

Imposta sui premi.

I premi delle assicurazioni sugli infortuni, malattia e perdita d'Impiego, alla data di edizione del presente contratto, sono soggetti ad imposta pari al 2,5% del premio imponibile.

Detraibilità fiscale dei premi

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

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

C - INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12 - Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA: l'insorgenza del sinistro coincide con il momento in cui si verifica il

fatto dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.

La presente polizza prevede determinate modalità e termini per la denuncia dei sinistri.

Con riferimento alle modalità e termini per la denuncia dei sinistri e alle procedure liquidative si rinvia per i dettagli agli artt. 7, 12, 16, e 26 delle Condizioni di Assicurazione.

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.

13 - Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società - CF Assicurazioni S.p.A., Via Paolo di Dono,73 - 00142 Roma.

I reclami dovranno contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;**
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;**
- c) breve ma esaustiva descrizione del motivo di lamentela;**
- d) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze, e dovranno essere inviati all'Ufficio Legale- Gestione Reclami della Società alla seguente casella di posta elettronica: – e-mail reclami@cfassicurazioni.com**

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso d'assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 00187 Roma , e reperire il modello da utilizzare attraverso il link disponibile sul sito dell'Impresa.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS dovranno contenere:

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

Si precisa che in caso di liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN – NET (il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet <http://ec.europa.eu/internalmarket/finservices-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.

14 – Arbitrato

AVVERTENZA: Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio, oppure sul grado di Invalidità Permanente, la decisione della controversia può essere demandata, ad un Collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di Medicina Legale più vicina alla residenza dell'Assicurato: luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa

designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Totale Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

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

CF Assicurazioni S.p.A., Compagnia di Assicurazione per il Credito e la Famiglia è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Per la consultazione di eventuali aggiornamenti delle informazioni contenute sul Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative, si rinvia al sito internet www.cfassicurazioni.com

Tali aggiornamenti si intendono conosciuti dai Contraenti/Assicurati senza obbligo di effettuare altre comunicazioni.

**Il Direttore Generale
Michele Cristiano**



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DI PROTEZIONE MASSIMA TC

PARTE I DISPOSIZIONI GENERALI

Il presente documento è aggiornato al 01.02.2018

Art. 1 – Struttura e composizione del Prodotto

Le presenti Condizioni di Assicurazione afferiscono e disciplinano il piano assicurativo denominato **Protezione Massima TC** (di seguito: Prodotto), costituito da una combinazione di coperture, non acquistabili separatamente, finalizzate alla protezione della persona per il mantenimento della capacità di reddito per rispettare impegni personali o familiari. Tale Prodotto consente, a fronte del versamento unico del premio per coperture per la durata di tre o cinque anni, di fruire di una combinazione di garanzie vita e danni.

Il prodotto si compone, più in particolare, delle seguenti coperture:

- I. copertura assicurativa sulla vita Temporanea Caso Morte;**
- II. coperture assicurative danni (Infortuni e Malattie) che riguardano la Invalidità Permanente Totale; la Inabilità Temporanea Totale e la Non Autosufficienza (LTC) dell'Assicurato;**
- III. copertura assicurativa danni sulle Perdite Pecuniarie derivanti dalla Perdita d'impiego dell'Assicurato.**

Le coperture assicurative sulla vita sono offerte e garantite da CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. (di seguito anche Impresa Vita); le coperture assicurative danni sono offerte e garantite da CF Assicurazioni S.p.A., Compagnia di Assicurazione per il Credito e la Famiglia (di seguito anche Impresa Danni).

La Proposta Contrattuale e il Certificato di Polizza del prodotto **Protezione Massima TC** sono unici per tutte le garanzie assicurative offerte per fasce di età di riferimento dell'Assicurato.

In virtù del collegamento negoziale, qualora il Contraente:

- receda dall'assicurazione sulla vita, nei casi previsti dalle presenti Condizioni, l'esercizio di tale diritto comporta la cessazione di tutte le garanzie previste dal Prodotto.

Art. 2 - Modalità di adesione, conclusione dei contratti e decorrenza delle coperture assicurative

2.1 la polizza si considera conclusa quando il Contraente riceve il Certificato di Polizza firmato dalle Imprese, in segno di accettazione.

Le coperture assicurative sono subordinate alla condizione che sia accertato lo stato di salute dell'Assicurando. Pertanto la conclusione di Protezione Massima TC è subordinata alla circostanza che l'Assicurando abbia compilato e sottoscritto il Questionario sullo Stato di Salute.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 6 "Valutazione del rischio e capitale assicurato" relativamente alla garanzia temporanea caso morte, Sezione B, della Parte II delle Condizioni di Assicurazione.

2.2 Le garanzie di **Protezione Massima TC** entrano in ogni caso in vigore a condizione che sia stato regolarmente corrisposto il premio previsto, alle ore 24 della data di decorrenza indicata nel Certificato di Polizza. Se il versamento del premio viene effettuato dopo tale data, le garanzie divengono operative dalle ore 24 del giorno di detto versamento.

Art. 3 - Revoca della proposta e diritto di recesso

La Proposta di Assicurazione relativa ad un contratto di assicurazione sulla vita può essere revocata nel periodo antecedente alla conclusione del contratto.

Una volta concluso, il Contraente può esercitare il diritto di recesso relativo alle coperture vita entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto.

In virtù del collegamento esistente tra i contratti vita e danni integrati di Protezione Massima TC, all'interno dei quali sono inserite le garanzie assicurative disciplinate dalle presenti Condizioni, il recesso dal contratto di assicurazione sulla vita comporta la cessazione anche delle garanzie danni, mentre la revoca della proposta sarà unitaria ed avrà effetto per tutti i contratti.

Ai fini della revoca e del recesso, il Contraente deve inviare una comunicazione con ricevuta di ritorno o a mezzo posta elettronica certificata (PEC) a:

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

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia alla successiva Parte II, agli Artt. 3 “Revoca della proposta” e 4 “Diritto di recesso” della Sezione A, nonché agli Artt. 4 “Revoca della proposta” e 5 “Diritto di recesso” della Sezione B.

Art. 4 - Durata di polizza e requisiti generali di assicurabilità

4.1 E' assicurabile (Assicurato) la persona fisica che, al momento della decorrenza di Protezione Massima TC, abbia un'età compresa tra i 18 anni e i 60 anni non compiuti. L'età dell'Assicurato alla scadenza del Prodotto non potrà essere superiore a 65 anni compiuti.

Protezione Massima TC si risolve e tutte le garanzie cessano in caso di:

- aggravamento di rischio, rispetto a quanto dichiarato alla sottoscrizione, per l'esercizio da parte dell'Assicurato di attività professionali e/o sportive che rientrino tra le esclusioni di assicurabilità delle garanzie offerte dal Prodotto.
- Alla scadenza originaria dei tre o cinque anni previsti.

Art. 5 - Premi

5.1 Protezione Massima TC prevede la corresponsione di premi unici, in via anticipata per le durate ammesse di tre o cinque anni.

Art. 6 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato rese al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta e degli eventuali documenti ad esso allegati, devono essere esatte, complete e veritiere.

In caso di dichiarazioni inesatte e/o reticenti relative a circostanze tali per cui le Imprese, se le avessero conosciute, non avrebbero dato il proprio consenso o non lo avrebbero dato alle stesse condizioni, le stesse hanno diritto:

- a) in caso di dolo o colpa grave, (Art. 1892 del Codice Civile), di:
- impugnare la validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui hanno conosciuto le inesattezze o la reticenza delle dichiarazioni fornite dal Contraente e dall'Assicurato;
 - rifiutare il pagamento dei sinistri verificatisi prima che sia decorso il termine indicato al precedente punto;
- b) nel caso non esista dolo o colpa grave, (Art. 1893 del Codice Civile) di:
- recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui sono venute a conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o della reticenza;
 - ridurre - con riferimento ai sinistri verificatisi prima della conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o della reticenza o prima della scadenza del termine per la dichiarazione di recesso - le somme dovute in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in ragione della conoscenza dello stato delle cose.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato può comportare in ogni caso la rettifica del premio e delle prestazioni in base all'età reale.

Art. 7 – Recesso in caso di sinistro danni

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. Tale norma non si applica per le garanzie Malattia.

Art. 8 - Reclami

8.1 Coperture vita

Gli eventuali reclami afferenti alle coperture vita e riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A.
Ufficio Reclami - Via Paolo di Dono,73- 00142 Roma
Fax 06 51.29.49.60
reclami@cfassicurazionilife.com

8.2 Coperture danni

Gli eventuali reclami afferenti alle coperture danni e riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

CF Assicurazioni S.p.A., Compagnia di Assicurazione per il Credito e la Famiglia
Ufficio Reclami – Via Paolo di Dono, 73 – 00142 Roma
Fax 06 51.29.46.50
reclami@cfassicurazioni.com

I reclami dovranno contenere:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma e reperire il modello da utilizzare attraverso il link disponibile sul sito delle Imprese.

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 all'Impresa Vita e/o Danni e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Si precisa che in caso di liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN – NET (il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet:

<http://ec.europa.eu/internalmarket/finservices-retail/finnet/indexen.htm>).

Ogni controversia inerente alla esecuzione/interpretazione di Protezione Massima TC rimane di competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, fermo restando **l'obbligo di esperire il procedimento di mediazione, previsto dall'Art. 5 del D. Lgs. n. 28/2010, come modificato dall'Art. 84 della Legge n. 98/2013. L'istanza di mediazione comporta la necessaria assistenza di un legale di fiducia e rappresenta una condizione di procedibilità dell'eventuale successiva domanda giudiziale.**

Art. 9 – Cessione – Pegno – Vincolo

Protezione Massima TC non consente la cessione dei contratti, né di vincolare o costituire in pegno le prestazioni assicurate a favore di un terzo.

Art. 10 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni previste da Protezione Massima TC e dalla Legge devono essere fatte per iscritto con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, tramite email, pec, o fax ai recapiti delle Imprese o direttamente all'intermediario che ha distribuito il prodotto:

- per l'Impresa Vita

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

- per l'impresa Danni

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

Art. 11 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è regolato dalle presenti Condizioni di assicurazione valgono le vigenti disposizioni di Legge.

Art. 12 - Foro competente

Il Foro competente è quello di residenza o di domicilio del Contraente o del Beneficiario, 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. 13 Lingua

Il prodotto Protezione Massima TC, ogni documento ad esso collegato e le comunicazioni in corso di rapporto sono redatti in lingua italiana, salvo che le Parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

PARTE II

Garanzie Prestate da CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A.

PIANO ASSICURATIVO E TABELLA MASSIMALI ASSICURABILI

Tabella 1 Vita

SOMME ASSICURATE per fascia di età

Fascia età	Rata Assicurata €.	Morte da qualsiasi causa €.
N. rate Assicurate		72
fino a 35 anni	300	21.600,00
	450	32.400,00
	600	43.200,00
	800	57.600,00
	1.000	72.000,00
	1.200	86.400,00
N. rate Assicurate		48
da 36 a 50 anni	300	14.400,00
	450	21.600,00
	600	28.800,00
	800	38.400,00
	1.000	48.000,00
	1.200	57.600,00
N. rate Assicurate		6
da 51 a 60 anni	300	1.800,00
	450	2.700,00
	600	3.600,00
	800	4.800,00
	1.000	6.000,00
	1.200	7.200,00

A. CONDIZIONI DELLA GARANZIA TEMPORANEA CASO MORTE

Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione

La presente garanzia è un'assicurazione temporanea per il caso di morte che prevede in caso di decesso dell'Assicurato, in qualsiasi momento della durata contrattuale esso avvenga, la corresponsione di un importo pari al capitale assicurato ai Beneficiari designati

dal Contraente nel Modulo di Proposta.

Il capitale assicurato, subordinatamente all'accertamento dello stato di salute dell'Assicurando, è prefissato dalla Impresa Vita e varia a seconda dell'età dell'Assicurato stesso, come indicato al successivo Art. 6 "Valutazione del rischio e capitale assicurato".

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa – senza limiti territoriali – salvo le limitazioni previste al successivo Art. 7 "Esclusioni", e fermo restando quanto disposto dall'Art. 6 "Cumulo di Indennizzi" della Sezione E, Parte III, delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Art. 2 - Decorrenza della copertura assicurativa e durata

Protezione Massima TC si considera concluso e la garanzia entra in vigore secondo le tempistiche disciplinate all'Art. 2 "Modalità di adesione, conclusione del contratto e decorrenza delle coperture assicurative", Parte I delle Condizioni di Assicurazione. Tuttavia, per quanto previsto al successivo Art. 3 "Requisiti generali di assicurabilità" circa i limiti di età dell'Assicurato, la conclusione di Protezione Massima TC è subordinata alla circostanza che l'Assicurato abbia compilato e sottoscritto il Questionario sullo Stato di Salute, secondo quanto previsto al successivo Art. 6 "Valutazione del rischio e capitale assicurato".

In entrambi i casi la garanzia entra in vigore dal momento in cui viene versato il premio unico.

La presente garanzia ha una durata poliennale e, in virtù del collegamento negoziale con le altre garanzie del Prodotto, è senza tacito rinnovo.

Art. 3 – Requisiti generali di assicurabilità

L'età assicurativa dell'Assicurato alla data di decorrenza della presente garanzia non deve essere inferiore ai 18 anni e superiore ai 60.

L'età dell'Assicurato alla scadenza di Protezione Massima TC non deve essere superiore ai 65 anni compiuti.

L'età assicurativa dell'Assicurato è calcolata in anni interi, determinata trascurando la frazione di anno inferiore o uguale a sei mesi e arrotondando a un anno intero le frazioni d'anno superiori a sei mesi.

Non sono assicurabili i soggetti indicati al successivo Art. 7 comma 1 "Soggetti non assicurabili".

Art. 4 - Revoca della proposta

La Proposta contrattuale può essere revocata nel periodo antecedente alla conclusione di Protezione Massima TC mediante l'invio di comunicazione tramite raccomandata con ricevuta di ritorno ovvero a mezzo posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo indicato all'Art. 3 "Revoca della proposta e diritto di recesso", Parte I delle Condizioni di Assicurazione.

In tal caso verrà rimborsato al Contraente l'eventuale premio corrisposto entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa alla revoca.

Art. 5 – Diritto di recesso

Il Contraente può esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla data di conclusione di Protezione Massima TC inviando una comunicazione a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno o a mezzo posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo indicato all'Art. 3 "Revoca della proposta e diritto di recesso", Parte I delle Condizioni di Assicurazione.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione verrà rimborsato il premio corrisposto **al netto delle Spese di Emissione del Prodotto** effettivamente sostenute sul primo

premio pagato al momento della sottoscrizione e **indicate nel Modulo di Proposta**, e della quota parte di premio relativa al periodo nel quale le garanzie hanno avuto effetto.

In virtù del collegamento tra le garanzie assicurative, l'esercizio della revoca e il recesso dalla presente garanzia comportano la revoca e il recesso da tutte le altre garanzie di Protezione Massima TC.

Art. 6 – Valutazione del rischio e capitale assicurato

L'assicurazione è subordinata alla condizione che sia accertato lo stato di salute dell'Assicurando.

Per consentire la corretta valutazione del rischio da parte di CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. è necessario che venga fornita la documentazione di seguito indicata, in relazione all'età dell'Assicurando stesso e al capitale da assicurare:

In relazione al capitale da garantire richiesto dall'Assicurando e alla sua età anagrafica, CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. richiede la sola sottoscrizione del Modulo di Proposta, che contiene il Questionario sullo Stato di Salute.

Nel caso in cui dal Questionario sullo Stato di Salute emergano patologie di rilievo dell'Assicurando, CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. potrà rifiutare l'assunzione del rischio e Protezione Massima TC non potrà essere sottoscritto.

Art. 7 - Esclusioni

Il rischio di decesso è coperto qualunque possa esserne la causa - senza limiti territoriali - salvo i casi in cui sia causato da:

- a) dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- b) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato a operazioni militari o partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, dichiarata o di fatto, salvo che quest'ultima non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere ugualmente prestata su richiesta, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- d) partecipazione attiva a scioperi, sommosse, tumulti, invasioni, vandalismi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- e) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- f) suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione del contratto;
- g) infortuni o malattie causati all'Assicurato da abuso di alcol e 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;
- h) pratica di sport pericolosi quali, ad esempio: sport aerei in genere (paracadutismo, deltaplano, parapendio, ULM, elicottero, aliante, ecc.); alpinismo, scalate, accesso ai ghiacciai, arrampicata libera, escursioni alpine superiori a 3.000 m, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, bob, guidoslitta; speleologia; caccia grossa, safari; equitazione (competizioni equestri); skeleton; rafting; partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore; motonautica (off-shore,

- hovercraft, competizioni velistiche), vela (a più di 60 miglia dalla costa); competizioni ciclistiche; canoa, kayak; pugilato e lotta; atletica pesante; sport a livello professionale;
- i) 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;
 - j) malattie e/o conseguenze di situazioni patologiche o di lesioni già note all'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta e non dichiarate;
 - k) infezione da virus HIV o da sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o da sindromi o stati assimilabili, qualora il decesso avvenga entro 5 anni dalla conclusione del contratto o entro 7 anni qualora l'Assicurando rifiuti di sottoporsi all'accertamento previsto dall'Impresa, come indicato all'Art. 8 "Carenza" che segue;
 - l) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche.

In tutti i suddetti casi, l'Impresa Vita si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.

7.1 Soggetti non assicurabili

Non sono assicurabili per la presente garanzia i soggetti che svolgono una delle seguenti attività professionali:

militare; vigile del fuoco; guardia giurata; addetto al soccorso alpino; lavoro su tetti o impalcature ad altezza superiore a 20 m (es.: muratore, antennista, elettricista su piloni o alta tensione, imbianchino); attività che implicino contatto/uso di sostanze nocive, tossiche, esplosive e/o radioattive; attività a contatto con correnti elettriche superiori a 380 V; attività subacquee (es.: sommozzatore); attività nel sottosuolo (es.: speleologo, minatore); attività in alta montagna (es.: guida alpina); pilota o membro dell'equipaggio di aerei privati e/o elicotteri; istruttore di volo; skipper; collaudatore di autoveicoli e motocicli; pilota professionista; acrobata; domatore di belve; cascatore; magistrato operante in settore a rischio (es.: antimafia); attività che prevedono soggiorni prolungati in paesi a rischio guerra/terrorismo (es.: diplomatico, giornalista).

Su richiesta del Contraente e/o dell'Assicurato l'Impresa Vita si riserva di valutare le attività lavorative e/o sportive svolte anche saltuariamente, dichiarate prima della conclusione di Protezione Massima TC, previa sottoscrizione di apposito Questionario.

Art. 8 - Carenza

La presente copertura prevede un periodo di carenza di 180 giorni dalla data di decorrenza del contratto.

La carenza è il periodo di tempo durante il quale le singole garanzie del Prodotto cui la carenza si riferisce non sono efficaci e, se l'evento assicurato si verifica in tale periodo, l'Impresa Vita non corrisponde la prestazione assicurata.

La carenza non si applica nel caso in cui il decesso avvenga per conseguenza diretta di uno dei seguenti eventi, purché sopravvenuti o verificatisi dopo l'entrata in vigore del contratto.

- a) conseguenza diretta di una delle seguenti malattie infettive acute: tifo, paratifo,

difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;

- b) conseguenza diretta di shock anafilattico (malattia non infettiva);
- c) conseguenza diretta di infortunio, esclusa ogni concausa, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, e tali che siano la causa diretta esclusiva e provata della morte.

Art. 9 - Premio

Il premio relativo alla presente garanzia è determinato in relazione all'importo del capitale assicurato e all'età di ingresso dell'Assicurato, secondo la tariffa prevista dal Prodotto.

Art. 10 - Beneficiari

I Beneficiari delle prestazioni della garanzia sono designati dal Contraente.

È facoltà del Contraente revocare o modificare tale designazione in qualsiasi momento comunicandola per iscritto all'Impresa Vita o indicandola per testamento.

La designazione dei Beneficiari non può tuttavia essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente e i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto all'Impresa Vita, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo che si sia verificato l'evento che fa sorgere l'obbligo in capo all'Impresa Vita di eseguire la prestazione assicurata;
- dopo che i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto al Contraente di volersi avvalere del beneficio.

I Beneficiari acquistano, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'Assicurazione (Art. 1920 del Codice Civile).

In particolare, le somme loro corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

Art. 11 - Documentazione in caso di sinistro

In caso di decesso dell'Assicurato dovranno essere presentati a CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. i seguenti documenti a cura del Contraente o dei Beneficiari:

- certificato di decesso dell'Assicurato in carta semplice;
- relazione sanitaria rilasciata dal medico curante attestante la causa del decesso e completa di anamnesi patologica prossima e remota con particolare riferimento alla data di inizio della patologia che ha causato il decesso, su modulo rilasciato dall'Impresa Vita;
- se vi è stato ricovero in ospedale o Istituto di Cura, copia integrale di eventuali cartelle cliniche relative al primo ricovero e ai successivi ricoveri subiti dall'Assicurato in relazione alla patologia che ha causato il decesso;
- in caso di morte violenta (infortunio, omicidio, suicidio, ecc.), copia del verbale delle Forze dell'Ordine o certificato della Procura o altro documento rilasciato dall'Autorità Competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso;
- copia dell'eventuale referto autoptico e delle eventuali indagini tossicologiche;
- in caso di designazione degli eredi quali beneficiari, copia autentica del testamento o, nell'ipotesi in cui questo non sia stato redatto, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti se l'Assicurato abbia o meno eredi legittimi;

- in caso di eredi minori o incapaci, autorizzazione del Giudice Tutelare alla riscossione dell'indennizzo da parte del Tutore;
- copia del documento d'identità, del codice fiscale e delle coordinate bancarie del conto corrente bancario da accreditare per ciascun Beneficiario;

La suddetta documentazione dovrà essere trasmessa a CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. corrisponderà agli aventi diritto le somme dovute entro 30 giorni dal ricevimento dell'ultimo dei documenti necessari, accertate le condizioni previste per la liquidazione. I pagamenti verranno effettuati tramite bonifici bancari sulle coordinate che verranno comunicate dai Beneficiari.

Decorso tale termine, a favore dell'avente diritto sono dovuti gli interessi moratori.

Qualora si verifichi il sinistro durante la prima annualità assicurativa e il premio non sia stato corrisposto per intero, per poter procedere alla liquidazione, la parte di premio residua dovrà essere versata dal Beneficiario della Polizza, prima della liquidazione stessa.

Art. 12 - Riscatto, riduzione, prestito

La presente garanzia non prevede valori di riduzione, di riscatto, né concessione di prestiti.

Art. 13 - Aggravamento del rischio in corso di validità contrattuale (Art. 1926 del Codice Civile)

Il Contraente e l'Assicurato sono obbligati a comunicare entro 30 giorni all'Impresa la modifica delle condizioni in base alle quali è stato assunto il rischio e determinato il premio tali da comportare un mutamento che, se conosciuto dall'Impresa al momento della conclusione del contratto, la stessa non avrebbe consentito l'assunzione del rischio, o l'avrebbe consentita a fronte della corresponsione di un premio più elevato.

In particolare si sottolinea l'obbligo di inviare tempestiva comunicazione qualora l'Assicurato inizi a svolgere una delle attività professionali o sportive escluse (v. art. 7 "Esclusioni").

L'inosservanza di tale obbligo di comunicazione può comportare la totale o parziale inefficacia della garanzia (v. art. 12 "Dichiarazioni del Contraente o Assicurato")

L'Impresa, ricevuta la comunicazione circa l'aggravamento del rischio, si riserva la possibilità di applicare un sovrappremio al premio dovuto o di recedere dal contratto.

L'Impresa emetterà Appendice al contratto indicando il nuovo premio dovuto.

PARTE III

Garanzie Prestate da CF Assicurazioni S.p.A. Compagnia di Assicurazione per il Credito e la Famiglia

SEZIONE A - NORME GENERALI CHE REGOLANO LE GARANZIE INFORTUNI, MALATTIA, LONG TERM CARE E PERDITE PECUNIARIE

Art. 1 - Il piano e le garanzie offerte

Le Condizioni di Assicurazione contenute nella presente Parte afferiscono e disciplinano le garanzie danni offerte nell'ambito del piano PROTEZIONE MASSIMA TC.

La disciplina relativa ciascuna garanzia, di cui alla seguente tabella, è contenuta nelle singole Sezioni.

PIANO ASSICURATIVO E TABELLA MASSIMALI ASSICURABILI DANNI

Tabella 1 Danni
SOMME ASSICURATE per fascia di età

Fascia età	Rata Assicurata €.	Invalidità permanente Totale da Infortunio o malattia	Inabilità Temporanea Totale (ITT) da Infortunio o Malattia	Perdita d'Impiego	Non Auto Sufficienza Long Term Care
N. rate Assicurate x garanzia		18	18	12	18
fino a 35anni	300	5.400,00	5.400,00	3.600,00	5.400,00
	450	8.100,00	8.100,00	5.400,00	8.100,00
	600	10.800,00	10.800,00	7.200,00	10.800,00
	800	14.400,00	14.400,00	9.600,00	14.400,00
	1.000	18.000,00	18.000,00	12.000,00	18.000,00
	1200	21.600,00	21.600,00	14.400,00	21.600,00
N. rate Assicurate x garanzia		12	12	12	12
da 36 a 50anni	300	3.600,00	3.600,00	3.600,00	3.600,00
	450	5.400,00	5.400,00	5.400,00	5.400,00
	600	7.200,00	7.200,00	7.200,00	7.200,00
	800	9.600,00	9.600,00	9.600,00	9.600,00
	1.000	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00
	1.200	14.400,00	14.400,00	14.400,00	14.400,00
N. rate Assicurate x garanzia		6	6	12	6
da 51 a 60anni	300	1.800,00	1.800,00	3.600,00	1.800,00
	450	2.700,00	2.700,00	5.400,00	2.700,00
	600	3.600,00	3.600,00	7.200,00	3.600,00
	800	4.800,00	4.800,00	9.600,00	4.800,00
	1.000	6.000,00	6.000,00	12.000,00	6.000,00
	1.200	7.200,00	7.200,00	14.400,00	7.200,00

Il Contraente potrà aderire al Piano Assicurativo corrispondendo il Premio a cui corrispondono i Massimali Base delle garanzie Vita e Danni, secondo la propria fascia di età alla decorrenza della polizza.

1.1 - Pagamento del premio e decorrenza delle coperture di assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel Certificato di Polizza, **sempreché sia stato pagato il premio unico; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.**

1.2 - Durata delle garanzie e proroga

Le garanzie danni hanno una durata triennale o quinquennale e alla scadenza si annullano automaticamente non essendo previsto il Tacito Rinnovo.

1.3 - Persone assicurabili e requisiti generali di assicurabilità

Le garanzie sono prestate a favore della persona indicata nel Modulo di Proposta e nel Certificato di Polizza che dovrà avere un'età compresa tra i 18 e i 60 anni non compiuti alla data di decorrenza di Protezione Massima TC.

L'Impresa Danni consente la permanenza in copertura dell'Assicurato fino all'età dei 65 anni compiuti.

Il Contraente persona fisica ha la possibilità di stipulare l'assicurazione per sé oppure per conto di altra persona fisica.

1.4 - Limitazioni: carenze, scoperti, franchigie e massimo indennizzo

Le coperture assicurative prevedono i seguenti limiti:

CARENZE – SCOPERTI – FRANCHIGIE – MASSIMI INDENNIZZI

Tabella 2

Garanzia	Carenza	Franchigia	Massimo Indennizzo
Invalidità Permanente Totale da Infortuni	Nessuna	Nessuna	La somma assicurata in forma di capitale liquidabile in unica soluzione
Invalidità Permanente Totale da Malattia	Carenza 60 gg.	Nessuna	La somma assicurata in forma di capitale liquidabile in unica soluzione
Inabilità Permanente Totale da Infortuni	Nessuna	60 gg.	La rata assicurata sino ad un massimo di volte come previsto dal Piano Assicurativo per 1 volta contratto durata 3 anni – 2 volte contratto durata 5 anni
Inabilità Permanente Totale da Malattia	Carenza 60 gg.	60 gg.	La rata assicurata sino ad un massimo di volte come previsto dal Piano Assicurativo per 1 volta contratto durata 3 anni – 2 volte contratto durata 5 anni
LTC – Non Auto Sufficienza	Carenze: dalle ore 24 dalla decorrenza della copertura (se non autosufficienza derivante da infortunio); 1 anno (se da malattia fisica) oppure 2 anni (se da malattie mentali)	Differimento della prestazione a 90 giorni dalla data di riconoscimento della non autosufficienza	La somma assicurata in forma di capitale liquidabile in unica soluzione
Perdita Impiego -	Carenza 90 gg.	60 gg.	La rata assicurata sino ad un massimo di volte come previsto dal Piano Assicurativo per 1 volta contratto durata 3 anni – 2 volte contratto durata 5 anni

1.5 Altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dal comunicare all'Impresa Danni l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; **in caso di sinistro però, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori ai sensi dell'Art. 1910 Codice Civile.**

1.6 – Recesso in caso di Sinistro danni non malattia

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.

1.7 Validità territoriale

Le garanzie valgono in tutto il mondo, la Garanzia Perdita d'Impiego opera nella Repubblica Italiana.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

ART.2 - GARANZIE PRESTATE:

Op.2A: 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.2B: 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.3 - 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.4 REQUISITI DI ASSICURABILITA'

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

- di età compresa tra 18 e 60 anni non compiuti alla data di stipulazione della presente polizza e che alla data di scadenza della polizza, non abbiano ancora compiuto 65 anni;
- che abbiano sottoscritto la Proposta di Adesione e il questionario dello 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.5 - LIMITI DI INDENNIZZO

. L'indennizzo non potrà superare:

- **in caso di invalidità Permanente Totale:** il numero delle volte previste nel Piano Assicurativo secondo la fascia di età della decorrenza della polizza dell'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 pari al numero di volte previste nel Piano Assicurativo secondo la fascia di età della decorrenza della polizza per sinistro e con il massimo di 1 volte per polizze di durata 3 anni e 2 volte per polizze di durata 5 anni.
- **in caso di Perdita Involontaria d'Impiego** l'importo della rata mensile indicata nella scheda di polizza con il massimo indennizzo pari al numero di volte previste nel Piano Assicurativo secondo la fascia di età della decorrenza della polizza per sinistro e con il massimo di 1 volte per polizze di durata 3 anni e 2 volte per polizze di durata 5 anni.

ART.6 - PREMI ASSICURATIVI DANNI

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.

Ai premi della presente sezione di polizza sono applicati sconti pari al 3% per anno, relativamente alle durate poliennali previste.

ART.7 - 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.8 – 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.09 - 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.10 "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. 10 "INDENNIZZO";
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 11 "ESCLUSIONI"
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.7 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART.10 – 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.
L'Indennizzo sarà pagato nel limite dei massimali indicati all'Art.5 delle presenti condizioni generali.

ART.11 – 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 ASSICURABILITA" della presente Polizza.

ART.12- 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, ecc.); 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.13- ASSICURAZIONE PER INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO o MALATTIA.

OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, la Società corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art.14 "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. 15 "ESCLUSIONI" ;
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.7 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART.14- 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 saranno liquidati per ogni periodo di 30 giorni consecutivi di inabilità Temporanea Totale accertata.

Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare ai sensi dei precedenti commi del presente articolo, è l'importo della rata mensile indicata nella scheda di polizza con il massimo indennizzo pari al numero di volte previste nel Piano Assicurativo secondo la fascia di età della decorrenza della polizza per sinistro e con il massimo di 1 volte per polizze di durata 3 anni e 2 volte per polizze di durata 5 anni.

ART.15 - 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 paranoidi,**

- inclusi gli stati di stress;**
- **interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di efficacia della Copertura;**
 - **qualsunque 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.16 - 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.17 - 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 indennizzi mensili previsti dal piano assicurativo.

SEZIONE B

ART.18 - 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. 19 "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.20 "ESCLUSIONI";
- L' Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.7 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART. 19 – 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 l'importo della rata mensile indicata nella scheda di polizza con il massimo indennizzo pari al numero di volte previste nel Piano Assicurativo secondo la fascia di età della decorrenza della polizza per sinistro e con il massimo di 1 volta per polizze di durata 3 anni e 2 volte per polizze di durata 5 anni.

ART.20 – 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.21 - 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.22 - 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 indennizzi mensili previsti dal piano assicurativo.

SEZIONE C

ART.23 - ASSICURAZIONE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA - LONG TERM CARE

Oggetto della copertura e delle garanzie offerte

La presente copertura, ferme le esclusioni e le carenze di cui ai successivi Artt. 24 e 25, garantisce all'Assicurato l'indennizzo forfettario indicato nel Certificato di Polizza, a compensazione di spese sanitarie, quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza.

E' considerata non autosufficiente la persona assicurata che viene a trovarsi nell'impossibilità fisica totale permanente, clinicamente accertata, di poter compiere almeno 3 (tre) delle seguenti 4 (quattro) attività elementari della vita quotidiana e necessita pertanto della costante assistenza di una terza persona:

Le attività elementari della vita quotidiana sono definite come:

- **Lavarsi:** capacità di farsi il bagno o la doccia o di lavarsi in altro modo.
Ciò implica che l'Assicurato è in grado di lavarsi da solo dalla testa ai piedi in modo da mantenere un livello soddisfacente di igiene personale, spontaneamente, senza bisogno di stimoli esterni.
- **Nutrirsi:** Capacità di mangiare autonomamente cibo preparato da terzi.
Ciò implica che l'Assicurato è in grado di tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca e inghiottirlo.
- **Spostarsi:** Capacità di muoversi dal letto alla sedia e viceversa senza l'aiuto di una terza persona.
- **Vestirsi:** capacità di mettersi e togliersi tutti i vestiti.
Ciò implica che l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi da solo, in modo appropriato dalla testa ai piedi, inclusa la capacità di mettersi e togliersi eventuali protesi ortopediche; la capacità di allacciarsi/slacciarsi le scarpe o di indossare/togliere calze o calzini non è considerata determinante.

Si intende coperto dalla garanzia e sempreché sussistano contemporaneamente 3 (tre) impossibilità fisiche su 4 (quattro), come sopra definite, lo stato di non autosufficienza derivante dalla perdita delle capacità mentali, dovuta ad una patologia nervosa o mentale di natura organica, quali il morbo di Alzheimer o forme simili di demenza senile, che si traduce in incapacità di pensare, capire, ragionare o ricordare. Questa inabilità si manifesta con l'incapacità di badare a sé stessi senza la supervisione continua da parte di una terza persona

ART.24 - Esclusioni

Le prestazioni di cui alla presente copertura non sono assicurate se:

- lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato esisteva già al momento della sottoscrizione del Prodotto;
- l'Assicurato non sia in grado di svolgere una delle quattro attività elementari della vita quotidiana (ADL) già all'ingresso nel Piano Assicurativo;
- l'Assicurato, al momento della sottoscrizione, risulti colpito da una invalidità superiore al 50% o abbia fatto richiesta per il suo riconoscimento.

ART.25 - Carenza

La garanzia, in caso di perdita di autosufficienza, è operante alle seguenti condizioni di carenza:

- se lo stato di non autosufficienza è conseguente a infortunio, dalle ore 24 dalla decorrenza della copertura;

- **se lo stato di non autosufficienza è conseguente a malattia, dopo il 1° anno di decorrenza della copertura;**
- **se lo stato di non autosufficienza è conseguente a perdite delle capacità mentali, dovuta ad una patologia nervosa o mentale di natura organica, dopo il 2° anno di decorrenza della copertura.**

ART.26 - Accertamento dello stato di non autosufficienza

L'impresa Danni si impegna ad accertare lo stato di non autosufficienza entro 90 giorni dalla data della denuncia, qualora il Contraente e l'Assicurato abbiano provveduto all'inoltro di tutta la documentazione prevista dall'Art. 5.4, Sezione E, delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Una volta riconosciuto il diritto alla prestazione, l'Impresa Danni corrisponderà la somma assicurata.

Il decesso dell'Assicurato durante il periodo di accertamento, qualora siano trascorsi i tre mesi di differimento (si rinvia al successivo Art. 27), viene equiparato al riconoscimento dello stato di non autosufficienza e dà diritto all'Indennizzo, a meno che non sia già stato comunicato per iscritto il disconoscimento di tale stato.

In caso di controversia sull'esito dell'accertamento dello stato di non autosufficienza, il Contraente ha la facoltà di ricorrere al Collegio Medico Arbitrale con le modalità indicate al precedente Art. 8 "Controversie - Arbitrato".

ART.27 - Condizioni di pagamento delle prestazioni.

L'erogazione della Indennizzo verrà corrisposto dal 31° giorno successivo alla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza (periodo di differimento).

Qualora l'Assicurato recuperi la condizione di autosufficienza, l'erogazione dell'indennizzo resterà effettuato e riconosciuto come indennizzo forfettario resta richiesta di refusione parziale.

ART.28 - Beneficiari delle prestazioni, nomina di un soggetto terzo

Il Beneficiario dell'Indennizzo è la persona assicurata.

L'Indennizzo può essere corrisposto all'Assicurato per il tramite dell'Amministratore di Sostegno, provandone la designazione con idonea documentazione.

OFFERTA PROGRAMMA INDIVIDUALE OUTPLACEMENT DI INTOO SRL PER I CLIENTI CF ASSICURAZIONI SPA

A seguito di sinistro in garanzia, che abbia colpito la garanzia per Perdita Involontaria d'impiego di cui all' Art.18 delle condizioni generali della polizza PROTEZIONE MASSIMA TC, la *Compagnia* mette a disposizione degli assicurati, con apposita proposizione, il seguente "Programma Individuale Outplacement" offerto da INTOO Srl finalizzato al reinserimento nel mondo del lavoro.

Ogni Assicurato sarà libero di aderire o meno al predetto Programma.

Programma Individuale "Outplacement su polizze CF"

Servizio di orientamento finalizzato alla ricollocazione professionale dell'*Aderente/Assicurato*, prestato da una società specializzata e convenzionata con la *Compagnia*, che invece si occupa direttamente delle prestazioni assicurative previste dal fascicolo informativo.

L'obiettivo del *Programma* è di supportare l'*Aderente/Assicurato* della *Compagnia*, sottoscrittore della *Polizza- PROTEZIONE MASSIMA TC*, nella ricerca di una nuova opportunità lavorativa.

In particolare l'*Assicurato/Lavoratore Dipendente Privato* nel momento in cui il rischio sopra richiamato si dovesse concretizzare potrà decidere di attivare il *Programma*.

Riepiloghiamo, di seguito, le condizioni del *Programma* prestato in collaborazione con INTOO Srl, da oltre 25 anni società leader nei servizi dedicati alla ricollocazione e allo sviluppo di carriera con 14 sedi su tutto il territorio italiano.

Descrizione delle fasi del Programma

Sono previsti 10 incontri individuali da svolgersi a scelta dell'*Aderente/Assicurato* in una delle seguenti modalità:

- presso gli uffici INTOO in Italia;
- in remoto via Skype;
- mista, parte degli incontri presso gli uffici di INTOO e parte in remoto.

I dieci incontri dovranno svolgersi in un arco temporale di 6 mesi.

Prima FASE - Tre incontri individuali

Durante la prima fase vengono sviluppati i punti seguenti con l'obiettivo di definire con l'*Aderente/Assicurato* un obiettivo professionale coerente con le proprie caratteristiche e capacità.

- Bilancio competenze e caratteristiche

Vengono mappate, ricostruite e valorizzate le competenze possedute dall'*Aderente/Assicurato* riesaminando il percorso educativo, formativo e professionale e l'area dei valori, dei bisogni e dei desideri.

- Progetto professionale e realizzabilità

Sulla base del quadro emerso, relativo alle competenze e caratteristiche possedute e ai punti di forza e aree di criticità, l'*Aderente/Assicurato* viene supportato dal consulente ad individuare il progetto professionale che desidera raggiungere e le modalità per realizzarlo, tenendo conto dell'andamento del mercato di riferimento.

Seconda FASE - Sette incontri individuali

La seconda fase, attraverso i punti sotto elencati, accompagna l'*Aderente/Assicurato* nella realizzazione del progetto professionale definito.

Per coloro che scelgono l'attività dipendente:

- Strumenti di comunicazione: il CV e lettera di Presentazione
In funzione dell'obiettivo professionale identificato l'*Aderente/Assicurato* verrà supportato a strutturare gli strumenti necessari per la fase di contatto con il mercato: Curriculum Vitae, definendo il contenuto, la forma e lo stile più appropriati, la Lettera di Presentazione e l'Autocandidatura;
- Piano di azione e di sviluppo
Vengono strutturati i successivi passaggi necessari per realizzare il progetto e il piano relativo allo sviluppo delle competenze da migliorare/acquisire;
- Messa a punto delle tecniche di comunicazione orale
Attraverso esercitazioni e simulazioni, il candidato acquisirà dimestichezza con alcuni aspetti basilari delle modalità di colloquio nonché la presentazione delle sue caratteristiche e competenze in forma verbale;
- Contatto con il mercato
I consulenti INTOO supporteranno l'*Aderente/Assicurato* nel contatto con il mercato e nell'attivazione dei canali di incontro tra domanda e offerta. Le posizioni individuate, grazie alle suddette attività, verranno abbinate ai profili dei candidati. L'incontro con l'azienda verrà preparato, sia assumendo di volta in volta informazioni sull'azienda utili al candidato da utilizzare eventualmente nel corso dell'incontro, sia con una specifica simulazione che consideri le caratteristiche dell'interlocutore e che prepari il candidato alla negoziazione e trattativa; verrà inoltre supportato nella valutazione dell'offerta e nella conclusione dell'accordo.

Per coloro che scelgono l'attività autonoma, il programma in questo caso prevede il supporto specialistico sui seguenti aspetti:

- individuazione e verifica dell'idea di business;
- la redazione di un articolato business plan, con il coinvolgimento di "specialisti" (commercialista, consulente del lavoro, marketing);
- l'assistenza nel verificare l'esistenza di eventuali fonti di finanziamento;
- la determinazione del mercato target a cui proporsi;
- Il monitoraggio dell'avvio dell'attività.

Tools

L'*Aderente/Assicurato* potrà accedere alla intranet di INTOO per consultare la Job Bank di INTOO, contenente le posizioni reperite attraverso il contatto diretto con gli Head Hunters in Italia, all'estero e con le aziende.

Per incrementare le proprie competenze e finalizzare al meglio la propria modalità di proposizione, l'*Aderente/Assicurato* potrà partecipare ai workshop tematici che si tengono presso le sedi di Milano e Roma.

Supporto Logistico

Disponibilità, presso le sedi INTOO, di una postazione lavoro attrezzata con telefono, computer e collegamento Internet a disposizione dell'*Aderente/Assicurato* senza limite di utilizzo nell'ambito di

una programmazione delle presenze con la segreteria.

Durata del Programma

Il *Programma Individuale Outplacement* è a disposizione dell'*Aderente/Assicurato* in ragione di un unico evento nei 3 o 5 anni successivi alla data di sottoscrizione della *Polizza della Compagnia*.

Modalità di attivazione del Programma

L'erogazione del *Programma Individuale Outplacement* avverrà unicamente nei confronti di persone che:

- abbiano sottoscritto una *Polizza Protezione Massima TC* con la *Compagnia*;
- abbiano denunciato alla *Compagnia* un *Sinistro* a fronte di *Perdita di lavoro* (lavoratori dipendenti privati)
- abbiano espresso la volontà di attivare il *Programma Individuale Outplacement*. A seguito della manifestazione di consenso come sopra indicata, la *Compagnia* invierà ad INTOO apposita lettera d'incarico per assegnare il cliente al *Programma*. Successivamente all'assegnazione INTOO provvederà a contattare direttamente l'*Aderente/Assicurato* per definire i tempi di avvio del programma.

GLOSSARIO

Il presente documento è aggiornato al 01.02.2018

Appendice	Documento che forma parte integrante del contratto emesso per prendere atto di modifiche concordate tra l'Impresa e il Contraente.
Assicurato	Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici, alla fascia di età di appartenenza e degli eventi attinenti alla sua vita.
Beneficiario	Persona fisica o giuridica a cui sono erogate le prestazioni previste dal contratto. Viene designata nel Modulo di Proposta dal Contraente e indicata in Polizza; può coincidere o no con il Contraente stesso.
Capitale assicurato in caso di decesso	Importo indicato in Polizza che l'Impresa Vita corrisponde al Beneficiario in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale.
Carenza	Periodo di tempo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci e se l'evento assicurato si verifica in tale periodo l'Impresa non corrisponde la prestazione assicurata.
Certificato di Polizza	Documento emesso dalle Imprese Vita e Danni comprovante l'esistenza e il contenuto del contratto di assicurazione.
Cessione – Pegno – Vincolo	Condizioni secondo cui il Contraente ha la facoltà di cedere a terzi il contratto, così come di darlo in pegno o comunque di vincolare le somme assicurate.
Contraente	Il soggetto, persona fisica o giuridica, che stipula il contratto con le Imprese Vita e Danni e si obbliga a pagare i premi alle scadenze concordate.
Contratto	Nel caso di specie, Protezione Massima TC è un contratto stipulato con due compagnie e multirischio con il quale le Imprese Vita e Danni, a fronte del pagamento del premio, si impegnano a pagare i capitali o le prestazioni indicate nel Certificato di Polizza al verificarsi degli eventi oggetto di copertura.
Conclusione del contratto	Il contratto si considera concluso quando il Contraente, terminato il processo di valutazione del rischio, riceve il Certificato di polizza firmato dalle Imprese in segno di accettazione.
Condizioni contrattuali (o di assicurazione)	Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione e il rapporto giuridico.
Conflitto di interessi	Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse dell'Impresa può collidere con quello del Contraente.
Costi di caricamento	Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi delle Imprese Vita e Danni.
Decorrenza della garanzia	Momento in cui le garanzie divengono efficaci e in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.
Detraibilità fiscale (del premio versato)	Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.
Dichiarazioni precontrattuali	Informazioni fornite dal Contraente-Assicurato prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alle Imprese di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione.

Diritto proprio (del Beneficiario)	Diritto del Beneficiario delle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del Contraente.
Durata	Periodo durante il quale il contratto è efficace.
Esclusioni	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalle Imprese Vita e Danni, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.
Età assicurativa	Modalità di calcolo dell'età dell'Assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.
Fascicolo informativo	L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale Cliente, composto da: Nota Informativa; Condizioni di Assicurazione; Glossario; Modulo di Proposta.
FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) - CRS (Common Reporting Standard)	Normativa che prevede l'obbligo delle istituzioni finanziarie, fra le quali le Imprese di Assicurazione, di adeguata verifica fiscale della clientela per lo scambio automatico di informazioni finanziarie con gli Stati Uniti a decorrere dal 2014 (normativa FATCA), e con i Paesi aderenti allo scambio di informazioni attraverso il Common Reporting Standard (CRS) previsto dal Multilateral Competent Authority Agreement sottoscritto dall'Italia, e dalla Direttiva 2014/107/UE del Consiglio del 9 dicembre 2014, a decorrere dal 2016.
Garanzia caso morte	Impegno dell'Impresa Vita a liquidare il capitale assicurato ai Beneficiari designati in polizza in caso di decesso dell'Assicurato.
Impresa Vita	CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. – autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa Vita – con la quale il Contraente stipula il Contratto di Assicurazione.
Impresa Danni	CF Compagnia di Assicurazioni S.p.A. - autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa Danni – con la quale il Contraente stipula il Contratto di Assicurazione.
Impignorabilità e insequestrabilità	Principio secondo cui le somme dovute dall'Impresa Vita al Contraente o al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.
IVASS (già ISVAP)	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle Imprese di Assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.
Modulo di Proposta/Proposta	Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di Proponente, con il quale egli manifesta alle Imprese la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche e alle condizioni in esso indicate.
Nota informativa	Documento che le Imprese di assicurazione sono tenute a consegnare al Contraente prima della conclusione del contratto che contiene le informazioni relative alle Imprese e quelle relative al contratto.
Periodo di copertura	Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.
Premio	L'importo versato dal Contraente alle Imprese Vita e Danni per l'acquisto delle varie garanzie. Il versamento del premio unico per tre o cinque anni previsto è condizione necessaria per l'efficacia della copertura.

Prescrizione	Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini indicati dalla Legge.
Prestazione assicurata Vita	Somma pagabile sotto forma di capitale che l'Impresa Vita garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.
Principio di adeguatezza	Principio in base al quale l'Impresa Vita è tenuta ad acquisire dal Contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare l'adeguatezza del contratto proposto in relazione alle sue esigenze e alla sua propensione al rischio.
Questionario sullo stato di salute	Il documento compreso nel Modulo di Proposta che descrive la storia clinica e lo stato di salute dell'Assicurato, sulla base delle risposte dallo stesso fornite, debitamente sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la potestà e che costituisce parte integrante della polizza, nei casi in cui ne è richiesta la compilazione.
Recesso	Diritto del Contraente di sciogliere il contratto da esercitare entro 30 giorni dal momento della conclusione è reciproca del Contraente e della Impresa Danni in caso di sinistro.
Revoca	Diritto del Contraente di manifestare l'intenzione di revocare la Proposta prima della conclusione del contratto.
Ricorrenza annuale	L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione anche se stipulato in forma poliennale con pagamento unico anticipato.
Rischio demografico	Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto (ad es. morte) attinente alla vita dell'Assicurato, al verificarsi del quale l'Impresa di assicurazione si impegna ad erogare le coperture assicurative previste dal contratto, la quale è caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita.
Sinistro	Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.
Spese di emissione	Oneri costituiti da importi fissi a carico del Contraente per l'emissione del contratto.

DEFINIZIONI SPECIFICHE RELATIVE ALLE GARANZIE DANNI

Cartella Clinica	Documento ufficiale e atto pubblico redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.
Franchigia	Parte di indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato.
Indennizzo / Rimborso	la somma dovuta dall'Impresa Danni in caso di Sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Insorgenza	Inizio, ancorché asintomatico, della malattia.
Intermediario assicurativo	La persona fisica o la società, iscritta nel registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del D. Lgs. 7 settembre 2005, n. 209, che svolge a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa o riassicurativa.
Inabilità Temporanea Totale	La perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria Normale Attività Lavorativa, a seguito di Infortunio o Malattia.

Invalidità Permanente Totale da Malattia/Infortunio	La perdita definitiva, a seguito di malattia/infortunio, in misura totale, della capacità generica dell'assicurato allo svolgimento di qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione. Viene considerata Totale quando questa venga accertata per almeno il 66% su 100%.
Istituto di cura	Ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.
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).
Long Term Care (Non autosufficienza)	E' considerata non autosufficiente la persona che si trova nella incapacità di poter compiere attività consuete della vita quotidiana senza l'assistenza di una terza persona.
Malattia	Ogni obiettiva alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattie/Invalidità coesistenti	Malattie o invalidità presenti nel soggetto, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla Malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.
Malformazione	Ogni alterazione fisica e/o psichica sviluppatasi durante la vita intrauterina.
Manifestazione	Sintomatologia oggettiva della malattia.
Massimale/Somme assicurate	La somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun periodo assicurativo, l'Impresa Danni presta la garanzia.
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.

Periodo assicurativo	Periodo di tempo per il quale opera la garanzia assicurativa a condizione che sia stato pagato il premio corrispondente.
Perdite Pecuniarie	Sono le garanzie di perdita involontaria d'impiego per lavoratori dipendenti che genera lo stato di disoccupazione o di riduzione involontaria del reddito per i lavoratori autonomi e liberi professionisti, ditte individuali.
Reclamo	Una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti della Società, relativa ad un contratto o a un servizio assicurativo. Non sono considerati reclami le richieste di informazione o chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.
Ricovero (diaria)	Importo indennizzabile per ogni giornata di ricovero in istituto di cura con pernottamento.
Stato Occupazionale	Lo specifico stato lavorativo o meno dell'Assicurato al momento del sinistro.
Scoperto	Quota parte delle spese sostenute, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.
Termini di aspettativa	Il periodo di tempo che intercorre fra la data di effetto dell'assicurazione e l'inizio della garanzia.

MODULO PROPOSTA PROTEZIONE MASSIMA TC

N. Proposta CF e CF Life	Intermediario	Cod.Int.	C.Sub.Int.	Cod. prodotto

CONTRAENTE/ASSICURATO (persona fisica)

Cognome		Nome		Codice Fiscale		
Nato in		Provincia	Data di Nascita		Sesso	
Numero di Identità valido	Tipo di documento	Rilasciato da			Data rilascio/rinnovo	
Indirizzo residenza			Comune	Provincia	CAP	
Indirizzo domicilio (se diverso Residenza)			Comune	Provincia	CAP	
Nel nucleo familiare del Contraente c'è un portatore di grave disabilità in base alla legge 104 del 05/02/1992					SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Indirizzo email del Contraente :	n. di telefono:
----------------------------------	-----------------

Beneficiari

In caso di decesso dell'Assicurato

Indirizzo email dell'Intermediario:	n. di telefono:
-------------------------------------	-----------------

**MODULO PROPOSTA
PROTEZIONE MASSIMA TC**

GARANZIE OPERANTI E PREMI ANNUI

Decorrenza	Scadenza	Frazionamento	Tacito rinnovo
		UNICO	NO

Codice - Garanzie Prestate	Somma Assicurata Euro	Premio unico Imponibile Euro	Imposte Euro	Premio unico Totale Euro
■ 01011 - Temporanea Caso Morte				
■ 01001 - Invalidità Permanente da Infortuni				
■ 02001 - Invalidità Permanente da Malattia				
■ 01002 - Inabilità Temporanea Totale da Infortuni				
■ 02002 - Inabilità Temporanea Totale da Malattia				
■ 02105 - Long Term care				
■ 16001 - Perdita Impiego				
PREMIO ANNUO TOTALE				

PREMIO DI PERFEZIONAMENTO TRIENNALE O QUINQUENNALE IN UNICA SOLUZIONE

Premio sino al :	Premio unico Imponibile €.	Imposte €.	Premio Unico Totale €.

Il Contraente _____

MODULO PROPOSTA PROTEZIONE MASSIMA TC

DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente può esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto inviando una Raccomandata con avviso di ricevimento alla Direzione Generale delle Imprese.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione le Imprese hanno l'obbligo di rimborsare il premio eventualmente corrisposto al netto delle imposte e delle spese di emissione del contratto effettivamente sostenute, e della quota parte di premio relativa al periodo nel quale il contratto ha avuto effetto.

AVVERTENZE

a) 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;

b) prima della sottoscrizione del Questionario sullo stato di salute, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni ivi riportate.

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Le prestazioni contrattuali sono erogate a fronte del pagamento del premio.

Il pagamento del premio avviene direttamente presso l'Intermediario che ha procurato il contratto, nel rispetto ed entro i limiti fissati dalle vigenti disposizioni di legge.

CONSENSO PER INVIO DI COMUNICAZIONI MEDIANTE TECNICHE A DISTANZA

Autorizzo a inviare in formato elettronico le comunicazioni in corso di contratto relative ai rapporti di polizza da me intrattenuti con le Imprese. Tale invio potrà essere eseguito via e-mail all'indirizzo di posta elettronica da me indicato in fase precontrattuale e riportato sul frontespizio.

Prendo atto e accetto che tale modalità sarà adottata in alternativa all'invio cartaceo delle comunicazioni e sarà eseguita in adempimento agli obblighi di informativa in corso di contratto stabiliti dagli artt. 13 e seguenti del Regolamento IVASS n. 35 e successive modifiche e integrazioni.

Il consenso espresso può essere revocato anche mediante comunicazione via posta elettronica. In caso di revoca, le Imprese possono addebitare i costi connessi alla stampa e all'eventuale trasmissione della documentazione in formato cartaceo.

Il Contraente _____

DICHIARAZIONI

I sottoscritti Contraente e Assicurato (se persona diversa dal Contraente):

- confermano che tutte le informazioni contenute nella presente proposta, anche se materialmente scritte da altri, sono complete ed esatte;
- prendono atto che la copertura assicurativa entra in vigore, previa corresponsione del premio risultante dalla documentazione contabile rilasciata, a partire dalle ore 24 del giorno di decorrenza della polizza;
- prendono atto, con la sottoscrizione della presente proposta, che le Imprese si impegnano a riconoscere piena validità contrattuale alla stessa fatti salvi errori di calcolo che comportino risultati difformi dall'esatta applicazione della tariffa.

Il Contraente dichiara, inoltre:

- di essere consapevole che il consenso delle Imprese è basato sulla veridicità delle dichiarazioni rese nei documenti contrattuali e sull'avvenuto ritiro, presa di cognizione e integrale accettazione del Fascicolo informativo.

L'Assicurato, qualora diverso dal Contraente:

- acconsente alla stipulazione della presente assicurazione ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile.
- proscioglie dal segreto professionale e legale i medici che possono o potranno averlo curato e/o visitato, nonché altre persone, ospedali, case di cura e istituti in genere ai quali le Imprese direttamente o indirettamente tramite azienda specializzata, ritengano di rivolgersi per informazioni.

L'Assicurato

Il Contraente



CF LIFE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI VITA S.p.A.
Sede Legale: Via Paolo di Dono, 73 - 00142 Roma
tel. 06 5129 4600 fax 06 5129 4960
info@cfassicurazionilife.com
cfassicurazionilife@pec.it
www.cfassicurazioni.com

CF ASSICURAZIONI S.p.A.
Sede Legale: Via Paolo di Dono, 73 - 00142 Roma
tel. 06 5129 4600 fax 06 51294650
info@cfassicurazioni.com
cfassicurazioni@pec.it
www.cfassicurazioni.com



Il Contraente dichiara di aver ricevuto, la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione e il Glossario contenuti nel Fascicolo informativo.

Ai sensi e per gli effetti dell'Art. 1341 del Codice Civile, il Contraente e/o l'Assicurato dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti Articoli delle Condizioni di Assicurazioni:

- Parte I, Disposizioni Generali, Art. 6 "Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato",
- Parte II, "Condizioni della garanzia Temporanea Caso Morte, Art. 7 "Esclusioni"
- Parte III, Art.1.6- Recesso in caso di sinistro danni non malattia; Art.2-Garanzie prestate da CF Assicurazioni S.p.A., Art. 11 – 15 – 20 - 24 "Esclusioni".

Il Contraente

L'Assicurato

L'Intermediario

Firme Leggibili

**MODULO PROPOSTA
PROTEZIONE MASSIMA TC**

QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE

Assicurato: Età:

La differenza fra la sua altezza in centimetri e il suo peso in chilogrammi è inferiore a 80 o superiore a 120? (ad es. altezza 175 cm – peso 70 kg = 105)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Si è sottoposto negli ultimi 12 mesi a visite specialistiche o accertamenti sanitari diagnostici dai quali siano emersi valori fuori dalla norma e/o è in attesa di ricovero/intervento o di sottoporsi a visite specialistiche o accertamenti sanitari diagnostici?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
È stato ricoverato negli ultimi 5 anni in case di cura o ospedali per interventi chirurgici, salvo che per i seguenti casi: appendicectomia, ernie addominali o inguinali, emorroidi, adeno-tonsilectomia, meniscectomia, frattura degli arti, deviazione del setto nasale, parto, cistifellea, varici, estrazione dentale, interventi di chirurgia estetica?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha sofferto, soffre o ha ricevuto cure per una delle seguenti malattie:		
• Tumori benigni di qualsiasi tipo, compresi mastopatie o noduli, attuali o rimossi negli ultimi 5 anni?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Tumori maligni di qualsiasi tipo, comprese leucemie, linfomi e mielomi?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Malattie degli apparati cardio-cerebro-vascolari?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Malattie del sangue quali ad esempio emofilie, trombofilie o altri deficit della coagulazione; anemie?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Malattie quali epatite B e/o C; epatopatia cronica; cirrosi epatica, pancreatite, colite ulcerosa?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Malattie respiratorie?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Malattie neurologiche quali SLA, Parkinson?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Malattie psichiatriche e/o sindromi psichiche?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Malattie renali o gravi insufficienze renali?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Malattie genetiche?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Infezioni da H.I.V., tossicodipendenza, alcolismo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Percepisce assegno o pensione per invalidità o inabilità al lavoro e/o ne ha fatto richiesta?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Pratica sport pericolosi quali, ad esempio: sport aerei in genere (paracadutismo, deltaplano, parapendio, ULM, elicottero, aliante); alpinismo, scalate, accesso ai ghiacciai, arrampicata libera, escursioni alpine superiori a 3.000 m, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, bob, guidoslitta; speleologia; caccia grossa, safari; equitazione (competizioni equestri); skeleton; rafting; partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore; motonautica (off-shore, hovercraft, competizioni velistiche), vela (a più di 60 miglia dalla costa); competizioni ciclistiche; canoa, kayak; pugilato e lotta; atletica pesante; sport estremi in genere, sport a livello professionale?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Svolge una delle seguenti attività professionali che la espone a particolari rischi quali, ad esempio: militare, vigile del fuoco, guardia giurata, addetto al soccorso alpino, lavoro su tetti o impalcature ad altezza superiore a 10 m (antennista, elettricista su piloni o alta tensione), attività che implicino contatto/uso di sostanze nocive, tossiche, esplosive e/o radioattive, attività a contatto con correnti elettriche superiori a 380 V, attività subacquee (sommozzatore) o su piattaforme petrolifere, attività nel sottosuolo (speleologo, minatore), attività in alta montagna (guida alpina), pilota o membro dell'equipaggio di aerei privati e/o elicotteri, istruttore di volo, skipper, collaudatore di autoveicoli e motocicli, pilota professionista, acrobata, circense, domatore di belve, controfigura cinematografica, cascatore, magistrato operante in settore a rischio (antimafia), attività che prevedono soggiorni prolungati in paesi a rischio guerra/terrorismo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

ATTENZIONE: prima di sottoscrivere le dichiarazioni, leggere con attenzione e verificare l'esattezza delle stesse. LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DALL'ASSICURANDO PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI.

Avendo preso visione dell'informativa sulla privacy allegata alla proposta di assicurazione con la presente sottoscrizione, acconsento al trattamento dei miei dati personali e sensibili per l'attivazione delle coperture assicurative, ai sensi degli Art. 4d e 23 del D.lgs 30.06.2003 n.196

Firma dell'Assicurando

Emessa in 3 originali il

MODULO PROPOSTA PROTEZIONE MASSIMA TC

Informativa ex Art. 13 del Decreto Legislativo 196 del 2003

Ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 196 del 2003 (di seguito Codice privacy), **CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A e CF Assicurazioni S.p.A.** (in seguito anche CF Life e CF) entrambe con sede in Via Paolo di Dono, 73 - 00142 Roma, Titolari del trattamento, Le forniscono le seguenti informazioni:

1. il trattamento dei suoi dati personali è effettuato per:
 - a) fornire i prodotti e/o servizi assicurativi, e in particolare al fine di concludere, gestire ed eseguire il contratto di assicurazione nonché gestire e liquidare i sinistri attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa; desideriamo inoltre informarLa che CF Life in occasione delle operazioni di trattamento, potrebbe venire a conoscenza anche di Dati che la Legge definisce sensibili: come ad esempio, dati idonei a rivelare il Suo stato di salute. Anche a tale riguardo, Le confermiamo che i Suoi Dati sensibili verranno trattati con la massima riservatezza;
 - b) la realizzazione di attività promozionali commerciali da entrambe le società, nonché lo svolgimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi ricevuti; tali attività potranno essere realizzate attraverso l'invio di e-mail, fax, SMS, posta cartacea o attraverso contatto telefonico;
2. il trattamento sarà effettuato con strumenti automatizzati e manuali;
3. il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto 1.a) è obbligatorio e un eventuale rifiuto può comportare l'impossibilità di ottemperare agli obblighi derivanti dal contratto; il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto 1.b) è facoltativo e un eventuale rifiuto può comportare l'impossibilità di realizzare attività promozionali commerciali, nonché lo svolgimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi ricevuti;
4. i dati personali, che non saranno diffusi, potranno essere comunicati
 - per le attività di cui al punto 1.a) agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione e altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, legali e periti, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione e il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione, ad organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, IVASS, Ministero delle Attività produttive, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e ad altri soggetti cui la facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta da disposizioni di legge e/o di normativa secondaria;
 - per le attività di cui al punto 1.b) a società specializzate in promozione commerciale e pubblicitaria, ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti o a società che svolgono compiti di natura tecnica e organizzativa (p.e. attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni, registrazione, elaborazione e archiviazione, anche informatica, dei dati) e previo consenso, ad altre società del Gruppo (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge) per consentirLe di ricevere offerte di prodotti e servizi delle medesime;
5. gli incaricati del trattamento che si occupano della gestione dei servizi assicurativi, potranno venire a conoscenza dei suoi dati personali esclusivamente per le finalità su menzionate;
6. Il Responsabile del trattamento, per entrambe le società, è la Protection Trade Srl con sede in via Giorgio Morandi, 22 – ITRI (LT); l'elenco aggiornato degli altri Responsabili può essere richiesto scrivendo ai seguenti indirizzi email: cflife@protectiontrade.it o cfassicurazioni@protectiontrade.it.

La informiamo infine che potrà esercitare i diritti contemplati dall'Art. 7 del Codice privacy, tra cui quello di ottenere dai Titolari o dal Responsabile del trattamento la conferma dell'esistenza o meno di Suoi Dati personali, e di consentirLe, nel caso, la messa a disposizione scrivendo ai seguenti indirizzi email : cflife@protectiontrade.it o cfassicurazioni@protectiontrade.it.

Lei potrà pertanto chiedere di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità del Trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati stessi; di opporsi per motivi legittimi al trattamento oppure opporsi in parte al trattamento degli stessi (per es. opponendosi ad una o più delle modalità di contatto indicate nel punto 1.b) della presente informativa).

Relativamente al trattamento dei dati personali a fini assicurativi che le è stato fornito in fase di sottoscrizione della polizza o del prodotto assicurativo, si precisa che i dati richiesti con il presente modulo sono raccolti in ottemperanza al D.Lgs. n. 231/2007 in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo. Il conferimento di tali dati è obbligatorio e, pertanto, la mancanza delle informazioni richieste comporta l'impossibilità di stipulare il contratto o di eseguire l'operazione (Art. 23). Il trattamento dei dati è svolto, per le suddette finalità di prevenzione, con strumenti elettronici e non, esclusivamente da personale incaricato in modo da garantire la sicurezza del trattamento stesso e la riservatezza dei dati trattati (Art.45). I dati non sono oggetto di diffusione e possono essere comunicati soltanto ai competenti Organi di controllo, nonché a Magistratura e Forze dell'ordine. I diritti di accesso sono esercitabili, ai sensi degli artt. 7 e 8 del D.lgs.196/2003 rivolgendosi al Titolare del Trattamento: CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. – info@cfassicurazionilife.com. Il sottoscritto, acquisita l'informativa ai sensi dell'Art. 13 d.lgs. n. 196/2003, presta il consenso al trattamento dei dati personali qui forniti, nonché di quelli che si impegna a fornire in futuro in caso di variazione degli stessi.

Formula di consenso al trattamento dei dati

Acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del Codice privacy, ai sensi dell'articolo 23 del Codice stesso conferisco il consenso al trattamento dei dati sensibili di cui all'Art. 4 lettera d) a CF Life e CF del Codice privacy finalizzato alla fornitura dei prodotti e/o servizi assicurativi e in particolare al fine di concludere, gestire ed eseguire il contratto di assicurazione nonché gestire e liquidare i sinistri attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa e alla comunicazione, per le stesse finalità, ai soggetti di cui al punto 4) della presente informativa.

Firma _____

Consenso al trattamento dei dati finalizzato alla realizzazione di attività promozionali commerciali, nonché per lo svolgimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi ricevuti da parte di CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. e/o da parte di CF Assicurazioni S.p.A. (Barrare una o più caselle per indicare la modalità di comunicazione per la realizzazione delle attività menzionate)

e-mail Telefono Fax SMS posta cartacea

Firma _____

Consenso al trattamento dei dati finalizzato alla comunicazione ad altre società del Gruppo (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge) per consentirLe di ricevere offerte di prodotti e servizi delle medesime.

Data _____

Firma _____