



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 5129 4650
info@cfassicurazioni.com
cfassicurazioni@pec.it
www.cfassicurazioni.com



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE VITA E DANNI

CF WELLFARE BASE

Mod. V.100.2017.PW

Ed. 2020.01

Il presente Set Informativo contenente:

- *KID;*
- *DIP Vita;*
- *DIP Danni;*
- *DIP Aggiuntivo;*
- *Condizioni di Assicurazione;*
- *Glossario;*
- *Modulo di proposta*

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo

CF LIFE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI VITA S.p.A.
Capitale sociale: € 6.700.000,00 i.v. - C.F. 09623620151- P.IVA. 03801541008
REA CCAA Roma n.702453 - Iscrizione all'Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00096 -
Società del Gruppo CF Assicurazioni S.p.A.
Iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n.042 -
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di CF Assicurazioni S.p.A.

CF ASSICURAZIONI S.p.A.
Capitale sociale: € 38.707.500,00 i.v. - C.F./P.IVA. 096395811004
REA CCAA Roma n.1160328 - Iscrizione all'Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00158 -
Autorizzazione all'esercizio delle attività assicurativa con provv. ISVAP n. 2545 del 3/08/2007 -
G.U. n.195 23/08/2007 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo CF Assicurazioni S.p.A.

Scopo

Il presente documento contiene informazioni chiave relative a questo prodotto d'investimento. Non si tratta di un documento promozionale. Le informazioni, prescritte per legge, hanno lo scopo di aiutarvi a capire le caratteristiche, i rischi, i costi, i guadagni e le perdite potenziali di questo prodotto e di aiutarvi a fare un raffronto con altri prodotti d'investimento.

Prodotto : CF WellFare (cod. 100.2017.PW)

Ideatore del prodotto : CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A.

Autorità competente : CONSOB (commissione nazionale per le società e la borsa)

Per ulteriori informazioni chiamare il numero : +39 06.51.294.600

Sito web : <https://www.cfassicurazioni.com/>

Data di aggiornamento : 01/01/2020

Avvertenza : State per acquistare un prodotto che non è semplice e può essere di difficile comprensione.

Cos'è questo prodotto?

- **Tipo :** Contratto di assicurazione sulla vita con partecipazione agli utili a premio ricorrente
- **Obiettivi :** A fronte della definizione, al momento della sottoscrizione del contratto, di un Piano di Premi Unici Ricorrenti (PUR) da corrispondere, in via anticipata, per tutta la durata contrattuale (ma non oltre il decesso dell'Assicurato), il prodotto prevede il riconoscimento di una somma in caso di sopravvivenza dell'assicurato alla scadenza contrattuale o di un importo pari ai premi versati al netto delle Spese di Emissione (c.d. di controassicurazione) in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale. Tali prestazioni si adeguano annualmente tenendo conto dei rendimenti conseguiti dalla Gestione Separata denominata "Previdenza Attiva", dove sono investiti i premi unici ricorrenti versati nel corso della durata contrattuale. Il prodotto si prefigge l'obiettivo, nel medio periodo, di conservare il capitale investito in Gestione Separata, senza esporlo alle oscillazioni del mercato. In ogni caso al momento del riscatto o in caso di decesso, è garantita la restituzione del capitale versato, al netto di tutti i costi applicabili.
- **Durata :** il prodotto ha una durata minima di 10 anni, parametrata all'età assicurativa dell'Assicurato: per età assicurativa si intende la tua età anagrafica arrotondata per eccesso ad un anno in più nel caso tu abbia compiuto gli anni da più di sei mesi. L'età assicurativa all'ingresso è compresa tra 20 e 60 anni. Il prodotto giunge a scadenza all'anniversario di decorrenza contrattuale successiva al compimento del tuo 70° anno di età. Il Contraente ha la possibilità di richiedere il riscatto totale o parziale del capitale maturato fino al momento della richiesta se è stata interamente versata la prima annualità di polizza e sia trascorso il primo anno di durata del prodotto. Il prodotto assicurativo potrebbe altresì estinguersi anticipatamente in caso di interruzione nel pagamento dei premi a partire dal secondo anno. In questa ipotesi, quanto maturato con i Premi Unici Ricorrenti destinati all'accumulo è utilizzato, mediante dei riscatti parziali attivati dalla Compagnia, per finanziare le coperture assicurative offerte dalle altre garanzie, danni e vita, che compongono il prodotto. CF Life Assicurazioni S.p.A. non è autorizzata a recedere unilateralmente dal contratto.
- **Investitori al dettaglio a cui si intende commercializzare il prodotto :** Il prodotto è destinato ad un cliente al dettaglio con buona conoscenza del mercato dei capitali, una capacità di immobilizzare la somma investita per almeno 25 anni, una propensione al rischio bassa, una capacità finanziaria di subire perdite nulle sul capitale versato al netto dei costi e che si prefigge l'obiettivo della conservazione dello stesso nel tempo.
- **Prestazioni assicurative e costi :** CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. si impegna a corrispondere le seguenti prestazioni contrattuali:
 - 1) alla scadenza contrattuale, il pagamento del capitale assicurato derivante dal cumulo delle prestazioni corrispondenti ai singoli premi unici versati, maggiorate delle rivalutazioni maturate dalla Gestione Separata, al netto delle eventuali liquidazioni per riscatto parziale effettuate dal Contraente ovvero da CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. per finanziare le altre garanzie assicurative in caso di sospensione del pagamento dei premi.
 - 2) in caso di decesso dell'Assicurato, in qualsiasi epoca avvenga e comunque prima della scadenza contrattuale, il pagamento, di un importo pari alla somma dei premi versati, al netto delle Spese di Emissione, rivalutato alla data di ricorrenza annuale del contratto immediatamente precedente alla data del decesso, a cui vengono sottratte le eventuali liquidazioni per riscatto parziale effettuate: a) dal Contraente volontariamente ovvero b) in via automatica da CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. nello stesso intervallo temporale per finanziare le altre garanzie assicurative in caso di sospensione/interruzione del pagamento dei premi. In caso tu decida di interrompere il pagamento dei premi a partire dal secondo anno, e fino a capienza delle somme accantonate sul capitale differito, quanto maturato con i Premi Unici Ricorrenti di capitale differito è utilizzato, mediante dei riscatti parziali finalizzati attivati dalla Compagnia, per finanziare le coperture assicurative offerte dalle altre garanzie, danni e vita, che compongono il prodotto CF WellFare. Per quanto concerne il valore delle prestazioni sopra descritte è riportato nella sezione intitolata "Quali sono i rischi e qual è il potenziale rendimento?". Il prodotto prevede il pagamento di premi periodici determinati in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare ed all'età dell'Assicurato. I premi devono essere corrisposti in via anticipata, di anno in anno, per l'intera durata contrattuale e sono destinati in parte a finanziare una garanzia di Capitale Differito a premi unici ricorrenti, in parte una copertura caso morte monoannuale con tacito rinnovo ed infine un novero di coperture monoannuali danni anch'esse con tacito rinnovo.

Quali sono i rischi e qual è il potenziale rendimento?

Indicatore sintetico di rischio



Rischio più basso

Rischio più elevato



L'indicatore sintetico di rischio presuppone che il prodotto sia mantenuto per 25 anni ed è un'indicazione orientativa del livello di rischio di questo prodotto rispetto ad altri prodotti. Il rischio effettivo può variare in misura significativa in caso di disinvestimento in una fase iniziale e la somma rimborsata potrebbe essere minore. Esso esprime la probabilità che il prodotto subisca perdite monetarie a causa di movimenti sul mercato o a causa della nostra incapacità di pagarvi quanto dovuto. Abbiamo classificato questo prodotto al livello 2 su 7, che corrisponde alla classe di rischio bassa. Ciò significa che le perdite potenziali dovute alla performance futura del prodotto sono classificate nel livello basso e che è molto improbabile che le cattive condizioni di mercato influenzino la capacità di pagarvi quanto dovuto. Alla scadenza del contratto puoi ricevere la restituzione del capitale investito. Qualsiasi importo superiore a quello indicato e qualsiasi rendimento aggiuntivo dipendono dalle performance futura del mercato e sono incerti. Tuttavia in caso di riscatto, per effetto dei costi applicati potresti ottenere un importo inferiore ai premi versati. Il prodotto prevede penali di uscita anticipata, le cui condizioni sono riportate nella sezione "Per quanto tempo devo detenerlo?" Posso ritirare il capitale prematuramente?"

Scenari di performance

Investimento: €1.000,00 all'anno
Premio assicurativo: €0,17

Scenari		1 anno	13 anni	25 anni (Periodo di detenzione raccomandato)
Scenari di sopravvivenza				
Scenario di Stress	Possibile rimborso al netto dei costi	-	€11.872,77	€24.155,56
	Rendimento medio per ciascun anno	-	-1,30%	-0,27%
Scenario Sfavorevole	Possibile rimborso al netto dei costi	-	€12.033,90	€25.091,51
	Rendimento medio per ciascun anno	-	-1,11%	0,03%
Scenario Moderato	Possibile rimborso al netto dei costi	-	€12.436,34	€26.935,31
	Rendimento medio per ciascun anno	-	-0,64%	0,57%
Scenario Favorevole	Possibile rimborso al netto dei costi	-	€13.342,79	€28.926,68
	Rendimento medio per ciascun anno	-	0,37%	1,10%
Importo investito cumulato			€13.000,00	€25.000,00
Scenario di morte				
Evento assicurato (decesso dell'assicurato)	Possibile rimborso a favore dei vostri beneficiari al netto dei costi	€850,07	€13.574,70	€29.135,06
Premio assicurativo cumulato		-	€12,57	€107,18

Questa tabella mostra gli importi dei possibili rimborsi nei prossimi 25 anni, in scenari diversi, ipotizzando un investimento di 1.000 EUR all'anno. Gli scenari presentati mostrano la possibile performance dell'investimento. Possono essere confrontati con gli scenari di altri prodotti. Gli scenari presentati sono una stima della performance futura sulla base di prove relative alle variazioni passate del valore di questo investimento e non sono un indicatore esatto. Gli importi dei rimborsi varieranno a seconda della performance del mercato e del periodo di tempo per cui è mantenuto il prodotto. Lo scenario di stress indica quale potrebbe essere l'importo rimborsato in circostanze di mercato estreme e non tiene conto della situazione in cui non siamo in grado di pagarvi. Le cifre riportate comprendono tutti i costi del prodotto in quanto tale, ma possono non comprendere tutti i costi da voi pagati al consulente o al distributore. Le cifre non tengono conto delle imposte di legge, che possono incidere anch'esse sull'importo del rimborso.

Cosa accade se CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. non è in grado di corrispondere quanto dovuto?

In caso di insolvenza della Società, gli attivi a copertura degli impegni detenuti dalla Società saranno utilizzati per soddisfare - con priorità rispetto a tutti gli altri creditori della Società stessa - il credito derivante dal prodotto.

Quali sono i costi?

La diminuzione del rendimento (Reduction in Yield - RIY) esprime l'impatto dei costi totali sostenuti sul possibile rendimento dell'investimento. I costi totali tengono conto dei costi una tantum e dei costi correnti. Gli importi qui riportati corrispondono ai costi cumulativi del prodotto in tre periodi di detenzione differenti e comprendono le potenziali penali per uscita anticipata. Questi importi si basano sull'ipotesi che siano investiti EUR 1.000 ogni anno. Gli importi sono stimati e potrebbero cambiare in futuro.

Andamento dei costi nel tempo

Investimento: € 1.000,00 all'anno

Scenari	In caso di disinvestimento dopo 1 anno	In caso di disinvestimento dopo 13 anni	In caso di disinvestimento dopo 25 anni
Costi totali	-	€ 2.504,64	€ 7.394,93
Impatto sul rendimento annuale (RIY)	-	2,60%	1,79%

Composizione dei costi

Questa tabella presenta l'impatto annuale dei differenti tipi di costi sul possibile rendimento alla fine del periodo di detenzione raccomandato e il significato delle diverse categorie di costi.

Questa tabella presenta l'impatto sul rendimento per anno

Costi una tantum	Costi di ingresso	0,75%	Impatto dei costi da sostenere al momento della sottoscrizione dell'investimento.
	Costi di uscita	0,00%	Impatto dei costi di uscita dall'investimento alla scadenza.
Costi correnti	Costi di transazione del portafoglio	0,00%	Impatto dei nostri costi di acquisto e vendita degli investimenti sottostanti per il prodotto.
	Altri costi correnti	1,09%	Impatto dei costi che tratteniamo ogni anno per gestire i vostri investimenti.

Per quanto tempo devo detenerlo? Posso ritirare il capitale prematuramente?

Periodo di detenzione raccomandato: 25 anni

Per realizzare gli obiettivi di questo prodotto è raccomandabile mantenere l'investimento fino all'orizzonte temporale consigliato. I venticinque anni sono stati calibrati su un'età di un Assicurato di 40 anni, per età inferiori, il periodo consigliabile potrebbe risultare superiore. Il prodotto può comunque essere disinvestito, dopo aver corrisposto interamente le rate di premio di prima annualità, decorso il primo anno di durata. Per ottenere il disinvestimento, è necessario inviare richiesta di riscatto alla Società, indicando i riferimenti del prodotto ed i riferimenti del conto corrente sui cui ricevere il relativo accredito. Fino al termine del 9° anno di durata, è prevista l'applicazione di una penale, con la seguente quantificazione: durante il secondo, il terzo e il quarto anno 3%, durante il quinto anno 2,5%, durante il sesto anno 2%, durante il settimo anno 1,5%, durante l'ottavo anno 1%, durante il nono anno 0,5%. Decorso il primo anno, è anche possibile disinvestire una parte del prodotto, richiedendo un riscatto parziale, a cui verranno applicate le medesime penali previste in caso di riscatto totale. Il riscatto parziale è richiedibile fino ad un importo tale da mantenere in essere il prodotto per un capitale residuo di EUR 500,00.

Come presentare reclami?

Eventuali reclami, afferenti alle coperture vita, alla condotta della Società e del soggetto che vende tali prodotti, e all'informativa precontrattuale e contrattuale o la gestione del contratto 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 qualora si utilizzi un account di posta certificata si può utilizzare l'indirizzo reclamicliflife@pec.it

indicando

- 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 sul sito dell'Impresa.

Altre informazioni rilevanti

Prima di sottoscrivere il prodotto leggere attentamente il Fascicolo Informativo

Polizza a Capitale Differito e Temporanea Caso Morte

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP VITA)

CF Life Compagnia di assicurazione vita S.p.A.


Prodotto "CF WELLFARE"


Mod.V.100.2017.PW ed. 2020.01


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

Che tipo di assicurazione è?

Il prodotto CF WELLFARE è una polizza multirischio costituita da una combinazione di coperture (Vita e Danni), non acquistabili separatamente, finalizzate alla realizzazione di un sistema integrato di protezione della persona.

 Che cosa è assicurato/ Quali sono le prestazioni?
<p>Coperture assicurative sulla vita:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un'assicurazione sulla vita di Capitale Differito con controassicurazione a prestazioni rivalutabili; - un'assicurazione Temporanea Caso Morte <p>Il premio periodico annuo corrisposto sarà suddiviso tra le diverse garanzie, in funzione dell'età dell'Assicurato.</p>

 Che cosa non è assicurato?
<p>Non sono assicurabili le persone fisiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - che alla data di scadenza della polizza superino 70 anni compiuti; - che non abbiano sottoscritto una Proposta di Adesione contenente il Questionario sullo Stato di Salute inserito nella stessa, o altra documentazione (Questionario, Rapporto di Visita Medica) eventualmente richiesta dalla Compagnia in relazione al capitale assicurato prescelto e all'età dell'Assicurato; - che svolgono una professione pericolosa e/o praticino sport pericolosi, tra quelli indicati all'Art. 7 "Esclusioni delle Condizioni Generali di Assicurazione".

 Ci sono limiti alla copertura?
<p>La polizza prevede un periodo di carenza di 90 giorni dalla data di decorrenza del contratto . Durante tale periodo le singole garanzie del Prodotto cui la carenza si riferisce non sono efficaci e, se l'evento assicurato si verifica in tale periodo, la Compagnia Vita non corrisponde la prestazione assicurata.</p> <p>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 di CF WellFare:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.



Dove vale la copertura?

La garanzia rischio Morte è coperta senza la previsione di limiti territoriali.



Che obblighi ho?

- Dichiarare al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta e degli eventuali Questionari le informazioni inerenti allo stato di salute che devono corrispondere a verità ed esattezza. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, nullità, ai sensi degli artt. 1892, 1893 del Codice Civile;
- Dichiarare e comunicare alla Compagnia l'eventuale aggravamento e/o diminuzione del rischio verificatosi in corso di validità contrattuale;

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 alla Compagnia Vita 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.



Quando e come devo pagare?

Le coperture assicurative sulla Vita destinano una parte di premio periodico in una Gestione Separata di Ramo I° e garantiscono una prestazione, sia in caso di vita dell'Assicurato alla scadenza, sia in caso di premorienza (garanzia di Capitale Differito con controassicurazione a premio unico ricorrente con prestazioni rivalutabili annualmente); Un'altra parte del premio periodico in una copertura monoannuale finalizzata all'erogazione di una prestazione in caso di morte dell'Assicurato (un'assicurazione Temporanea Caso Morte monoannuale a premio unico medio). Il pagamento del premio di perfezionamento potrà avvenire direttamente presso l'Intermediario che ha distribuito il Prodotto, nel rispetto ed entro i limiti fissati dalle vigenti disposizioni di legge.

Il pagamento delle annualità e delle rate successive dovrà essere effettuato a mezzo SDD sul conto corrente bancario intestato a CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Le garanzie ed il premio periodico di cadenza annuale sono stabilite, al momento della stipula, in funzione della fascia di età di riferimento dell'Assicurato e variano, in corso di rapporto, con il variare dell'età e fermo restando l'impegno delle Imprese a mantenere inalterato il premio per tutta la durata della fascia di età di riferimento.

La durata di CF WellFare dipende dalla durata della garanzia Capitale Differito. Quest'ultima è pari alla differenza in anni interi tra: a) l'età massima dell'Assicurato consentita a scadenza (ossia 70 anni compiuti); e b) l'età dello stesso alla data di decorrenza delle garanzie, che non potrà essere inferiore a 20 anni compiuti.

La durata minima della garanzia Capitale Differito (e, dunque, di CF WellFare) è fissata in 10 anni assicurativi interi, fermo restando che l'età dell'Assicurato a scadenza non potrà essere superiore a 70 anni compiuti.

All'interno di CF WellFare, la garanzia Temporanea Caso Morte e le coperture danni hanno una durata monoannuale e si rinnovano tacitamente di anno in anno entro il limite massimo di durata del Prodotto.

La garanzia è operante dalle ore 24:00 del 90° (novantesimo) giorno successivo a quello di data di sua decorrenza.



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

REVOCA DELLA PROPOSTA: La proposta contrattuale può essere revocata nel periodo antecedente la conclusione del contratto mediante l'invio all'indirizzo della Compagnia di una raccomandata con avviso di ricevimento. Successivamente la Compagnia rimborserà al Contraente l'eventuale premio corrisposto entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa alla revoca.

In virtù del collegamento esistente tra i contratti vita e danni integrati, la revoca della proposta sarà unitaria ed avrà effetto per tutti i contratti.

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 Compagnia. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione la Compagnia, per la componente Capitale Differito ha l'obbligo di rimborsare il premio eventualmente corrisposto al netto delle spese di emissione del contratto effettivamente sostenute; per la componente Temporanea Caso Morte dovrà rimborsare il premio eventualmente corrisposto al netto della quota parte di premio relativa al periodo nel quale il contratto ha avuto effetto.

Il recesso dal contratto di assicurazione sulla vita comporta la cessazione anche delle garanzie danni.

RISOLUZIONE DEL CONTRATTO: Per la prima annualità di polizza, il mancato pagamento del premio iniziale (o della prima rata in caso di frazionamento mensile) determina la sospensione delle garanzie ai sensi e per gli effetti dell'Art. 1901 Codice Civile e l'eventuale risoluzione dei contratti ai sensi di quanto stabilito dalla medesima previsione di legge ed in forza del collegamento negoziale. Le rate di premio eventualmente già versate con riferimento alle garanzie di CF WellFare rimangono acquisite dalle Imprese di Assicurazione, per quanto di rispettiva ragione.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Riscatto automatico finalizzato: Dopo il primo anno, nel caso di premio annuo insoluto, o se il premio è frazionato mensilmente, dopo tre versamenti consecutivi insoluti, il presente Prodotto prevede l'attivazione di un piano di riscatti parziali e automatici dell'assicurazione Capitale Differito al fine di finanziare e mantenere in vigore l'assicurazione Temporanea Caso Morte e tutte le assicurazioni danni del Prodotto.

La somma netta riscattata sarà pari all'importo del premio non corrisposto e se il premio ha un frazionamento mensile, la somma netta riscattata verrà determinata tenendo conto delle rate mensili insolute nonché delle mensilità necessarie per completare l'intera annualità in corso a fronte di tutte le garanzie di rischio corrispondenti alla fascia di appartenenza.

Trascorsi due mesi dal primo titolo annuale insoluto e dopo 2 mensilità consecutive insolute se premio mensile, verrà predisposta comunicazione al Cliente con richiamo alle condizioni contrattuali e all'importo riscattato automaticamente.

Riscatti parziali: Dalla seconda annualità di polizza il Contraente può liberamente riscattare parzialmente il contratto. L'importo residuo disponibile sulla posizione (riserva matematica) non potrà essere inferiore a 500,00 euro. In questo caso sono previste fino al decimo anno penalità di uscita anticipata (vedi tabella penali di riscatto condizioni contrattuali).

Nel caso il Contraente abbia optato per il pagamento del premio in modo frazionato, il piano di riscatto parziale e automatizzato finalizzato verrà attivato, previa comunicazione scritta al Contraente, al mancato pagamento della terza mensilità consecutiva.

I riscatti parziali e automatici finalizzati saranno effettuati senza l'applicazione delle penalità previste per il riscatto volontario e saranno comprensivi degli oneri fiscali dovuti.

Riscatti totali: Dalla seconda annualità di polizza il Contraente può liberamente chiedere il riscatto totale del contratto. In questo caso sono previste penalità di uscita anticipata fino al decimo anno (vedi tabella penali di riscatto condizioni contrattuali).

La prima annualità di premio è dovuta per intero.

Laddove il Contraente eserciti il riscatto totale dell'assicurazione di Capitale Differito l'assicurazione Temporanea Caso Morte, unitamente alle garanzie danni, si estingueranno al termine dell'annualità in corso.

Riduzioni: Non sono previste riduzioni di premio.

Polizza WELLFARE mod. 100.2017.PW ed. 2020.01

DIP – Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: CF Assicurazioni S.p.A. - Prodotto “WELLFARE”

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

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE E'?

La WELLFARE è una polizza multiramo che prevede un piano pluriennale, sino a 70 anni di età, che comprende relativamente ai rami danni: Infortuni, Malattia e Perdite Pecuniarie, garanzie rotanti secondo fasce di età appositamente studiate per tutelare quegli eventi più tipici della relativa fascia.

In generale, il prodotto con le altre garanzie Vita presenti, costituisce un Welfare per l'Assicurato che ha la possibilità di avere prevenzione attuale e accantonamento per il futuro.



CHE COSA E' ASSICURATO?

GARANZIE DANNI	Operante nelle fasce di età
INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO	Da 20-24 sino alla fascia 65-70 anni
✓ CHECK-UP Solo in centri Convenzionati elencati	Da 30-39 sino alla fascia di età 65-70 anni
✓ RIMBORSO SPESE DI CURA da Infortunio	Da 20-24 sino alla fascia di età 35-39 anni.
✓ DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE da Infortunio	Da 20-24 sino alla fascia di età 35-39 anni.
✓ DIARIA DA RICOVERO da Infortunio	Da 30-39 sino alla fascia di età 65-70 anni
✓ GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI da Infortunio e Malattia	Da 30-39 sino alla fascia di età 65-70 anni
✓ INVALIDITA' PERMANENTE da Malattia	Da 30-39 sino alla fascia di età 55-59 anni
✓ CRITICALL ILLNESS	Da 40-44 sino alla fascia di età 55-59 anni
✓ CURE DENTARIE Solo in centri Convenzionati elencati	Da 20-29 sino alla fascia di età 60-64 anni
✓ LONG TERM CARE	Da 20-29 sino alla fascia di età 65-70 anni
✓ PERDITA DELL'IMPIEGO ✓ Garanzia operante per Lavoratori Dipendenti o ✓ RIDUZIONE REDDITO ✓ Garanzia operante per lavoratori autonomi o liberi professionisti. Con almeno 3 anni di Partita Iva.	Da 20-29 sino alla fascia di età 60-64 anni



CHE COSA NON E' ASSICURATO

Non sono assicurabili tutte le persone fisiche:

- X che alla data di effetto della polizza , superino 60 anni compiuti, anche se poi la polizza può arrivare sino a 70 anni, che dichiarino di non essere in uno stato generale di buona salute.
- X Per la garanzia Perdita d'Impiego, se l'Assicurato non sia Dipendente a Tempo Indeterminato da almeno 1 anno.

Non sono assicurabili le Persone fisiche affette da:

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



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

Garanzia	Carenza	Franchigia o Scoperto	Massimo Indennizzo
! Invalidità Perm. Infortuni	Nessuna	Tabella progressiva 3% (sino a tre punti percentuali di invalidità); 2% (da 4 e sino a 9 punti percentuali di invalidità)	Oltre 90% = 130% somma assicurata
! Check-Up	Caranza primo anno	Nessuna	Eseguibile una volta ogni due anni
! Rimb. Spese di Cura	Nessuna	Scoperto 20% con minimo di 100 euro per sinistro oppure 10% con minimo di 50 euro per sinistro con riferimento alle quote di partecipazione al S.S.N. (ticket)	La somma assicurata
! Diaria Ricovero infortuni	Nessuna	1° e ultimo gg liquidato per 1 solo giorno	Max Indennizzo 90 gg per evento e 180 gg per anno (al 50% in caso di Day Hospital)
! Diaria Immobil. Infortuni	Nessuna	1° e ultimo gg liquidato per 1 solo giorno	Max Indennizzo 90 gg per evento e per anno
! Invalidità Perm. Malattia	Carenza 90 gg	Scoperto sino a 24% - oltre tabella Progressiva	>80% = 130% somma assicurata
! Grandi Interventi Chirurgici	Carenza 90 gg se intervento determinato da malattia	1° e ultimo gg. Liquidato per 1 solo giorno (in caso di applicazione di indennità sostitutiva per intervento effettuato presso struttura pubblica)	Rimborso 100% spese sostenute in Centri Convenzionati- 100 euro di Diaria (max. 80 giorni per sinistro se intervento in Struttura Pubblica, oltre rimborso del ticket) se Intervento effettuato in Struttura Pubblica
! Critical Illness	Carenza 90 gg se da malattia	Nessuna	La somma assicurata
! Cure Dentarie	Carenza 90 gg (applicabile per visite, cure erogate a seguito di malattia e prestazioni di igiene dentale)	Nessuna	Indennizzo sino a 500 Euro per solo spese sostenute in Centri Convenzionati- garanzia prestata ogni due anni a partire dalla prima annualità
! 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 3 anni (se da malattie mentali)	Differimento della prestazione a 90 giorni dalla data di riconoscimento della non autosufficienza	La somma assicurata mensile corrisposta ogni 3 mesi e per massimo 5 anni
! Perdita Impiego Rid. Reddito +60%	PII -Carenza 90 gg RIR – Nove Mesi	Nessuna	La somma assicurata



CHE OBBLIGHI HO?

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



DOVE VALE LA COPERTURA?

- ✓ Le Garanzie Infortuni e Malattia valgono in tutto il mondo. Le prestazioni per le quali si deve usufruire dei Centri Convenzionati, questi sono in Italia.
- ✓ La invalidità Permanente Totale dovrà essere poi riconosciuta e quantificata in Italia.
- ✓ La garanzia Perdita d'Impiego e Riduzione del Reddito, operano solo in Italia.



QUANDO E DOVE DEVO PAGARE?

Il primo premio, in forma di pagamento annuale o mensile con anticipo dei primi tre mesi, si deve pagare il giorno della decorrenza della polizza o quando la proposta e certificato vengono emessi e sottoscritti dalle parti. I premi successivi alle rispettive scadenze secondo il frazionamento scelto.

Il pagamento del premio avverrà prettamente attraverso SDD.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 dalla data di decorrenza indicata nella proposta e nel Certificato di Assicurazione se il premio è stato corrisposto in quella data o in data antecedente, altrimenti avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. L'Assicurazione può durare sino a 70 anni di età dell'Assicurato da quando si è attivata e si può disdire ad ogni ricorrenza annuale. La polizza prevede la facoltà del ripensamento a 30 giorni .



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Inviando una comunicazione di disdetta con raccomandata AR

Polizza Vita e Danni WELFARE mod. 100.2017.PW ed.2020.01

DIP- DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE AGGIUNTIVO VITA e DANNI

Compagnia: CF Assicurazioni S.p.A. - Prodotto "CF WELFARE"

Il presente DIP aggiuntivo Vita e Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

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

La copertura assicurativa sulla vita è 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.

La coperture assicurative danni sono garantite da **CF Assicurazioni S.p.A. Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione con il numero n.1.00158**

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

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Imprese:

CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. L'ammontare del patrimonio netto al 31 dicembre 2018 è pari a euro 6.284.088 di cui la parte relativa al capitale sociale è pari a euro 6.700.000 e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali, compreso il risultato d'esercizio, è pari a euro -415.912.

Requisito patrimoniale di solvibilità: euro 3.524.907

Requisito patrimoniale minimo: euro 3.700.000

Fondi ammissibili per soddisfare il requisito patrimoniale di solvibilità: euro 6.512.289

L'indice di solvibilità è pari al 184,75% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei Fondi Propri Ammissibili (Eligible Own Fund) e l'ammontare del Requisito di Solvibilità (SCR).

CF Assicurazioni S.p.A.: L'ammontare del patrimonio netto è pari a euro 37.592.670, di cui la parte relativa al capitale sociale è pari a euro 38.707.500. il Requisito Patrimoniale con le specifiche di Solvibilità (SCR) pari a 155,92%, **è consultabile con la relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria, disponibile sul sito:**

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

Al contratto si applica la legge italiana.



CHE COSA E' ASSICURATO?

Seguono le seguenti informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita:

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato:

alla scadenza contrattuale, la presente garanzia prevede il pagamento del capitale assicurato in vigore alla ricorrenza precedente, rivalutato fino alla scadenza nella misura e con le modalità previste dall'Articolo "Rivalutazione della Prestazione Assicurata" delle Condizioni di Assicurazione. In particolare il capitale è dato dal cumulo dei premi unici versati, al netto dei costi già corrisposti, maggiorato delle rivalutazioni fino alla data di scadenza del contratto e ridotto a seguito di eventuali riscatti parziali effettuati dal Contraente ovvero dall'Impresa Vita nello stesso intervallo temporale per finanziare le altre garanzie assicurative in caso di mancato pagamento dei premi.

In caso di decesso dell'Assicurato:

in qualsiasi epoca avvenga e comunque prima della scadenza contrattuale, l'Impresa Vita garantisce, ai

Beneficiari designati dal Contraente, il pagamento di un importo pari alla somma dei premi versati rivalutato alla data del decesso, con le modalità previste dall'Articolo "Rivalutazione della prestazione assicurata", a cui vengono sottratte le eventuali liquidazioni per riscatto parziale effettuate dal Contraente ovvero dall'Impresa Vita nello stesso intervallo temporale per finanziare le altre garanzie assicurative in caso di mancato pagamento dei premi.

Le rivalutazioni del capitale non potranno in alcun caso essere negative.

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



CHE COSA NON E' ASSICURATO

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

Relativamente alle garanzie infortuni e Malattia sono esclusi i danni:

- 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 paranoidei, inclusi gli stati di stress;

- interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di efficacia della Copertura;
- qualunque condizione di salute o Malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili;
- le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Temporanea Totale;
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Proposta di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dalla presente Polizza.

Relativamente alla garanzia Long Term Care (Non Autosufficienza) 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.

Relativamente alla garanzia Perdita Involontaria d'Impiego: nessun indennizzo verrà corrisposto dalla Società per 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 dalla presente Polizza.

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

- dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- 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 di CF WellFare;
- 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 di CF WellFare 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.



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

Ramo Vita: **Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.**

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



CHE OBBLIGHI HO?

Ramo Vita: **Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.**

Rami Danni: **Quanto indicato nel DIP Danni oltre alle seguenti principali esclusioni:**

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO?

Termini per la denuncia del sinistro

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve darne avviso scritto all'Impresa Danni entro 9 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile.

Relativamente alle garanzie:

- **Invalidità Permanente da Malattia**, si stabilisce un termine di 15 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa possa interessare la garanzia;
- **Critical Illness**, si stabilisce un termine di 90 giorni a partire dall'acquisizione da parte dell'Assicurato del certificato di conferma della diagnosi della malattia.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese

sostenute, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile, qualora il ritardo sia causa di comprovato pregiudizio per l'assicuratore.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso delle Strutture Sanitarie e dei Medici convenzionati ed è stato in questo preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa,

Denuncia

In caso di sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve darne avviso scritto all'Impresa Danni a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno o a mezzo posta elettronica certificata (PEC) ai seguenti indirizzi:

CF Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Gestione Sinistri
Via Paolo di Dono,73
00142 ROMA Casella mail:
cfassicurazioni-sinistri@pec.it

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, con una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento e deve essere corredata da certificazione medica.

L'Assicurato o i suoi familiari o altro soggetto per conto dei medesimi devono far pervenire all'Impresa Danni anche le informazioni relative al decorso delle lesioni, fornendo anche copia delle cartelle cliniche complete, dei certificati medici in originale che prescrivono: la gessatura e la sua rimozione, delle prescrizioni per prestazioni mediche con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi, degli originali delle notule, fatture o ricevute quietanzate e di ogni altro documento ritenuto dall'Impresa Danni attinente alla valutazione e alla liquidazione del sinistro.

Documentazione necessaria per la liquidazione dei sinistri

In caso di sinistro dovranno essere trasmessi a CF Assicurazioni S.p.A. i seguenti documenti.

Per ogni pratica di rimborso / indennizzo diretto la denuncia deve contenere:

- **documentazione di spesa fiscalmente valida**
- **prescrizione medica che specifichi la diagnosi e/o quesito diagnostico;**
- **documentazione descrittiva degli accertamenti / terapie effettuate.**

Inoltre per i:

Sinistri Critical Illness

- **copia conforme della cartella clinica;**
- **diagnosi del medico specialista comprovante la patologia assicurata;**
- **in caso di cancro è necessario produrre la prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo;**
- **in caso di ictus è necessario produrre documentazione (tecniche ad immagini) comprovante la diagnosi a conferma di un ictus avvenuto successivamente all'inizio della validità della garanzia;**
- **in caso di infarto è necessario produrre documentazione atta a comprovare la diagnosi certa di un infarto miocardico acuto avvenuto successivamente all'inizio della validità della garanzia.**

Sinistri Invalidità Permanente da Malattia

- **le informazioni relative al decorso della malattia;**
- **copia conforme della cartella clinica;**
- **copia dei certificati medici;**
- **copia delle prescrizioni per prestazioni mediche con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi;**
- **originali delle notule, fatture o ricevute quietanzate.**

Sinistri Invalidità Permanente da Infortunio

- **copia conforme della cartella clinica, se è stato effettuato il ricovero;**
- **valutazione medico legale dell'invalidità permanente accertata.**

Sinistri Rimborsi Spese Mediche da Infortunio

- **copia conforme della cartella clinica, se è stato effettuato il ricovero;**
- **originali delle notule, delle fatture o delle ricevute quietanze.**

Sinistri Diarie da ricovero

- copia conforme della cartella clinica.

Sinistri Diarie da gesso o da immobilizzo

- copia conforme della cartella clinica, se è stato effettuato il ricovero;
- copia dei certificati medici in originale che prescrivono la gessatura e la sua rimozione ed il certificato del pronto soccorso se presente.

Ticket sanitari

- fotocopia della prescrizione medica con diagnosi corredata di documentazione di spesafiscalmente valida, riportante l'indicazione del tipo di prestazione effettuata.

Grandi Interventi chirurgici

Per la gestione dei sinistri della predetta garanzia, l'Impresa Danni si avvale di Blue Assistance e della sua Centrale Operativa.

La garanzia è prestata esclusivamente attraverso l'utilizzo di strutture e medici chirurgici convenzionati con Blue Assistance.

Qualora l'Assicurato scelga l'Indennità sostitutiva, deve far pervenire a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo sotto indicato, entro 60 (sessanta) giorni dalla data del sinistro o da quando ne ha avuto possibilità, copia conforme della cartella clinica completa:

Blue Assistance S.p.A.
Ufficio Gestione Sinistri
Via Santa Maria 11
10122 Torino

Check Up.

L'Assicurato dovrà avvalersi esclusivamente dei Centri Sanitari, il cui elenco è consultabile nell'area riservata del sito internet www.blueassistance.it, secondo quanto di seguito indicato:

Utilizzo di Centri Sanitari convenzionati

L'Assicurato per avvalersi dei Centri Sanitari convenzionati, dovrà attivarsi preventivamente prenotando la prestazione presso il centro stesso e successivamente, con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi, richiedere, esclusivamente attraverso il sito internet www.blueassistance.it, la presa in carico delle spese.

Temporanea Caso Morte

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

La Struttura Operativa, ricevute le informazioni necessarie alla valutazione del sinistro, informerà l'Assicurato e inoltrerà alla Struttura Sanitaria la conferma di autorizzazione ad usufruire delle prestazioni in forma Diretta entro i limiti indicati nel "Modulo di Autorizzazione" che l'Assicurato sarà tenuto a sottoscrivere al momento della accettazione nel Centro Sanitario.

L'Impresa Danni pagherà direttamente le spese indennizzabili a termini di contratto.

Cure Dentarie

L'Impresa Danni si avvale per la gestione delle prestazioni/ sinistri di Blue Assistance e della sua Centrale Operativa. **Pertanto l'Assicurato dovrà avvalersi esclusivamente dei Centri Sanitari convenzionati secondo quanto di seguito indicato.**


L'accesso ai centri convenzionati con Blue Assistance sarà possibile attraverso la piattaforma web www.mynet.it.

L'Assicurato, una volta avuto accesso all'area riservata del predetto sito web, potrà scegliere - tra quelli presenti nell'elenco - l'odontoiatria di sua preferenza e, una volta stampato il voucher di accesso che darà diritto alle tariffe convenzionate, prenotare direttamente presso il centro odontoiatrico stesso.

L'Assicurato dovrà sostenere in proprio le spese e le cure effettuate per richiederne il rimborso: e, a tal fine, l'Assicurato dovrà avvalersi esclusivamente dell'area riservata messa a disposizione sul sito

www.blueassistance.it, dove avrà la possibilità di caricare autonomamente i giustificativi di spesa unitamente alla documentazione medica necessaria alla valutazione nonché al voucher utilizzato per l'accesso alla struttura. L'Impresa Danni, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, determina l'indennizzo che risulta e provvede al pagamento entro 30 giorni.

Assistenza diretta/ In Convenzione	Questo contratto prevede forme di gestione da parte di Blue Assistance S.p.A. per le garanzie: - Chech-up e Grandi Interventi chirurgici Come riportao nel box precedente
Gestione da parte di altre Imprese	Questo contratto prevede forme di gestione da parte di Blue Assistance S.p.A. per le garanzie: - Cure dentarie Come riportao nel box precedente
Prescrizione	I diritti derivanti dal contratto d'assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del codice civile.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	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.
Obblighi dell'Impresa	L'impresa, in caso di Sinistro e fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, riscontrata la regolarità della posizione assicurativa (incluso il pagamento del premio) e ricevuta tutta la documentazione prevista, provvederà, entro i successivi 30 giorni al pagamento dell'Indennità che verrà corrisposta in Italia, in valuta italiana.

 QUANDO E DOVE DEVO PAGARE?	
Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e Vita.
Rimborso	Non sono previsti rimborsi di premio in corso di validità del contratto. Garanzia Temporanea Caso Morte: E' previsto in caso di esercizio del diritto di revoca e recesso.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e Vita.
Sospensione	<p>Non sono previste sospensioni di garanzie in corso di validità del contratto Nell'ipotesi di frazionamento mensile del premio, il Contraente non abbia corrisposto, antecedentemente alla sospensione del pagamento, almeno le prime dodici mensilità consecutive, il contratto si considererà risolto e le mensilità corrisposte acquisite da CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A..</p> <p>È nella facoltà del Contraente riavviare il pagamento del premio, sia su base mensile che su base annuale.</p>



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Disdetta	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Ripensamento dopo la stipulazione	Il prodotto prevede la clausola di recesso entro 30 gg dalla data di stipulazione.
Risoluzione	Il contratto si può risolvere con disdetta o in caso di sinistro, come da Condizioni di Assicurazione.



A CHI E' RIVOLTO QUESTO PRODOTTO

Alle persone che con una unica polizza vogliono garantirsi contro eventi Vita e Danni il proprio Welfare per non intaccare il proprio stato patrimoniale che potrebbe ridurre la capacità di produzione del reddito e congiuntamente accumulare dei risparmi ai fini previdenziali.



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE

I premi annuali frazionabili anche mensilmente senza maggiorazioni, previsti dalle tariffe del prodotto.
- **Costi di Intermediazione:** In media gli intermediari ricevono una commissione del 32,30% del premio imponibile.

Assicurazione Capitale Differito:

(Costi gravanti sul premio)

Tipologia	Costi	Periodicità di prelievo	Modalità di prelievo
Spese emissione	€165	prima annualità di premio	Compreso nel premio
Costi fissi	€ 24	annualità successive	Compreso nel premio
Caricamenti	28%	prima annualità di premio	Compreso nel premio
Caricamenti	6%	annualità successive	Compreso nel premio

Assicurazione Temporanea Caso Morte:

(Costi gravanti sul premio netto)

Tipologia	Costi	Periodicità di prelievo	Modalità di prelievo
Caricamento percentuale 60%		sul premio unico anticipato	Compreso nel premio unico pagato
Quota parte percepita dall'Intermediario con riferimento all'intero flusso commissionale	25%	sul premio unico anticipato	sul premio unico pagato

Costi applicati in funzione delle modalità di partecipazione agli utili:

Assicurazione sulla vita di Capitale Differito:

La misura annua di rivalutazione dei capitali assicurati si ottiene diminuendo il rendimento della Gestione Separata "Previdenza Attiva" di un valore, trattenuto dall'Impresa Vita, espresso in punti percentuali assoluti. Il valore trattenuto è pari a 1,00 punti percentuali assoluti. Qualora il rendimento della Gestione Separata sia superiore al 3,00% e inferiore o uguale al 3,10% (intervallo di rendimento), il valore trattenuto sopra definito è incrementato di 0,03 punti percentuali assoluti. Per ogni ulteriore uguale intervallo di rendimento di un decimo di punto percentuale tale valore si incrementa in eguale misura.

Costi per riscatto:

Al valore di riscatto sono applicate le penalità in funzione del numero di anni trascorsi tra la decorrenza del contratto e la data di richiesta del riscatto.

Anno in corso	Aliquota
2°-4°	3,00%
5°	2,50%
6°	2,00%
7°	1,50%

Assicurazione Temporanea caso morte

Non previsti, in quanto la garanzia non prevede partecipazione agli utili.

Costi di Intermediazione:

La quota parte percepita dall'intermediario con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari al 25,00% per il primo anno e al 3,00% per gli anni successivi.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Ufficio Gestione Reclami di CF Assicurazioni S.p.A. all'indirizzo in Roma - Via Paolo di Dono, 73 - 00142 o tramite e-mail alla seguente casella di posta elettronica: reclami@cfassicurazioni.com I reclami dovranno contenere:
	a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; c) breve ma esaustiva descrizione del motivo di lamentela; d) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze,
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di	Nel caso di procedura per la valutazione del danno effettuata a mezzo arbitrato irrituale ai sensi della Determinazione del danno indennizzabile , i risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale,

risoluzione delle controversie	<p>(con allegate le stime dettagliate), da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.</p> <p>I risultati delle operazioni peritali di cui alle lettere d) ed e) sono obbligatori per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di dolo, errore, violenza, nonché di violazione dei patti contrattuali, impregiudicata in ogni caso qualsivoglia azione od eccezione inerente l'indennizzabilità del danno.</p> <p>La perizia collegiale è valida anche se un Perito si rifiuta di sottoscriverla; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri Periti nel verbale definitivo di perizia.</p> <p>I periti sono dispensati dall'osservanza di ogni formalità giudiziaria.</p> <p>Per liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente richiedendo l'attivazione della procedura FI-NET o della normativa applicabile.</p>
---------------------------------------	--

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

AVVERTENZA: L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DI CF WELLFARE

PARTE I DISPOSIZIONI GENERALI

Il presente documento è aggiornato al 01.01.2020

Art. 1 – Struttura e composizione del Prodotto

Le presenti Condizioni di Assicurazione afferiscono e disciplinano il piano assicurativo denominato CF WellFare (di seguito: Prodotto), costituito da una combinazione di coperture, non acquistabili separatamente, finalizzate alla realizzazione di un sistema integrato di protezione della persona. Tale Prodotto consente, a fronte del versamento unitario di un premio periodico annuale non scindibile, di fruire di un set preassemblato di garanzie sulla vita e contro i danni.

Il piano CF WellFare si compone, più in particolare, delle seguenti coperture:

- I. coperture assicurative sulla vita (Parte II)**
 - a. un'assicurazione sulla vita di Capitale Differito con controassicurazione a prestazioni rivalutabili,
 - b. un'assicurazione Temporanea Caso Morte;
- II. coperture assicurative danni (Infortuni e Malattie) che riguardano la salute e la persona dell'Assicurato, per tutta la durata di CF WellFare (Parte III, Sezioni B, C e D);**
- III. copertura assicurativa danni sulle Perdite Pecuniarie (Parte III, Sezione F).**

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).

CF WellFare mira a soddisfare le esigenze di protezione dell'Assicurato durante la vigenza dello stesso, oltre che una esigenza di risparmio senza rischi finanziari.

Al fine di realizzare detti obiettivi, la sottoscrizione di CF WellFare implica l'acquisto obbligatorio del complesso delle garanzie offerte nell'ambito dello stesso. Le Imprese hanno convenuto di stabilire un collegamento negoziale tra i contratti di assicurazione vita e danni e, pertanto, le garanzie non sono acquistabili separatamente né scindibili in corso di rapporto. Ciò in funzione della vocazione di risparmio e di protezione globale della persona che caratterizza le garanzie nell'ambito di un Prodotto concepito per soddisfare i bisogni dell'Assicurato in un arco temporale di lunga durata.

La Proposta Contrattuale e il Certificato di Polizza del prodotto CF WellFare sono uniche per tutte le garanzie assicurative offerte per fasce di età di riferimento dell'Assicurato.

In virtù del collegamento negoziale, qualora il Contraente:

- receda dalle assicurazioni sulla vita, nei casi previsti dalle presenti Condizioni, l'esercizio di tale diritto comporta la cessazione di tutte le garanzie previste dal Prodotto.
- comunichi la volontà di non rinnovare le garanzie danni alla loro scadenza annuale, il mancato rinnovo implica altresì la cessazione delle garanzie vita.

CF WellFare prevede che le garanzie ed il premio periodico di cadenza annuale si modifichino nel corso della durata del medesimo e varino in corso di rapporto in funzione dell'età dell'Assicurato, fermo restando l'impegno delle Imprese a mantenere inalterato il premio per tutta la durata della

fascia di età di riferimento dell'Assicurato.

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

2.1 CF WellFare si considera concluso 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 CF WellFare 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 CF WellFare entrano in ogni caso in vigore a condizione che sia stato regolarmente corrisposto il primo premio annuo (o la prima rata di tre mensilità di premio in caso di frazionamento del premio), alle ore 24 della data di decorrenza indicata nel Certificato di Polizza. Se il versamento del premio o della prima rata di premio viene effettuata 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 integranti CF WellFare ed 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 CF WellFare e requisiti generali di assicurabilità

4.1 E' assicurabile (Assicurato) la persona fisica che, al momento della decorrenza di CF WellFare, abbia un'età compresa tra i 20 anni e i 60 anni. L'età dell'Assicurato alla scadenza del Prodotto non potrà essere superiore a 70 anni compiuti, in quanto il piano dei versamenti dovrà avere durata minima di 10 anni e tale, comunque, da far sì che l'età dell'Assicurato al termine del piano dei versamenti sia di 70 anni compiuti.

4.2 La durata di CF WellFare è correlata alla durata dell'assicurazione di Capitale Differito compresa nel Prodotto. La durata di quest'ultima è pari alla differenza, in anni interi, tra l'età

massima consentita di 70 anni compiuti per l'Assicurato e l'età assicurativa del medesimo alla data di decorrenza.

Le coperture assicurative Temporanea Caso Morte, Infortuni, Malattia, Non Autosufficienza e Perdite Pecuniarie hanno una durata monoannuale e si rinnovano tacitamente, di anno in anno per tutta la durata di CF WellFare. Resta ferma la facoltà del Contraente e dell'Impresa Danni di inviare disdetta, relativamente alle garanzie danni, secondo quanto previsto all'Art 1.2 "Durata delle garanzie e proroga", Sezione A della Parte III, delle Condizioni di Assicurazione, con conseguente cessazione anche delle garanzie vita.

In corso di contratto, il Contraente e/o l'Assicurato, ai sensi dell'Art. 1898 Codice Civile, è tenuto a comunicare alle Imprese la variazione di attività professionali e/o sportive che possano comportare un aggravamento del rischio.

4.3 Laddove il Contraente interrompa il versamento dei premi, CF WellFare permarrà in essere fintanto che la prestazione maturata dall'assicurazione di Capitale Differito sarà in grado di finanziare, anche *pro-rata temporis*, le restanti coperture previste dalla fascia di età di appartenenza.

CF WellFare si scioglie e tutte le garanzie cessano:

- in caso di mancato pagamento dei premi dovuti relativi alla prima annualità contrattuale; in questo caso i premi eventualmente versati resteranno acquisiti dalle Imprese e nulla sarà dovuto all'Assicurato;
- alla prima ricorrenza annuale successiva al compimento del 70^o anno di età dell'Assicurato;
- in caso di esercizio del diritto di recesso da parte del Contraente o di disdetta delle garanzie annuali;
- al decesso dell'Assicurato;
- con l'esercizio del diritto di riscatto totale previsto dalla garanzia "Capitale Differito" da parte del Contraente; fatte salve le garanzie danni per le quali sia già stato corrisposto il premio e che esauriranno i propri effetti alla scadenza della copertura dell'anno di Polizza in corso;
- qualora a seguito dell'interruzione del pagamento dei premi, si esaurisca quanto maturato dalla garanzia di Capitale Differito per finanziare le altre coperture, come previsto al successivo Art. 6 "Interruzione del pagamento dei premi e prosecuzione delle garanzie";
- 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.

Art. 5 - Premi

5.1 Premi periodici

CF WellFare prevede la corresponsione di premi periodici, in via anticipata e con cadenza annuale, destinati in parte a finanziare la forma assicurativa di Capitale Differito a premi unici ricorrenti, in parte all'assicurazione temporanea caso morte e in parte al complesso delle coperture danni di durata annuale con tacito rinnovo.

La durata minima del piano di pagamento dei premi è fissata in 10 anni e l'età a scadenza dell'Assicurato non deve essere superiore a 70 anni compiuti.

L'importo minimo di premio periodico è, tempo per tempo, variabile al variare dell'età dell'Assicurato come di seguito indicato:

Età assicurato	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69
Premio minimo annuo (Premio Base)	600	600	1.200	1.200	1.800	2.400	3.000	3.600	3.600	3.600

Importi in Euro

Il premio di ciascuna garanzia viene determinato considerando la fascia di età corrispondente all'età assicurativa dell'Assicurato ad ogni ricorrenza annua di contratto.

Il Contraente potrà aderire al Piano Assicurativo corrispondendo il Premio minimo annuo (Premio Base) a cui corrispondono i Massimali Base delle garanzie Vita e Danni, ovvero aumentare questi ultimi versando un premio superiore a quello Base, secondo quote incrementalmente del 20%, sino al livello massimo del triplo del premio Base (cui corrisponderà il Massimale massimo indicato nella tabella riportata in Parte III Art. 1 "Il piano e le garanzie offerte"). L'opzione di versamento delle quote incrementalmente potrà essere esercitata anche in corso di rapporto comunicandolo alle Compagnie con un preavviso di tre mesi rispetto a ciascuna scadenza annuale. In questa ipotesi il Contraente, entro il terzo mese precedente alla ricorrenza annuale successiva a quella in cui è stata esercitata la suddetta facoltà, avrà comunque la possibilità di variare (in aumento o in diminuzione) la misura del premio purché entro il livello minimo fissato (Premio Base), ovvero in misura maggiore secondo quote incrementalmente del 20%.

I premi eventualmente versati in surplus per garanzia rispetto ai suddetti premi e Massimali Massimi assicurabili, andranno ad implementare la quota di premio destinata alla garanzia di Capitale Differito.

Il premio può essere corrisposto anche in rate sub-annuali mensili senza costi aggiuntivi di frazionamento.

La prima annualità di premio, anche se frazionata in più rate, è dovuta per intero ed il relativo pagamento costituisce condizione per l'erogazione delle prestazioni di CF Welfare.

I premi potranno restare invariati per tutta la durata del piano o potranno essere adeguati dalle Imprese in occasione di una variazione di fascia di età, con comunicazione preventiva, inviata al Contraente almeno 60 giorni prima della scadenza annuale. Il Contraente potrà non accettare la variazione di premio rispetto al piano originario e recedere da CF Welfare.

**ESEMPIO di EVOLUZIONE GARANZIE /PREMIO IMPLEMENTATO
FASCIA di età 45 – 49 anni**

PREMIO ANNUO / GARANZIE	Premio Base: 2.400 €	Premio + 20%: 2.880 €	Premio +60%: 3.840 €	Premio +100%: 4.800 €
Check-up	compreso	compreso	compreso	compreso
Cure Dentarie	500,00 €	500,00 €	500,00€	500,00 €
IP da Infortunio	20.000,00 €	24.000,00 €	32.000,00€	40.000,00 €
RSM Infortuni	0 €	0 €	0 €	0 €
Diaria Ricovero Infortuni	50,00 €	60,00 €	80,00 €	100,00 €
Diaria Immobilizz. Infortuni	0 €	0 €	0 €	0 €
IP da Malattia	20.000,00 €	24.000,00 €	32.000,00 €	40.000,00 €
Grandi Interventi Chirurgici	100.000,00 €	100.000,00 €	100.000,00 €	100.000,00 €
Critical Illness	10.000,00 €	12.000,00 €	16.000,00€	20.000,00 €
LTC (Long Term Care)	1.000,00 €	1.200,00 €	1.600,00 €	2.000,00 €
TCM (Temporanea Caso Morte)	50.000,00€	60.000,00 €	80.000,00 €	100.000,00 €

Perdita di Impiego o Riduzione del Reddito	2.400,00 €	2.400,00 €	2.400,00 €	2.400,00 €
Premio Totale Protection	1.072,00 €	1.168,67 €	1.356,00 €	1.545,34 €
Premio destinato al PUR (Capitale Diff.)	1.328,00 €	1.713,33 €	2.484,00 €	3.254,66 €

Importi espressi in Euro

5.2 Ripartizione del premio tra le garanzie

Il premio periodico annuo corrisposto sarà suddiviso tra le diverse garanzie, in funzione dell'età dell'Assicurato, secondo le seguenti percentuali di ripartizione:

Età Assicurato	Copertura capitale in caso di morte	Garanzie di protezione danni	Capitale Differito PUR
20-24	0	34	66
25-29	0	46	54
30-34	5	45	50
35-39	7	49	44
40-44	6	39	55
45-49	7	37	56
50-54	6	39	55
55-59	5	40	55
60-64	4	38	58
65-70	4	31	65

Il premio (nella misura Base ovvero in misura superiore come in precedenza descritto) è allocato - in funzione dell'età dell'Assicurato - tra le garanzie sopra esplicitate in misura predefinita dalle Imprese.

Nell'ambito delle garanzie danni laddove si sia verificato uno stato di non autosufficienza di cui all'Art. 4 "Oggetto della copertura e garanzie offerte" Sezione D Parte III delle Condizioni di Assicurazione che abbia ingenerato il pagamento degli indennizzi previsti all'Art. 4.6 "Pagamento degli indennizzi" Sezione D Parte III delle Condizioni di Assicurazione, la quota parte di premio afferente a detta garanzia danni andrà, per tutta la durata del pagamento della rendita, ad accrescere il capitale investito nella Gestione Separata della garanzia "Capitale Differito".

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia alla successiva Parte II, Art. 5 "Premi" della Sezione A ed Art. 9 "Premio" della Sezione B.

5.3 Modalità di versamento dei premi

Al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, il Contraente versa il premio o la prima rata di premio tramite l'Intermediario.

Il pagamento delle annualità e delle rate successive dovrà essere effettuato a mezzo SDD sul conto corrente bancario intestato a CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A.

CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. incassa il premio relativo alle garanzie danni in nome e per conto di CF Assicurazioni S.p.A. Compagnia di Assicurazione per il Credito e la Famiglia.

Il pagamento del premio eseguito a CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. ha pertanto effetto liberatorio per il Contraente nei confronti di CF Assicurazioni S.p.A.,

Compagnia di Assicurazione per il Credito e la Famiglia.

È escluso il pagamento del premio in contanti.

5.4 Sconto Fedeltà

CF Assicurazioni S.p.A., Compagnia di Assicurazione per il Credito e la Famiglia riconosce uno Sconto Fedeltà a prefissate ricorrenze annuali, a condizione che il Contraente:

- abbia corrisposto i premi unici ricorrenti con regolarità,
- non abbia richiesto riscatti parziali nei periodi precedenti alla data di ricorrenza annua di riconoscimento dello Sconto Fedeltà.

Le ricorrenze annuali fissate per il riconoscimento dello sconto fedeltà sono: la 10°, la 20°, la 30°, la 40°, la 50° ricorrenza annua di polizza.

Ciascuno sconto:

- viene determinato applicando la percentuale del 5% sull'importo del primo premio annuo pagato dal Contraente, per le garanzie vita e danni, alla sottoscrizione del Prodotto;
- **si traduce in uno sconto sul premio base relativo a tutte le garanzie danni in vigore alla 10°, alla 20°, alla 30°, alla 40° e alla 50° ricorrenza annua di polizza.**

Lo Sconto Fedeltà è applicato a tutti i Contraenti e alle condizioni suddette.

Art. 6 - Interruzione del pagamento dei premi e prosecuzione delle garanzie

Per la prima annualità di polizza, il mancato pagamento del premio iniziale (o della prima rata in caso di frazionamento mensile) determina la sospensione delle garanzie ai sensi e per gli effetti dell'Art. 1901 Codice Civile e l'eventuale risoluzione dei contratti ai sensi di quanto stabilito dalla medesima previsione di legge ed in forza del collegamento negoziale. Le rate di premio eventualmente già versate con riferimento alle garanzie di CF WellFare rimangono acquisite dalle Imprese di Assicurazione, per quanto di rispettiva ragione.

A partire dalla seconda annualità, per il caso di interruzione del pagamento dei premi dovuti, verrà garantita la conservazione dei contratti fintanto che sarà possibile attingere a quanto maturato dalla garanzia di Capitale Differito, attraverso una serie di riscatti parziali automatici finalizzati per dar corso al pagamento, anche *pro-rata temporis*, dei premi altrimenti insoluti. A tal fine il Contraente, in seno al modulo di proposta, autorizza in via anticipata tali riscatti, disponendo - ora per allora - dei relativi diritti, ferma restando la facoltà di riattivare i contratti adempiendo ai propri obblighi di pagamento nei termini indicati dal successivo Art. 7 "Ripresa del pagamento del premio".

Per effetto di tali riscatti le coperture saranno garantite con continuità, senza perciò che possa invocarsi la sospensione di garanzia di cui all'Art. 1901 Codice Civile in relazione ai periodi precedenti all'esecuzione dei riscatti automatici finalizzati.

Più in particolare:

- **una quota della prestazione maturata riferita alla garanzia Capitale Differito verrà parzialmente riscattata e automaticamente impiegata dall'Impresa Vita per finanziare tutte le altre coperture previste dal Prodotto e in vigore a tale momento,**
- **verrà riscattata una somma pari all'importo del premio annuale non corrisposto ovvero alla somma delle mensilità non corrisposte,**
- **l'importo sarà tale da finanziare le restanti garanzie dalla data di mancato pagamento premio alla data di ricorrenza annuale immediatamente successiva ovvero, laddove insufficiente ad alimentare una intera annualità di coperture, l'importo riscattato darà origine a garanzie la cui durata sarà pari alla frazione d'anno (se del caso computata anche in giorni) calcolata in proporzione all'ammontare della dazione rispetto al premio annuale stesso,**
- **le quote riscattate dalla garanzia Capitale Differito verranno ripartite dalle Imprese su**

- tutte le garanzie della fascia di età di riferimento,
- l'operazione verrà effettuata ogni anno alla data di ricorrenza di Polizza e fino ad esaurimento della prestazione maturata, sempreché il Contraente non riavvii il pagamento dei premi,
 - la garanzia di Capitale Differito, la garanzia Temporanea Caso Morte e le garanzie danni rimangono in vigore fino ad esaurimento della prestazione maturata per il Capitale Differito, ovvero alla prima ricorrenza annua successiva al compimento dell'età di 70 anni da parte dell'Assicurato.

Nel caso il Contraente abbia optato per il pagamento del premio in modo frazionato, il piano di riscatto parziale e automatizzato finalizzato verrà attivato, previa comunicazione scritta al Contraente, al mancato pagamento della terza mensilità consecutiva.

I riscatti parziali e automatici finalizzati saranno effettuati senza l'applicazione delle penalità previste per il riscatto volontario e saranno comprensivi degli oneri fiscali dovuti.

La prima annualità di premio è dovuta per intero.

Qualora si verifichi il sinistro:

- durante la prima annualità assicurativa e il premio relativo al primo anno non sia stato corrisposto per intero, per poter procedere alla liquidazione, la parte di premio residua dovrà essere versata prima della liquidazione stessa;
- durante la sospensione del pagamento del premio, il periodo che va dalla data di mancato pagamento alla data di riscatto finalizzato sarà oggetto di copertura e pertanto le Imprese provvederanno a pagare le prestazioni garantite.

Art. 7 - Ripresa del pagamento del premio

Il Contraente ha la facoltà di riavviare il pagamento del premio in qualsiasi momento, sia su base mensile che su base annuale, sempreché:

- CF WellFare non sia già estinto;
- l'Assicurato sia in vita.

In tal caso il Contraente dovrà informare preventivamente le Imprese indicando da quando intende ripristinare il pagamento del premio nonché la modalità di prelievo dei premi direttamente sul proprio conto corrente bancario; resta inteso che il Contraente non dovrà versare le rate di premio pregresse relative alla garanzia di Capitale Differito.

Un contratto risolto non può più essere riavviato.

Art. 8 - 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. 9 - Riscatto dell'assicurazione Vita

Il Contraente può esercitare il diritto di riscatto rispetto alla garanzia vita di Capitale Differito, trascorso un anno dalla data di decorrenza di CF WellFare. A tal fine deve inviare una comunicazione a:

CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A.
Ufficio Gestione Portafoglio
Via Paolo di Dono, 73 – 00142 Roma
Fax 06 51294960 e-mail
cfwellfare@cfassicurazioni.com

Art. 10 - Reclami

10.1 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
qualora si utilizzi un account di posta certificata si può utilizzare l'indirizzo
reclamicflife@pec.it

10.2 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
qualora si utilizzi un account di posta certificata si può utilizzare l'indirizzo
reclamicfassicurazioni@pec.it

I reclami dovranno contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve 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 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/financeservices-retail/finnet/indexen.htm>).

Ogni controversia inerente alla esecuzione/interpretazione di CF Wellfare 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. 11 - Cessione - Pegno - Vincolo

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

Art. 12 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni previste da CF WellFare 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. 13 – Rinvio alle norme di legge

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

Art. 14 - Foro competente e lingua

14.1 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.

14.2 Lingua

Il prodotto CF WellFare, 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.

A. CONDIZIONI DELLA GARANZIA DI CAPITALE DIFFERITO A PREMIO UNICO RICORRENTE CON CONTROASSICURAZIONE E PRESTAZIONI RIVALUTABILI ANNUALMENTE

Art. 1 - Prestazioni assicurate

La presente copertura assicurativa garantisce ai Beneficiari designati dal Contraente, a fronte del pagamento di premi unici ricorrenti, le seguenti prestazioni:

Prestazioni in caso di vita ad una determinata scadenza

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza di CF WellFare, la presente garanzia prevede il pagamento, ai Beneficiari designati in polizza dal Contraente, del capitale assicurato in vigore alla ricorrenza precedente, rivalutato fino alla scadenza nella misura e con le modalità previste dall'Art. 7 "Rivalutazione della Prestazione Assicurata" della presente Sezione delle Condizioni di Assicurazione.

In particolare il capitale è dato dal cumulo delle prestazioni corrispondenti ai singoli premi unici versati, maggiorate delle rivalutazioni maturate, e ridotto a seguito di eventuali riscatti parziali (e relative penalità), determinati come al successivo Art. 8 "Riscatto".

La scadenza viene determinata dal Contraente, tenendo conto di quanto previsto al successivo Art. 2 "Decorrenza della copertura assicurativa e durata".

Controassicurazione: prestazioni in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato, in qualsiasi epoca avvenga e comunque prima della scadenza di CF WellFare, l'Impresa Vita garantisce il pagamento, ai Beneficiari designati in polizza dal Contraente, di un importo pari alla somma dei premi unici ricorrenti versati per la garanzia di Capitale Differito, al netto delle Spese di Emissione, e rivalutato alla data di ricorrenza annuale di CF WellFare immediatamente precedente alla data del decesso, con le modalità previste dall'Art. 7 "Rivalutazione della prestazione assicurata", a cui si rinvia.

Il capitale assicurato sarà maggiorato:

- degli interessi calcolati sulla base di tale tasso annuale di rivalutazione;
- dei premi unici ricorrenti, al netto dei costi già corrisposti, versati nel corso dell'ultimo anno e maggiorati degli interessi calcolati in base al tasso annuo di rivalutazione come sopra determinato per il numero di giorni trascorsi tra la data di ciascun versamento e la ricorrenza annuale.

e sarà ridotto:

- degli eventuali capitali riscattati, calcolati come all'Art. 8 "Riscatto" della presente Sezione delle Condizioni di Assicurazione,
- dei riscatti automatici finalizzati effettuati in applicazione del meccanismo descritto all'Art. 6 "Interruzione del pagamento dei premi e prosecuzione delle garanzie" della Parte I delle Condizioni di Assicurazione.

-

Art. 2 - Decorrenza della copertura assicurativa e durata

CF WellFare si considera concluso e la presente 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.

CF WellFare si scioglie nei casi previsti all’Art. 4, “Durata di CF WellFare e requisiti generali di assicurabilità”, Parte I delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 3 - Revoca della proposta

La Proposta contrattuale può essere revocata nel periodo antecedente alla conclusione di CF WellFare mediante l’invio di una comunicazione a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno o posta elettronica certificata (PEC) agli indirizzi indicati all’Art. 3 “Revoca della proposta e diritto di recesso” Parte I delle Condizioni di Assicurazione.

In tale caso si rimborserà al Contraente l’eventuale premio corrisposto entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa alla revoca.

Art. 4 - Diritto di recesso

Il Contraente può esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla data di conclusione di CF WellFare inviando una comunicazione a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno o posta elettronica certificata (PEC) agli indirizzi indicati 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 ovvero del recesso rispetto alla presente garanzia comporta la cessazione di tutte le altre garanzie di CF WellFare.

Art. 5 - Premi

L’importo minimo del premio annuale per la presente garanzia è determinato per fasce di età dell’Assicurato, secondo quanto segue.

Età assicurato	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69
Premio minimo annuo (Premio Base)	600	600	1.200	1.200	1.800	2.400	3.000	3.600	3.600	3.600

importi in Euro

In ogni caso, possono essere movimentati in entrata e in uscita mediante contratti a prestazioni rivalutabili da un unico Contraente o da più Contraenti collegati da un medesimo soggetto, anche attraverso rapporti partecipativi, importi complessivamente non superiori al 10% del patrimonio della Gestione Separata interessata, come rilevato al termine del periodo di osservazione relativo all’ultimo tasso medio di rendimento certificato.

Il predetto limite massimo non crea alcun collegamento negoziale tra i diversi contratti sottoscritti dal medesimo Contraente (o da soggetti allo stesso collegati), che restano pertanto giuridicamente indipendenti ed autonomi l’uno dall’altro. Qualora venga superato il limite sopra indicato, verranno applicate, in caso di riscatto, le specifiche condizioni previste all’Art. 8 “Riscatto” delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Art. 6 - Interruzione del pagamento dei premi

Qualora il Contraente dopo la prima annualità non corrisponda una rata annua di premio ovvero tre mensilità consecutive di premio (in caso di frazionamento), **troverà applicazione l’Art. 6 “Interruzione del pagamento dei premi e prosecuzione delle garanzie”, Parte I delle Condizioni di Assicurazione”, al quale si fa rinvio per gli aspetti dettagliato.**

Il Contraente ha la facoltà di ripristinare il pagamento dei premi in qualsiasi momento, **secondo quanto previsto all’Art. 7 “Ripresa del pagamento del premio”, Parte I delle Condizioni di**

Assicurazione.

Art. 7 - Rivalutazione della prestazione assicurata

Il capitale assicurato è pari alla somma delle prestazioni corrispondenti ai premi unici ricorrenti versati al netto dei costi già corrisposti, maggiorata delle rivalutazioni e ridotta a seguito di eventuali riscatti parziali.

Ciascuna rivalutazione viene applicata alle garanzie in essere alla ricorrenza annua di polizza.

Ad ogni anniversario della data di decorrenza di polizza il capitale viene rivalutato mediante incremento a totale carico dell'Impresa Vita della prestazione assicurata.

La misura annua di rivalutazione dei capitali assicurati si ottiene diminuendo il rendimento della Gestione Separata "Previdenza Attiva" di un valore, trattenuto dall'Impresa Vita, espresso in punti percentuali assoluti.

Il valore trattenuto è pari a 1,00 punti percentuali assoluti. Tuttavia, qualora il rendimento della Gestione Separata sia superiore al 3,00% e inferiore o uguale al 3,10% (intervallo di rendimento), il valore trattenuto sopra definito è incrementato di 0,03 punti percentuali assoluti. Per ogni ulteriore uguale incremento dell'intervallo di rendimento di un decimo di punto percentuale, il valore trattenuto si incrementa in eguale misura.

Il tasso annuo di rivalutazione non potrà comunque essere inferiore al rendimento minimo garantito (pari allo 0,00%). Nel caso in cui il rendimento della Gestione Separata non permetta di retrocedere il tasso di rendimento minimo garantito, quanto necessario per il raggiungimento del minimo garantito sarà a carico dell'Impresa Vita in proporzione alla distribuzione del minimo trattenuto.

Nelle ricorrenze annuali successive di polizza, il capitale assicurato o dell'anno precedente, sarà maggiorato:

- degli interessi calcolati sulla base del tasso annuale di rivalutazione come sopra determinato per un anno,
- dei premi unici ricorrenti, al netto dei costi già corrisposti, versati nel corso dell'ultimo anno e maggiorati degli interessi calcolati - in base al tasso annuo di rivalutazione come sopra determinato - considerando i giorni effettivamente trascorsi dalla data di pagamento del premio alla ricorrenza annua di polizza,

e sarà ridotto:

- degli eventuali capitali riscattati automaticamente (in caso di interruzione dei versamenti) secondo le modalità previste dal precedente Art. 6 "interruzione del pagamento dei premi" oppure volontariamente secondo le modalità previste dal successivo Art. 8 "Riscatto".

Nella Gestione Separata sono investiti i premi unici ricorrenti versati dal Contraente, al netto dei costi. La Gestione Separata "Previdenza Attiva" è disciplinata da apposito Regolamento facente parte integrante della presente Sezione delle Condizioni di Assicurazione.

Al fine di determinare la suddetta misura di rivalutazione, il rendimento finanziario della Gestione Separata "Previdenza Attiva" è quello conseguito il secondo mese antecedente la ricorrenza annuale. Il rendimento finanziario è pari al "rendimento di periodo" della Gestione Separata "Previdenza Attiva" calcolato al termine di ciascun mese di calendario, con riferimento ai dodici mesi di calendario trascorsi.

La rivalutazione annua del capitale assicurato, una volta dichiarata al Contraente, risulta acquisita in via definitiva.

L'Impresa Vita trasmetterà al Contraente, entro sessanta giorni successivi alla ricorrenza annua del contratto, l'estratto conto annuale della posizione assicurativa, contenente le seguenti informazioni minimali:

- a) cumulo dei premi versati dal perfezionamento del contratto alla ricorrenza annuale a cui si riferisce l'estratto conto;
- b) valore della prestazione maturata derivante dai premi investiti nella Gestione Separata

- “Previdenza Attiva” alla data di riferimento dell’estratto conto precedente;
- c) valore degli eventuali riscatti parziali (volontari e/o automatici finalizzati) nell’anno di riferimento;
- d) valore della prestazione maturata alla data di riferimento dell’estratto conto, derivante dai premi investiti nella Gestione Separata “Previdenza Attiva”;
- e) valore di riscatto maturato alla data di riferimento dell’estratto conto derivante dai premi investiti nella Gestione Separata “Previdenza Attiva”;
- f) tasso annuo di rendimento finanziario realizzato dalla Gestione Separata “Previdenza Attiva”, aliquota di retrocessione del rendimento, tasso annuo di rendimento retrocesso con evidenza del rendimento minimo trattenuto dall’Impresa Vita, tasso annuo di rivalutazione delle prestazioni.

Art. 8 - Riscatto

Trascorso un anno dalla data di decorrenza di CF WellFare e completato il pagamento della prima annualità di premio, il Contraente potrà richiedere il riscatto totale o parziale del capitale afferente alla presente garanzia.

Il riscatto totale pone fine a CF WellFare e determina l’estinzione di tutte le restanti garanzie facenti parte dello stesso al termine dell’annualità.

E’ possibile richiedere all’Impresa Vita, in qualsiasi momento, la quantificazione del valore di riscatto totale inviando una mail all’indirizzo [cfwelfare@cfassicurazioni.com](mailto:cwelfare@cfassicurazioni.com) o contattando la stessa Impresa all’indirizzo indicato all’Art. 9 “Riscatto” della Parte I delle Condizioni di Assicurazione.

Il valore di riscatto è determinato secondo i criteri di seguito descritti:

A. Nel caso in cui siano movimentati importi complessivamente non superiori al 10% del patrimonio della Gestione Separata interessata, il Contraente può richiedere all’Impresa Vita, per iscritto a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, la liquidazione del valore di riscatto del capitale determinato come segue:

Riscatto Totale

Il valore di riscatto totale è pari alla somma tra:

- il capitale assicurato, rivalutato all’ultima ricorrenza annuale che precede o coincide con la data di richiesta del riscatto, maggiorato degli interessi calcolati sulla base del tasso annuale, maturati dalla ricorrenza annua precedente alla data di richiesta del riscatto, e
- il capitale assicurato a fronte dei versamenti di premio avvenuti dalla ricorrenza dell’anno precedente, maggiorato degli interessi calcolati in base al tasso di interesse annuale attribuito per la frazione di anno intercorrente tra la data del versamento e la data di richiesta di riscatto, e ridotto degli eventuali capitali già riscattati.

L’importo così ottenuto verrà corrisposto al netto delle penalità di riscatto indicate nella tabella che segue calcolate come prodotto tra il valore di riscatto, applicate in corrispondenza del numero di anni interamente trascorsi dalla data di decorrenza alla data di richiesta di riscatto.

Anno in corso	Aliquota
2	3%
3	3%
4	3%
5	2,50%
6	2,00%
7	1,50%
8	1,00%
9	0,50%
10	00

Si richiama l’attenzione del Contraente sulla possibilità che in caso di riscatto ottenga un capitale inferiore al cumulo dei premi unici versati.

B. Nel caso in cui siano superati i limiti di cui al punto A, le operazioni in entrata e in uscita sono soggette alla preventiva approvazione congiunta dell'Amministratore Delegato e del Responsabile della Divisione di Risk Management. In particolare, i rapporti oggetto di tali operazioni saranno caratterizzati:

- dall'introduzione di un periodo minimo di permanenza di un anno, prima del quale non sarà possibile dare seguito ad operazioni di riscatto di importo superiore alle soglie prestabilite,
- da condizioni di riscatto finalizzate a preservare il principio di equa partecipazione al rendimento, attraverso l'applicazione di aliquote di riduzione delle prestazioni liquidabili a seguito del riscatto anticipato del capitale o la riduzione implicita o esplicita della misura di rivalutazione riconosciuta in occasione dell'ultima ricorrenza annuale trascorsa prima del riscatto anticipato.

Riscatto parziale

Il riscatto può essere esercitato anche limitatamente ad una parte della prestazione maturata, purché la somma che residua da tale operazione non sia inferiore a 500,00 Euro.

Il riscatto parziale viene gestito secondo le medesime modalità sopra indicate.

Art. 9 - Beneficiari

I Beneficiari delle prestazioni della garanzia di Capitale Differito 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. 10 - Opzioni Contrattuali

La presente garanzia non prevede opzioni contrattuali.

Art. 11 - Pagamenti di CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A.

Per i pagamenti da parte di CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. devono essere preventivamente consegnati i seguenti documenti a cura del Contraente o dei Beneficiari.

In caso di riscatto:

- modello di richiesta di liquidazione sottoscritta dal Contraente con l'indicazione degli estremi del conto corrente bancario su cui accreditare la prestazione;
- fotocopia del codice fiscale e di un documento d'identità in corso di validità del Contraente.

In caso di decesso dell'Assicurato, in qualunque epoca avvenga:

- certificato di decesso dell'Assicurato in carta semplice;
- 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;
- 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 ed indicazione degli estremi 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. con raccomandata con ricevuta di ritorno o a mezzo posta elettronica certificata (PEC)

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 degli aventi diritto sono dovuti gli interessi moratori.

REGOLAMENTO DEL FONDO SPECIALE "PREVIDENZA ATTIVA"

Viene attuata una speciale forma di gestione degli investimenti, separata da quella delle altre attività della Compagnia CF Life Compagnia di assicurazioni Vita S.p.A., che viene contraddistinta con il nome "PREVIDENZA ATTIVA" ed indicata nel seguito con la denominazione di "Gestione Separata".

La valuta di denominazione della Gestione Separata è l'Euro.

Il valore delle attività gestite non sarà inferiore all'importo delle riserve matematiche costituite per i contratti a prestazioni rivalutabili che prevedono una clausola di rivalutazione legata ai rendimenti realizzati dalla Gestione Separata.

L'attività della Gestione Separata è conforme alle norme stabilite dall'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo con il Regolamento n. 38 del 3 giugno 2011, ed ottempererà ad eventuali successive disposizioni. Il periodo di osservazione della Gestione Separata decorre dal 1° gennaio e termina il 31 dicembre di ciascun anno.

1. Obiettivi e politiche di investimento.

La finalità della Gestione Separata ha come obiettivo la conservazione e la crescita del suo valore, il raggiungimento dei rendimenti minimi garantiti a favore degli assicurati e la stabilizzazione nel tempo dei rendimenti conseguiti, nell'ottica della gestione integrata dell'attivo e del passivo e tenuto conto delle variabili macroeconomiche e di mercato che influenzano le scelte d'investimento.

L'attività della Gestione Separata segue le politiche di investimento in coerenza con i limiti definiti nella Delibera Quadro sugli Investimenti assunta a seguito dell'emanazione del Reg.to ISVAP n.24/2016. La Gestione Separata investe le proprie risorse nei seguenti strumenti finanziari, principalmente denominati in Euro:

- Titoli Obbligazionari Governativi, ossia emessi o garantiti da Stati membri dell'Unione Europea o appartenenti all'OCSE, ovvero emessi da enti locali o da enti pubblici di Stati membri o da organizzazioni internazionali cui aderiscono uno o più di detti Stati membri;
- Titoli Obbligazionari Corporate, ossia obbligazioni od altri titoli assimilabili negoziati in un mercato regolamentato o, se non negoziati in un mercato regolamentato, emessi da Società o enti creditizi aventi la sede legale in uno Stato membro dell'Unione Europea o appartenenti all'OCSE;
- Quote di OICR;
- Azioni negoziate in un mercato regolamentato;
- In via residuale, altri investimenti ammissibili secondo la normativa vigente in materia di attivi a copertura delle riserve tecniche.

Non è inoltre esclusa la presenza di una componente di liquidità, costituita da depositi bancari e pronti contro termine, nel limite massimo del 20%.

L'investimento nel comparto azionario, per il tramite di azioni quotate o di quote di OICR azionari, non supera il 4% del patrimonio della Gestione Separata.

L'investimento in OICR, indipendentemente dalla categoria di appartenenza, non supera il 30% del patrimonio della Gestione Separata.

L'investimento in Titoli Obbligazionari Corporate, opportunamente ripartiti tra finanziari e non, può rappresentare fino al 75% del patrimonio della Gestione Separata. Al fine di contenere il rischio di concentrazione, i titoli corporate emessi da uno stesso emittente o da Società appartenenti allo stesso Gruppo, con esclusione di quelli riconducibili al Gruppo di appartenenza della Società, non possono superare il 5% del patrimonio della Gestione Separata.

L'investimento in Titoli Obbligazionari Governativi emessi dallo Stato Italiano o da altri Stati membri dell'Unione Europea di elevato merito creditizio, può rappresentare il 100% del patrimonio della Gestione Separata.

In coerenza con principi di una sana e prudente gestione delle risorse dalla Gestione Separata e nel rispetto delle condizioni previste dalla normativa vigente in materia di attivi a copertura delle riserve tecniche, non è escluso l'utilizzo di strumenti finanziari derivati, aventi come sottostante tassi di interesse, cambi, azioni o indici connessi alle precedenti categorie di attivi e credito, con lo scopo sia di realizzare un'efficace gestione del portafoglio, sia di ridurre la rischiosità delle attività finanziarie presenti nella Gestione stessa. Nell'ambito della politica di investimento della Gestione Separata, non è esclusa la possibilità di investire in strumenti finanziari e in quote di OICR emessi o gestiti da Società controparti di CF Life Compagnia di Assicurazioni S.p.A. ai sensi dell'articolo 5 del Regolamento ISVAP n. 25 del 27 maggio 2008. Per assicurare la tutela dei Contraenti da possibili situazioni di conflitto di interesse, tali investimenti non potranno comunque eccedere il 30% del patrimonio totale della Gestione.

2. Certificazione della Gestione Separata.

La Gestione Separata è annualmente sottoposta a verifica da parte di una Società di revisione iscritta nell'apposito registro previsto dalla normativa vigente.

3. Determinazione del rendimento.

3.a. Il rendimento annuo della Gestione Separata, relativo al periodo di osservazione indicato al precedente punto 1, è determinato rapportando il risultato finanziario della Gestione Separata di competenza di quel periodo alla giacenza media delle attività della Gestione stessa nello stesso periodo.

Il risultato finanziario della Gestione Separata è costituito dai proventi finanziari di competenza conseguiti dalla Gestione stessa, comprensivi degli scarti di emissione e di negoziazione di competenza, dagli utili realizzati e dalle perdite sofferte nello stesso periodo. Gli utili e le perdite da realizzo sono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nel libro mastro della Gestione Separata e cioè al prezzo di acquisto per i beni di nuova acquisizione ed al valore di mercato all'atto dell'iscrizione nella Gestione Separata per i beni già di proprietà della Compagnia. Gli utili realizzati comprendono anche quelli derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti dalla Impresa Vita in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della Gestione Separata. Il risultato finanziario è calcolato al netto delle spese indicate al successivo punto 4. di competenza del periodo ed al lordo delle ritenute di acconto fiscale.

La giacenza media delle attività della Gestione Separata è pari alla somma delle giacenze medie nel periodo di osservazione dei depositi in numerario, degli investimenti e di ogni altra attività della Gestione Separata. La giacenza media nel periodo di osservazione degli investimenti e delle altre attività è determinata in base al valore di iscrizione nel libro mastro della Gestione Separata

3b. Nel corso del periodo di osservazione, vengono inoltre determinati i rendimenti annui della Gestione Separata riferiti a ciascuno degli 11 periodi di dodici mesi che si chiudono nel suddetto periodo di osservazione.

3c. Il rendimento annuo realizzato in ciascun di tali periodi si determina con le medesime modalità indicate alla precedente lettera 3.b), rapportando il risultato finanziario della Gestione Separata di competenza del periodo considerato, alla giacenza media delle attività della Gestione Separata nello stesso periodo.

4. Oneri a carico della Gestione Separata.

Gli unici oneri che gravano sulla Gestione Separata sono rappresentati dalle spese relative

all'attività di verifica contabile effettuata dalla Società di revisione e quelle effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività della Gestione separata stessa. Non sono consentite altre forme di prelievo, in qualsiasi modo effettuate.

5. Condizioni di Assicurazione.

Il presente Regolamento è parte integrante delle Condizioni di Assicurazione.

6. Modifiche al regolamento della Gestione Separata.

Al presente Regolamento possono essere apportate le modifiche che si rendessero necessarie per il suo adeguamento alla normativa primaria e secondaria vigente. Il presente Regolamento potrà essere inoltre modificato nel caso di mutamento dei criteri gestionali, a condizione che il mutamento stesso non sia sfavorevole per i Contraenti.

L'Impresa Vita si riserva la facoltà di coinvolgere la Gestione Separata in operazioni di incorporazione o fusione con altre Gestioni Separate dell'Impresa stessa, aventi caratteristiche analoghe ed omogenee politiche di investimento, qualora le suddette operazioni risultino opportune nell'interesse dei Contraenti. Almeno 60 giorni prima della data stabilita per l'operazione di incorporazione o di fusione, la Compagnia ne dà preavviso ai Contraenti fornendo i dettagli dell'operazione stessa.

B. 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

CF WellFare 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, **qualora l'ingresso in CF WellFare avvenga prima che l'Assicurato abbia compiuto 30 anni, la presente garanzia entra in vigore alla ricorrenza annua successiva al raggiungimento dei 30 anni di età assicurativa da parte del medesimo.**

La conclusione di CF WellFare 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 primo premio annuo – o la prima rata di premio in caso di frazionamento del premio.

La presente garanzia ha una durata monoannuale e, in virtù del collegamento negoziale con le altre garanzie del Prodotto, si rinnova tacitamente, ferma restando la facoltà del Contraente di inviare la comunicazione di disdetta ad ogni ricorrenza annuale con preavviso di 30 giorni a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno ovvero mezzo posta elettronica certificata (PEC).

Art. 3 - Requisiti generali di assicurabilità

L'età assicurativa dell'Assicurato alla data di decorrenza della presente garanzia non deve essere inferiore ai 30 anni e superiore ai 60.

L'età dell'Assicurato alla scadenza di CF WellFare non deve essere superiore ai 70 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 CF WellFare 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 CF WellFare 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 CF WellFare.

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 in seguito indicata, in relazione all'età dell'Assicurando stesso e al capitale da assicurare:**

Garanzia	Fascia di età dell'Assicurato									
	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69
Capitale in Euro			50.000	50.000	50.000	50.000	30.000	20.000	10.000	5.000

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 CF WellFare 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 di CF WellFare;
- 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 di CF WellFare 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 CF WellFare, previa sottoscrizione di apposito Questionario sullo Stato di Salute.

Art. 8 - Carenza

La presente copertura prevede un periodo di carenza di 180 giorni dalla data di decorrenza di CF WellFare.

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 di CF WellFare:

- 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.

La quota parte del premio minimo annuo versato destinato alla copertura in questione è indicata nella tabella seguente:

Età (M/F)	20-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69
Premio minimo annuo copertura caso morte		62,5	80	115	180	177,5	195	155	127,5

Importi in Euro

Per gli aspetti dettaglio relativi al premio periodico annuale e alle modalità di pagamento si rinvia all'Art. 5, "Premio", Parte I delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 10 - Interruzione del pagamento del premio

Qualora il Contraente non corrisponda, dopo la seconda annualità, una rata annua di premio ovvero tre mensilità consecutive di premio **troverà applicazione l'Art. 6 "Interruzione del pagamento dei premi e prosecuzione delle garanzie", Parte I delle Condizioni di**

Assicurazione, al quale si fa rinvio per gli aspetti di dettaglio.

Il Contraente ha la facoltà di riavviare il pagamento dei premi in qualsiasi momento, **secondo quanto previsto all'Art. 7 "Ripresa del pagamento del premio", Parte I delle Condizioni di Assicurazione.**

Art. 11 - 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. 12 - 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. 13 - Riscatto, riduzione, prestito

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

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 CF WellFare.

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

PIANO ASSICURATIVO e TABELLA MASSIMALI ASSICURABILI

Tabella 1

Garanzia	Fascia di età dell'Assicurato									
	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69
Capitale Base										
Capitale Massimo										
Invalidità Permanente Infortuni	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	50.000	50.000	50.000	50.000
	40.000	40.000	40.000	40.000	40.000	40.000	100.000	100.000	100.000	100.000
Check-Up	escluso	escluso	Previsto ogni due anni a partire dalla seconda annualità							
Rimb. Spese Mediche Infortuni	5.000	5.000	5.000	5.000	Escluso	escluso	escluso	escluso	escluso	escluso
	5.000	5.000	5.000	5.000	Escluso	escluso	escluso	escluso	escluso	escluso
Diaria Ricovero infortuni	escluso	escluso	50	50	50	50	50	50	50	50
	escluso	escluso	100	100	100	100	100	100	100	100
Diaria Immobil. infortuni	50	50	50	50	Escluso	escluso	escluso	escluso	escluso	escluso
	100	100	100	100	Escluso	escluso	escluso	escluso	escluso	escluso
Invalidità Perm. Malattia	escluso	escluso	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	escluso	escluso
	escluso	escluso	40.000	40.000	40.000	40.000	40.000	40.000	escluso	escluso
Grandi Interventi Chirurgici	escluso	escluso	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000
	escluso	escluso	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000
Critical Illness	escluso	escluso	escluso	escluso	10.000	10.000	10.000	10.000	escluso	escluso
	escluso	escluso	escluso	escluso	20.000	20.000	20.000	20.000	escluso	escluso
Cure Dentarie	500	500	500	500	500	500	500	500	500	escluso
	500	500	500	500	500	500	500	500	500	escluso
	Previste ogni due anni a partire dalla prima annualità									
LTC – Non Auto Sufficienza	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.500	1.500
	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
Perdita Impiego Rid.Reddito +60%	600	600	1.200	1.200	1.800	2.400	3.000	3.600	3.600	escluso
	600	600	1.200	1.200	1.800	2.400	3.000	3.600	3.600	escluso

Il Contraente potrà aderire al Piano Assicurativo corrispondendo il Premio minimo annuo (Premio Base) a cui corrispondono i Massimali Base delle garanzie Vita e Danni, ovvero aumentare questi

ultimi versando un premio superiore a quello Base, secondo quote incrementali del 20%, sino al livello massimo del triplo del premio Base (cui corrisponderà il Massimale massimo indicato nella tabella riportata in Parte III Art. 1 “Il piano e le garanzie offerte”). L’opzione di versamento delle quote incrementali potrà essere esercitata anche in corso di rapporto comunicandolo alle Imprese con un preavviso di tre mesi rispetto a ciascuna scadenza annuale. In questa ipotesi il Contraente, entro il terzo mese precedente alla ricorrenza annuale successiva a quella in cui è stata esercitata la suddetta facoltà, avrà comunque la possibilità di variare (in aumento o in diminuzione) la misura del premio purché entro il livello minimo fissato (Premio Base), ovvero in misura maggiore secondo quote incrementali del 20%.

I premi eventualmente versati in surplus per garanzia rispetto ai suddetti premi e Massimali Massimi assicurabili, andranno ad implementare la quota di premio destinata al piano d’accumulo.

Il premio può essere corrisposto anche in rate sub-annuali mensili senza costi aggiuntivi di frazionamento.

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 siano stati pagati il primo premio unico o la prima rata di premio; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.**

Qualora il Contraente interrompa il pagamento dei premi, le garanzie di cui alla presente parte restano in vigore fintantoché la prestazione maturata dalla garanzia di Capitale Differito maturato alla data di interruzione sia sufficiente a finanziare le coperture, secondo quanto previsto all’Art. 6 “**Interruzione del pagamento dei premi e prosecuzione delle garanzie**”, Parte I delle Condizioni di Assicurazione. **In questo caso le garanzie alimentate dai riscatti automatici continuano a produrre effetti fino ad estinzione del capitale investito nella Gestione Separata.**

1.2 - Durata delle garanzie e proroga

Le garanzie danni hanno una durata annuale e alla scadenza si rinnovano tacitamente di anno in anno, ove il Contraente o l’Impresa Danni non abbiano manifestato la propria volontà di disdetta. Le Parti potranno comunicare la propria disdetta con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

Nel caso la disdetta sia comunicata da CF Assicurazioni S.p.A., CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. restituirà al Contraente, rispetto alla garanzia Capitale Differito, il valore corrispondente al “Riscatto Totale”.

Le garanzie hanno in ogni caso termine nei casi previsti dall’Art. 4, “Durata di CF WellFare e requisiti generali di assicurabilità”, Parte I delle Condizioni di Assicurazione.

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 20 e i 60 anni alla data di decorrenza di CF WellFare, **salvo quanto previsto dalle specifiche Sezioni per la decorrenza delle singole garanzie.**

L’Impresa Danni consente la permanenza in copertura dell’Assicurato fino all’età dei 70 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 o Scoperto	Massimo Indennizzo
Invalità Permanente Infortuni	Nessuna	Tabella progressiva 3% (sino a tre punti percentuali di invalidità); 2% (da 4 e sino a 9 punti percentuali di invalidità)	Oltre 90% = 130% somma assicurata
Check-Up	Caranza primo anno	Nessuna	Eseguibile una volta ogni due anni
Rimborso Spese di Cura	Nessuna	Scoperto 20% con minimo di 100 Euro per sinistro oppure 10% con minimo di 50 Euro per sinistro con riferimento alle quote di partecipazione al S.S.N. (ticket)	La somma assicurata
Diaria Ricovero infortuni	Nessuna	1° e ultimo gg liquidato per 1 solo giorno	Max Indennizzo 90 gg per evento e 180 gg per anno (al 50% in caso di Day Hospital)
Diaria Immobilizzo Infortuni	Nessuna	1° e ultimo gg liquidato per 1 solo giorno	Max Indennizzo 90 gg per evento e per anno
Invalità Permanente Malattia	Carenza 90 gg	Scoperto sino a 24% - oltre tabella Progressiva	>80% = 130% somma assicurata
Grandi Interventi Chirurgici	Carenza 90 gg se intervento determinato da malattia	1° e ultimo gg. Liquidato per 1 solo giorno (in caso di applicazione di indennità sostitutiva per intervento effettuato presso struttura pubblica)	Rimborso 100% spese sostenute in Centri Convenzionati - 100 Euro di Diaria al giorno (max. 80 giorni per sinistro) se Intervento effettuato in Struttura Pubblica oltre a rimborso del ticket
Critical Illness	Carenza 90 gg se da malattia	Nessuna	La somma assicurata
Cure Dentarie	Carenza 90 gg (applicabile per visite, cure erogate a seguito di malattia e prestazioni di igiene dentale)	Nessuna	Indennizzo sino a 500 Euro per solo spese sostenute in Centri Convenzionati- garanzia prestata ogni due anni a partire dalla prima annualità
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 3 anni (se da malattie mentali)	Differimento della prestazione a 90 giorni dalla data di riconoscimento della non autosufficienza	La somma assicurata mensile corrisposta ogni 3 mesi e per massimo 5 anni
Perdita Impiego - Riduz. Reddito +60%	PII - Carenza 90 gg - RIR – Nove Mesi	Nessuna	La somma assicurata

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 Validità territoriale

Le garanzie valgono in tutto il mondo.

SEZIONE B - NORME CHE REGOLANO LE GARANZIE INFORTUNI

Art. 2 – Oggetto della copertura

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento sia dell'attività professionale, che di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità.

Sono compresi in garanzia anche:

- 1) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato nonché quelli derivanti da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e volontaria, in deroga agli Artt.1900 e 1912 del Codice Civile;
- 2) gli infortuni derivanti da aggressioni, atti di terrorismo, atti di vandalismo, attentati o atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- 3) gli infortuni derivanti da atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- 4) gli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza, non provocati da abuso di alcolici, di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o sostanze allucinogene;
- 5) l'asfissia di origine non morbosa;
- 6) l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- 7) l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo;
- 8) le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria.

2.1 – Esclusioni

Sono esclusi dalla presente garanzia:

- a) le conseguenze derivate per dolo del Contraente o dell'Assicurato;
- b) il tentato suicidio e l'autolesionismo dell'Assicurato;
- c) la negligenza, l'imprudenza e l'imperizia nel seguire consigli medici;
- d) gli infortuni, le invalidità permanenti, le malformazioni, gli stati patologici, le lesioni, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, preesistenti alla stipula della Polizza, verificatisi prima della data di decorrenza dell'assicurazione e già noti in tale data all'Assicurato;
- e) le spese per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o le malformazioni congenite preesistenti alla decorrenza della garanzia;
- f) gli infortuni subiti durante lo svolgimento di sport aerei in genere, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da riporto o sportivo" (deltaplani, ultraleggeri, paracadute, parapendio e simili);
- g) gli infortuni derivanti da partecipazione a corse/gare e/o motoristiche e/o automobilistiche e/o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);
- h) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad abuso di alcolici e di psicofarmaci, allucinogeni o simili, all'uso non terapeutico di stupefacenti;
- i) gli infortuni derivanti / correlati, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
- j) i delitti, le azioni, gli atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, restando compresi le conseguenze della colpa grave dell'Assicurato e gli infortuni subiti dal medesimo per legittima difesa;
- k) le conseguenze dirette o indirette di trasformazione, trasmutazione, dirette o indirette, o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare), isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.;
- l) salvo quanto previsto all'Art. 2.8 "Rischio guerra", tutti i danni e le spese conseguenti, risultanti, collegati, anche indirettamente a guerra, invasione,

ribellione, guerra civile, ostilità ed operazioni belliche (guerra dichiarata e non), potere militare, usurpazione di potere, insurrezione, occupazione militare, arruolamento volontario, richiamo per la mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale, rivoluzione, tumulti popolari, atti violenti od aggressioni cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;

- m) le conseguenze di movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche salvo quanto previsto all'Art. 2.9 "Calamità naturali";
- n) le conseguenze dirette o indirette di infortuni riconducibili a soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, le altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici o sindromi da immunodeficienza acquisita (HIV - AIDS) e malattie gravi ad esse correlate;
- o) le spese non direttamente inerenti le Spese Sanitarie, quali ad esempio telefono, televisore, bar, ristorante;
- p) gli infortuni avvenuti durante la guida di veicoli, causati da crisi epilettiche dell'Assicurato;
- q) gli infortuni derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo, autoveicoli, motoveicoli o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato in conformità alle norme di leggi vigenti, fatto salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- r) gli infortuni subiti nel corso dell'esercizio delle seguenti discipline sportive, anche se svolte a carattere ricreativo: arrampicata, alpinismo, scalata di rocce o di ghiaccio in solitaria, scalate oltre il 3° grado (scala U.I.A.A. – Unione Italiana Associazioni Alpine), ippica, pugilato, arti marziali, lotta nelle loro varie forme, football americano, vela agonistica, uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate, rafting (salvo il caso in cui venga praticato insieme ad un istruttore), sport estremi (come ad esempio: canyoning, bunging jumping, spedizioni esplorative in genere, regate oceaniche, hydrospeed), freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci d'acqua, sci acrobatico, sci estremo, sci alpinismo, intendendosi come tale anche lo sci fuoripista e lo snowboard fuori pista (sono compresi in copertura se effettuati ai margini delle piste battute), bobsleigh (guidoslitta), bob, skeleton (slittino), rugby, hockey (a rotelle e su ghiaccio), speleologia;
- s) gli infortuni e le patologie conseguenti a immersioni subacquee con uso di autorespiratore svolte a carattere di professionalità o senza che l'Assicurato sia in possesso del brevetto di attività subacquea rilasciato da associazione legalmente autorizzata oppure durante lo svolgimento di corsi di abilitazione senza presenza di istruttore;
- t) gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo e le rotture sottocutanee dei tendini (salvo quanto previsto alla garanzia agli Artt. 2.7 "Rischio volo", 2.8 "Rischio Guerra", 2.9 "Calamità naturali").

2.2 - Capitali – Massimali – Somme assicurate

I capitali inizialmente assicurati, il massimale e le somme assicurate relativi alle garanzie e alle prestazioni, sono indicati nel Modulo di Proposta e nel Certificato di Polizza.

I capitali, i massimali e le somme assicurate sono prestate per persona e per anno assicurativo e rappresentano il limite massimo di rimborso per uno o più sinistri verificatesi nello stesso anno assicurativo.

GARANZIE PRESTATE

2.3.1 Prestazioni invalidità permanente da infortunio

La presente garanzia è prevista operante dalla fascia di età assicurativa di 20-24 anni sino alla fascia di età 65-70 anni.

In caso di invalidità permanente a seguito di infortunio, se questa si verifica entro 1 anno dal giorno

dell'infortunio, anche successivamente alla data di scadenza di CF WellFare, l'Impresa Danni corrisponde l'indennizzo:

- a) se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente definitiva totale, l'Impresa Danni corrisponde l'intera somma assicurata più la maggiorazione contrattualmente prevista;
- b) se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente, che deve essere accertata con riferimento ai valori della tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (e successive modifiche della tabella stessa intervenute sino al 30 giugno 2000) -TABELLA INAIL;
- c) se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale non determinabile sulla base dei valori previsti alla lettera b), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
 - se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale di un arto o di un organo, le percentuali previste alla lettera b) vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
 - nel caso di menomazioni di uno o più distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, l'Impresa Danni procederà alla valutazione attraverso somma matematica delle percentuali di invalidità fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dello stesso arto.

Nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati alla lettera b) e ai criteri sopra riportati, il grado di invalidità permanente viene determinato attraverso i valori e i criteri sopra indicati e tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità permanente stabilite per l'arto destro si riferiscono all'arto sinistro, e viceversa.

Le prestazioni per Invalidità Permanente per Infortunio, determinate come indicato nei punti precedenti, verranno liquidate secondo le seguenti modalità:

Grado di invalidità permanente accertato	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
1	0
2	0
3	0
4	2
5	3
6	4
7	5
8	6
9	7
10-66	10-66 - la stessa accertata
67-80	100
81-90	110
91-100	130

In qualsiasi caso, relativamente ai postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazioni dei movimenti del capo e del collo, l'indennizzo verrà liquidato facendo riferimento ad un valore massimo fissato nel 2% senza applicare la riduzione dalla tabella di Polizza.

2.3.2 Indennizzo

L'indennità dovuta nel caso di invalidità permanente da infortunio accertata sarà liquidata secondo quanto specificato nella precedente tabella secondo il grado di invalidità permanente accertato.

2.3.3 Criteri specifici di indennizzabilità – Massimo indennizzo per lesioni plurime

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati alla lettera b) e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

2.3.4 Decesso indipendente dall'infortunio

Se l'Assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite prima che l'indennizzo per invalidità permanente, già concordato o determinato, sia stato pagato, l'Impresa Danni corrisponderà l'importo determinato sulla base delle risultanze mediche acquisite prima dell'avvenuto dell'Assicurato, agli eredi.

AVVERTENZA: Si richiama l'attenzione del Contraente al successivo Art. 6 relativamente al Cumulo di Indennizzi

2.3.5 Estensioni di garanzia

La garanzia prevede le seguenti estensioni

a) **Rottura sottocutanea dei tendini**

La garanzia si intende estesa alle rotture sottocutanee dei tendini di seguito indicati:

- tendine di Achille;
- tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale);
- tendine dell'estensore del pollice;
- tendine del quadricipite femorale;
- cuffia dei rotatori.

L'indennizzo nei casi suindicati sarà pari al 5% del capitale assicurato.

La garanzia verrà prestata senza applicazione della riduzione prevista dalla tabella di Polizza.

b) **Estensione H.I.V.**

In caso di contagio da virus H.I.V. provocato da trasfusione di sangue o di emoderivati resa necessaria da infortunio indennizzabile a termini di Polizza e comprovata da referto originale della prestazione di pronto soccorso o della cartella clinica del ricovero, l'Impresa Danni corrisponde un indennizzo pari a **€ 5.000,00**.

L'indennizzo non verrà riconosciuto per le persone affette da emofilia e tossicodipendenza nonché quelle già sieropositive al momento del sinistro.

2.4 - Prestazione rimborso spese di cura

La presente garanzia è prevista operante dalla fascia di età 20-24 sino alla fascia di età 35-39 anni

l'Impresa Danni rimborsa le spese sanitarie effettivamente sostenute dall'Assicurato in conseguenza diretta dell'infortunio, **per un periodo massimo di 180 giorni successivi all'infortunio**, per:

- a) Visite mediche, analisi ed esami strumentali e di laboratorio;
- b) Rette di degenza;
- c) Onorari del chirurgo, dell'aiuto dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento.

L'Impresa Danni rimborsa altresì le spese sostenute per:

- a) Trattamenti fisioterapici e rieducativi prestati da professionisti in possesso di regolare abilitazione **fino ad un massimo di € 1.000,00 per sinistro**;

- b) Cure e medicinali sostenute durante il ricovero;
- c) Acquisto o noleggio, previa prescrizione medica, di stampelle, tutori ed altri apparecchi ortopedici, **fino ad un massimo di € 500,00, effettuati nei 90 giorni successivi al sinistro;**
- d) Trasporto dell'Assicurato stesso, con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato all'Istituto di cura, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro e da qui al suo domicilio, **con il limite di € 1.000,00 per sinistro, effettuato nei 90 giorni successivi al sinistro.**

Il rimborso di quanto previsto dal presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza dell'80% delle spese effettivamente sostenute, restando il rimanente 20% a carico dell'Assicurato con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per sinistro. Per le quote di partecipazione al S.S.N. (ticket) verrà applicato lo scoperto del 10% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per sinistro.

I suindicati scoperti non si applicano in caso di sinistro che abbia comportato un ricovero o un intervento chirurgico oppure in presenza di certificato di pronto soccorso.

2.5 – Prestazione diaria da ricovero per infortunio

La presente garanzia è prevista operante dalla fascia di età 30-34 sino alla fascia di età 65-70 anni.

In caso di ricovero in una struttura sanitaria pubblica o privata a seguito di infortunio indennizzabile a termini di Polizza l'Impresa Danni corrisponde la diaria da ricovero indicata in Polizza per ciascun giorno di ricovero, **con il limite massimo di 90 (novanta) giorni per sinistro e di 180 (centottanta) giorni per anno assicurativo.**

Il giorno di ingresso e di dimissione vengono conteggiati come un unico giorno.

La diaria verrà riconosciuta anche nel caso di Day Surgery.

Nel caso di Day Hospital la diaria verrà riconosciuta al 50%.

2.6 – Prestazione diaria da gesso o da immobilizzo per infortunio

La presente garanzia è prevista operante dalla fascia di età assicurativa di 20-24 anni sino alla fascia di età 35-39 anni.

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di Polizza si renda necessaria l'ingessatura o l'immobilizzazione di una o più articolazioni, a titolo curativo per lesioni traumatiche, ottenuto con bende gessate o qualsiasi altra metodica di immobilizzo, l'Impresa Danni corrisponde all'Assicurato una diaria indicata nel Certificato di Polizza, fino alla rimozione del presidio e, comunque, **per un periodo massimo di 90 giorni per sinistro e per anno assicurativo.**

Nei seguenti casi di frattura ossea, purché radiologicamente accertate e indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, all'Assicurato resta inteso che verrà corrisposto un indennizzo forfettario pari a:

- **60 giorni per la frattura del bacino;**
- **60 giorni per la frattura del femore;**
- **60 giorni per la frattura della colonna vertebrale;**
- **20 giorni per la frattura completa della costola;**
- **5 giorni per la frattura nasale;**
- **50 giorni per applicazione di mezzi di osteosintesi interni o esterni (ad esempio fissatore esterno assiale, placche, viti).**

Se l'infortunio comporta sia il ricovero che l'applicazione di un presidio di immobilizzo, la diaria verrà corrisposta a partire dal giorno di dimissione.

Il giorno di ingresso e di dimissione vengono conteggiati come un unico giorno.

Non sono comunque considerati mezzi di immobilizzazione validi ai fini dell'efficacia della garanzia i collari a strappo (per esempio collare di Schanz).

CONDIZIONI AGGIUNTIVE PER LE GARANZIE INFORTUNI (sempre operanti)

2.7 – Rischio Volo

La garanzia si intende estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasporto pubblico o privato, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, **esclusi i viaggi effettuati:**

- su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- su aeromobili in esercizio ad aereoclubs;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa nel momento in cui scende.

L'Assicurato, in base a quanto sia o venga a conoscenza, è tenuto a dichiarare nella Proposta contrattuale che la somma dei capitali fra la presente e altre assicurazioni contro gli infortuni, che includono la copertura del rischio volo stipulate dallo stesso o da altri sulla sua persona non supera i limiti di € 1.000.000 per il caso di invalidità permanente totale.

2.8 - Rischio Guerra

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 2.1, lett. L "Esclusioni", la garanzia è estesa agli infortuni in connessione ad atti di guerra, guerra civile, di insurrezione, di occupazione militare, per il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, **se e in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno Stato estero.**

2.9 - Calamità naturali

La garanzia vale anche per gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche sempre che l'Assicurato sia rimasto vittima degli eventi al di fuori del comune ove è fissata la sua residenza. **Resta convenuto, per questi ultimi eventi, che in caso di sinistro che colpisca più assicurati dall'Impresa Danni, l'esborso massimo pagabile dalla stessa non potrà superare € 2.000.000. Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno diminuite con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli indennizzi, in modo da non superare, sommate, il limite predetto.**

SEZIONE C - NORME CHE REGOLANO LE GARANZIE MALATTIA

Art. 3 – Oggetto della copertura

L'Impresa Danni si impegna a fornire una prestazione di rimborso spese o una diaria o un indennizzo nei casi di ricovero, di intervento reso necessario a seguito di invalidità permanente conseguente a malattia, **fino alla concorrenza del massimale indicato nel Certificato di Polizza per anno assicurativo e per persona.**

3.1 – Esclusioni

Sono esclusi dalla presente garanzia:

- a) le conseguenze per dolo del Contraente o dell'Assicurato;
- b) il tentato suicidio e l'autolesionismo dell'Assicurato;
- c) la negligenza, l'imprudenza e l'imperizia nel seguire consigli medici;
- d) le malattie, le invalidità permanenti, le malformazioni, gli stati patologici, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, preesistenti alla stipula della Polizza, verificatisi prima della data di decorrenza dell'assicurazione e già noti in tale data all'Assicurato;

- e) le spese per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o le malformazioni congenite preesistenti alla decorrenza della garanzia;
- f) limitatamente alle Cure Dentarie, tutte le prestazioni ed i trattamenti iniziati prima della stipula della Polizza; le cure ed i trattamenti effettuati successivamente alla data di scadenza, anche se l'infortunio o la malattia si sono verificati durante la validità della Polizza;
- g) le malattie intenzionalmente procurate, le intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad abuso di alcolici e di psicofarmaci, allucinogeni o simili, all'uso non terapeutico di stupefacenti;
- h) le malattie derivanti / correlate, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
- i) tutti i trattamenti e le prestazioni odontoiatriche non compresi nella garanzia "Cure Dentarie";
- j) le malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni e/o integrazioni;
- k) le conseguenze dirette o indirette di trasformazione, trasmutazione, dirette o indirette, o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare), isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.;
- l) le conseguenze dirette o indirette di malattie riconducibili a soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, le altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici o sindromi da immunodeficienza acquisita (HIV - AIDS) e malattie gravi ad esse correlate;
- m) spese non direttamente inerenti la cura o l'intervento, quali ad esempio spese per telefono, televisore, bar, ristorante;
- n) le patologie conseguenti a immersioni subacquee con uso di autorespiratore svolte a carattere di professionalità o senza che l'Assicurato sia in possesso del brevetto di attività subacquea rilasciato da associazione legalmente autorizzata oppure durante lo svolgimento di corsi di abilitazione senza presenza di istruttore;
- o) le prestazioni odontoiatriche non effettuate da medici regolarmente iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri;
- p) le estrazioni di denti decidui (da latte);
- q) le spese inerenti eventuali correzioni di miopie.

GARANZIE PRESTATE

Art. 3.2 – Prestazioni Invalidità Permanente

La presente garanzia è prevista operante dalla fascia di età assicurativa di 30-34 anni sino alla fascia di età 55-59 anni.

L'Impresa Danni corrisponde un indennizzo in caso di malattia dell'Assicurato che ha per conseguenza una invalidità permanente, purché la malattia sia insorta dopo la data di effetto e prima della cessazione di CF WellFare e si sia manifestata entro un anno dalla cessazione stessa.

Alla garanzia si applica un periodo di carenza di 90 giorni a partire dalla data di sua decorrenza.

3.2.1 Tabella da Invalidità Permanente da Malattia

La valutazione dell'invalidità permanente è effettuata secondo le tabelle stabilite per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali contenute nel T.U. di cui al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (e successive modifiche e/o integrazioni della tabella stessa intervenute fino al 30 giugno 2000).

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella predetta tabella, l'indennizzo viene stabilito tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è sempre

diminuita la capacità lavorativa generica dell'Assicurato.

3.2.2 Criteri di corresponsione dell'Indennità

L'indennizzo spettante per invalidità permanente si determina in base al capitale garantito secondo il criterio per il quale **nessun indennizzo spetta quanto l'invalidità permanente sia di grado inferiore al 25%**.

3.2.3 Tabella Liquidazione Invalidità Permanente da Malattia

In casi di Invalidità Permanente di grado non inferiore al 25%, l'Impresa Danni liquida un indennizzo calcolato sulla somma assicurata in base alle seguenti percentuali:

Grado di invalidità permanente accertato	Percentuale di indennizzo sulla somma assicurata	Grado di invalidità permanente accertato	Percentuale di indennizzo sulla somma assicurata
sino a 24	0	48	57,5
25	5	49	60
26	8	50	62,5
27	11	51	65
28	14	52	67,5
29	17	53	70
30	20	54	72,5
31	23	55	75
32	26	56	77,5
33	29	57	80
34	32	58	82,5
35/41	35/41	59	85
42	42,5	60	87,5
43	45	61	90
44	47,5	62	92,5
45	50	63	95
46	52,5	64	97,5
47	55	65 / 80	100
48	57,5	81/100	130

3.2.4 Criteri di indennizzabilità

L'Impresa Danni corrisponde l'Indennità per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili causate dalla singola malattia denunciata.

Il grado di invalidità permanente è valutato non prima che sia decorso il termine di 12 mesi dalla denuncia elevato a 18 mesi per patologie di natura neoplastica, ed entro un termine massimo di 24 mesi, anche nel caso in cui non siano stabilizzati gli esiti della malattia.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie e/o invalidità preesistenti alla stipula della Polizza, sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti e/o concorrenti.

Nel corso dell'assicurazione, le malattie già indennizzate dall'Impresa Danni non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie. Nel caso quindi di una successiva diversa malattia che colpisca un soggetto già menomato, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione.

Nel corso dell'assicurazione le invalidità permanenti valutate e non indennizzate dall'Impresa Danni, poiché rientranti in franchigia, saranno oggetto di ulteriore valutazione in caso di loro aggravamento.

Le conseguenze derivanti da malattie già indennizzate, non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro ulteriore aggravamento che in caso di loro concorrenza con nuove malattie. La richiesta di ulteriore valutazione, a seguito aggravamento della malattia, potrà essere presentata non prima che siano trascorsi 6 mesi e non oltre 12 mesi dalla data di accertamento della precedente invalidità e non sarà ripetibile. Il grado di invalidità permanente verrà rivalutato entro un termine massimo di 12 mesi dalla denuncia attestante l'aggravamento.

Qualora un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente la prognosi della malattia oggetto di denuncia e l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno è effettuata sulla base del grado di invalidità permanente che residuerebbe se l'Assicurato stesso si sottoponesse a detto trattamento, senza tener conto del maggior pregiudizio derivante dalle condizioni di salute in atto.

3.2.5 Massimo Indennizzo

Il grado di invalidità permanente indennizzato non potrà in ogni caso essere superiore al 130%.

Il capitale assicurato rappresenta l'importo massimo indennizzabile per l'intera durata di CF WellFare.

3.2.6 Diritto all'indennizzo – Non trasmissibilità agli Eredi

Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e non è quindi trasmissibile agli eredi.

Tuttavia se l'Assicurato muore dopo che sia stato accertato l'indennizzo o sia stato offerto in misura determinata, l'importo sarà pagato agli eredi, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 3.3 – Prestazione Grandi Interventi Chirurgici

La presente garanzia è prevista operante dalla fascia di età assicurativa di 30-34 anni sino alla fascia di età 65-70 anni

Per la gestione dei sinistri della garanzia, l'Impresa Danni offre prestazioni di Assistenza diretta avvalendosi di Blue Assistance e della sua Centrale Operativa, secondo le modalità disciplinate alla successiva Sezione E.

Nel caso l'Assicurato subisca uno degli interventi chirurgici di seguito elencati all'Art. 3.3.1, l'Impresa Danni rimborsa le spese sanitarie sostenute per:

- rette di degenza;
- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto che partecipi all'intervento;
- apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicate nel corso dell'intervento;
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, oltre a medicinali ed esami relativi al periodo in cui il paziente è ricoverato;
- accertamenti di tipo diagnostico (compresi gli onorari dei medici), analisi di laboratorio, anche se effettuati fuori dall'Istituto di cura, **effettuati nei 90 giorni precedenti la data di inizio del ricovero;**
- esami, prestazioni medico chirurgiche, infermieristiche, nonché trattamenti fisioterapici e rieducativi e le cure termali (**escluse le spese di natura alberghiera**) **effettuati per un periodo di 90 giorni, successivi alla data di dimissione dall'Istituto di Cura. Le garanzie sono prestate con il limite massimo di € 5.000,00 per anno;**
- l'acquisto o il noleggio di apparecchi protesici, apparecchiature fisioterapiche **purché prescritte da medico specialista. La garanzia è prestata con il limite di € 1.000,00 per un periodo massimo di 90 giorni successivi al ricovero.**

l'Impresa Danni rimborsa altresì le spese sanitarie in caso di:

- trapianto di organi, **con il limite di € 10.000,00 per anno:**
 - se l'Assicurato è ricevente: le spese di prelievo e trasporto di organi o parti di essi, ovvero le spese di ricovero del donatore vivente;
 - se l'Assicurato è donatore: le sue spese di ricovero e di viaggio (in treno o aereo di linea) di andata e ritorno.
- ricovero dell'Assicurato, le spese sostenute per rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore al di fuori dell'istituto di cura, **con il limite di € 50,00 al giorno e per un periodo non superiore a 30 giorni per ciascun ricovero;**
- trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'Istituto di cura, dall'Istituto di Cura ad un altro Istituto di Cura e dall'Istituto di Cura al proprio domicilio. In caso di ricovero all'Estero sono ricomprese anche le spese relative all'aereo di linea o al treno.
La garanzia è prestata con il limite di € 2.000,00 per persona e per anno.

3.3.1 Elenco Grandi Interventi Chirurgici

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Decompressione della a. vertebrale nel forame trasversario
- Endarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica

CHIRURGIA DEL COLLO

- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Colectomie totale, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via laparotomica
- (con o senza colostomia)
- Drenaggio di ascesso epatico
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica - Interventi per echinococcosi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Interventi per mega-esofago
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per ricostruzione delle vie biliari
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Resezione epatiche

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

- Mastectomia totale o parziale con svuotamento del cavo ascellare per neoplasia maligna

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Pneumectomia totale o parziale

GINECOLOGIA

- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia - Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica

NEUROCHIRURGIA

- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Asportazione tumori dell'orbita
- Interventi di cranioplastica
- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transtorale
- Interventi per ernia del disco dorsale e/o per mielopatie di altra natura per via posteriore, laterale o transtoracica
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Intervento sull' ipofisi per via transfenoidale
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi di enucleazione del globo oculare
- Interventi per neoplasie del globo oculare

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi per costola cervicale
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. di cordectomia)
- Interventi demolitivi della laringe (int. di laringectomia totale o parziale)
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Ricostruzione della catena ossiculare

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

UROLOGIA

- Cistoprostatovesicoclectomia

- Interventi di cistectomia totale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia

3.3.2 Termini di carenza

La garanzia è operante dalle ore 24:00 del 90° (novantesimo) giorno successivo a quello di data di sua decorrenza.

3.3.3 Pagamento dell'indennizzo - Limiti di indennizzo

L'Impresa Danni provvede al rimborso delle spese mediche sostenute per ricovero secondo quanto di seguito indicato.

Intervento presso Centri convenzionati con Blue-Assistance, facendo ricorso a medici convenzionati con quest'ultima.	Rimborso al 100%
Intervento presso Centri convenzionati con Blue-Assistance, non facendo ricorso a medici convenzionati con quest'ultima.	Rimborso al 100% del solo centro convenzionato e dei medici convenzionati. Nessun rimborso medici non convenzionati
Intervento presso Centri non convenzionati	Nessun rimborso
Ticket	Rimborso al 100%

3.3.4 Indennità Sostitutiva

Qualora il Grande Intervento Chirurgico avvenga integralmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale presso strutture pubbliche o istituti di cura accreditati dal Servizio Sanitario Nazionale, l'Impresa Danni corrisponderà un'indennità sostitutiva pari a € 100,00 per ogni giorno di ricovero, con il massimo di 80 giorni per sinistro.

Il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati una sola giornata.

Art. 3.4 – Critical Illness

La presente garanzia è prevista operante dalla fascia di età 40-44 sino alla fascia di età 55-59 anni

L'Impresa Danni eroga una somma se durante il periodo di efficacia della garanzia viene diagnostica all'Assicurato una delle seguenti malattie:

CANCRO

Diagnosi di tumore maligno caratterizzato da una crescita incontrollata e da una diffusione di cellule maligne con invasione dei tessuti sani.

La diagnosi di cancro deve essere confermata da referto istopatologico.

Il cancro comprende: la leucemia, i linfomi maligni, compresi i linfomi cutanei, la malattia di Hodgkin, le neoplasie maligne del midollo osseo ed i sarcomi.

Esclusioni

Sono esclusi dalla definizione:

- “Carcinoma in situ”, o tumore “in situ”, displasia e tutte le forme premaligne.
- Tumore della prostata, salvo che non sia progredita almeno alla categoria T2N0M0 della classificazione TNM.
- Qualsiasi tumore cutaneo primario diverso dal melanoma maligno che si sia diffuso

oltre l'epidermide (lo strato superficiale della pelle).

- **Carcinoma papillare della ghiandola tiroide confinato all'organo.**

INFARTO

Diagnosi definitiva di infarto miocardico acuto: necrosi (morte) di una parte del muscolo cardiaco dovuta ad ostruzione dell'afflusso di sangue.

La diagnosi deve essere confermata dall'innalzamento e/o caduta dei biomarker cardiaci (Troponina I, Troponina T o CK-MB) con almeno un livello al di sopra del 99° percentile del limite superiore di riferimento, più uno dei seguenti parametri:

- Segni e sintomi cardiaci acuti che indicano un attacco di cuore.
- Nuove alterazioni elettrocardiografiche seriali, in concomitanza con uno dei seguenti parametri: sopraslivellamento o sottoslivellamento del tratto ST, inversione dell'onda T, onde Q patologiche o blocco di branca sinistra.

Sono escluse altre sindromi coronariche acute, compresa l'angina pectoris instabile.

ICTUS

Necrosi del tessuto cerebrale dovuta ad un afflusso insufficiente di sangue o di emorragia che ha come conseguenza tutte le seguenti condizioni:

- Comparsa di nuovi sintomi neurologici compatibili con un ictus.
- Insorgenza di nuovi deficit neurologici obiettivabili all'esame clinico che persistono in modo continuativo per almeno 60 giorni dopo la diagnosi di ictus.
- Nuovi riscontri alla TAC o RMI, se eseguiti, compatibili con la diagnosi clinica.

Non sono compresi:

- **Attacco ischemico transitorio (TIA)**
- **Lesioni da trauma al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni**
- **Emorragia secondaria in una lesione cerebrale preesistente**

3.4.1 Termini di carenza

La garanzia è operante dalle ore 24:00 del 90° (novantesimo) giorno successivo a quello di decorrenza.

3.4.2 Indennizzo

Accertato l'evento in garanzia, secondo quanto previsto al successivo Art. 5, l'Impresa Danni provvederà a corrispondere il massimale assicurato - computato in coerenza con i parametri economici riportati nella tabella inserita all'interno dell'Art. 1, Parte III, sez. A. - e finalizzato ad indennizzare, in via forfettaria, l'equivalente monetario dei costi sanitari normalmente affrontati in ragione della diagnosi delle predette malattie.

Art. 3.5 - Check Up

La presente garanzia è prevista operante dalla fascia di età assicurativa di 30-34 anni sino alla fascia di età 65-70 anni.

Per la gestione della garanzia, l'Impresa Danni offre prestazioni di Assistenza diretta avvalendosi di Blue Assistance e della sua Centrale Operativa, secondo le modalità disciplinate alla successiva Sezione E.

L'Impresa Danni offre all'Assicurato la possibilità di effettuare un checkup presso i Centri convenzionati, anche in assenza di alterazioni morbose. La prestazione di check up serve a

diagnosticare precocemente la presenza di eventuali fattori di rischio, legati all'insorgere di una malattia.

L'Assicurato può usufruire della presente prestazione una volta ogni due anni, iniziando dal secondo anno di decorrenza della copertura, esclusivamente presso i Centri convenzionati.

Il checkup comprende di base i seguenti esami.

Età	Uomo		Donna	
	Esame	Diagnostico	Esame	Diagnostico
30 - 49	Emocromo completo con formula	anemia	Emocromo completo con formula	anemia
	AST (transaminasi aspartato transferasi)	malattie epatiche	AST (transaminasi aspartato transferase)	malattie epatiche
	ALT (transaminasi alanina transferasi)	malattie epatiche	ALT (transaminasi alanina transferasi)	malattie epatiche
	Gamma GT (gamma glutammil trans peptidasi)	malattie epatiche	Gamma GT (gamma glutammil trans peptidasi)	malattie epatiche
forma 1	Esame urino chimico - fisico completo	vie urinarie e vescica	Esame urino chimico - fisico completo	vie urinarie e vescica
	Trigliceridi	grasso nel sangue	Trigliceridi	grasso nel sangue
	Creatinina	malattie renali	Creatinina	malattie renali
	Azotemia	malattie renali	Azotemia	malattie renali
	Colesterolo totale	grassi nel sangue	Colesterolo totale	grassi nel sangue
	Colesterolo HDL	grassi nel sangue	Colesterolo HDL	grassi nel sangue
	Visita Cardiologica + ECG	Scompensi cardiaci	Visita ginecologica + Pap test	cancro al collo dell'utero

Esami ulteriori	Uomo		Donna	
50 - 70	Glicemia	diabete mellito	Glicemia	diabete mellito
	Emoglobina glicosilata	diabete mellito	Emoglobina glicosilata	diabete mellito
forma 2	PSA	Tumore prostatico	PSA	Tumore seno
	Ecocolordoppler TSA (tronchi sovra-aortici)	Ictus (Stroke)	Ecocolordoppler TSA (tronchi sovra-aortici)	Tiroide

La prestazione è usufruibile dalle ore 24:00 del 365° (trecentosessantacinquesimo) giorno successivo a quello di decorrenza.

Art. 3.6 – Cure Dentarie (Garanzia prestata ogni due anni a partire dalla prima annualità)

La presente garanzia è prevista operante dalla fascia di età assicurativa di 20-24 anni sino alla fascia di età 60-64 anni.

Per la gestione della garanzia, l'Impresa Danni offre prestazioni di Assistenza diretta avvalendosi di Blue Assistance e della sua Centrale Operativa, secondo le modalità disciplinate alla successiva Sezione E.

L'Impresa Danni si impegna, nei limiti ed alle condizioni indicate nelle tabelle sottostanti, a rimborsare le spese sanitarie odontoiatriche, effettivamente sostenute dall'Assicurato per le prestazioni di seguito riportate:

a. Cure Dentarie da Malattia o Infortunio

purché la malattia sia insorta e l'infortunio accaduto successivamente alla data di decorrenza della Polizza e che le cure odontoiatriche siano eseguite durante il periodo di validità della

copertura.

b. Prevenzione Dentaria

prestazioni finalizzate a sostenere e promuovere l'igiene orale prevenendo la formazione di carie dentaria e di malattie periodontali, purché vengano eseguite durante il periodo di validità della copertura.

Le prestazioni di Cure Dentarie e delle operazioni di prevenzione prestate sono di seguito elencate.

Tabella 1 - ELENCO DELLE PRESTAZIONI

Cure Dentarie	
Prestazione	Trattamento
A	Prima Visita
B	Ablazione semplice del tartaro
C	Applicazione topica del fluoro (fluoroprofilassi)
D	Otturazione in composito o amalgama (1-2 superfici)
E	Otturazione in composito o amalgama (3-5 superfici)
F	Radiografia endolare
G	Sigillatura (per ogni dente
H	Estrazione semplice di dente o radice
I	Estrazione di dente o radice in occlusione ossea parziale
L	Devitalizzazione molare

3.6.1 Termini di carenza

La garanzia è operante alle seguenti condizioni di carenza:

- per le Cure Dentarie a seguito di Infortunio non è previsto alcun periodo di carenza;
- per le Cure Dentarie a seguito di Malattia **viene applicato un periodo di carenza di 90 gg a partire dalla data di decorrenza della garanzia;**
- per la visita e l'igiene dentale **viene stabilito un periodo di carenza di 90 gg a partire dalla data di decorrenza.**

3.6.2 Massimale e limiti di indennizzo

Le prestazioni per cure dentarie **sono fornite nel limite massimo di € 500,00 per evento ed anno purché la prestazione venga erogata da un centro convenzionato Blue Assistance.** Eventuali ulteriori cure diverse da quelle elencate alla precedente tabella 1, anche se fatte dall'Assicurato nella struttura Convenzionata scelta, resteranno a carico dell'Assicurato stesso che potrà però usufruire di un costo convenzionato ridotto.

Inoltre, qualora per un elemento dentale sia stata pagata una prestazione per trattamenti conservativi e/o endodontici, non sono erogabili per lo stesso elemento dentale nuove prestazioni per trattamenti conservativi e/o endodontici se non sono trascorsi almeno 18 mesi dalla precedente prestazione misurati dalla data di effettuazione della prima cura.

Qualora il piano di trattamento preveda cicli di cura con prestazioni odontoiatriche da effettuarsi anche oltre il periodo assicurativo in corso, le stesse saranno coperte solo ed esclusivamente in caso di rinnovo della copertura assicurativa.

Modalità di liquidazione indennizzo.

Prestazioni effettuate presso Centro convenzionati Blue-Assistance	Rimborso al 100%
Prestazioni effettuate fuori dai Centri convenzionati Blue-Assistance	Nessun Rimborso

La garanzia è prestata ad anni alterni, ogni due anni a partire dalla prima annualità assicurativa.

SEZIONE D - NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA NON AUTOSUFFICIENZA - LONG TERM CARE

La presente garanzia è prevista operante dalla fascia di età assicurativa di 20-24 anni sino alla fascia di età 65-70 anni.

Art. 4. – Oggetto della copertura e delle garanzie offerte

La presente copertura, ferme le esclusioni e le carenze di cui ai successivi Artt. 4.1 e 4.2 garantisce all'Assicurato l'indennizzo mensile 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

4.1 - 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.**

4.2 - 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 3° anno di decorrenza della copertura.**

4.3 - 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 Rata mensile pattuita alla prima scadenza di pagamento successiva, corrispondendo anche le eventuali rate arretrate scadute prima del riconoscimento della non autosufficienza.

Il decesso dell'Assicurato durante il periodo di accertamento, qualora siano trascorsi i tre mesi di differimento (si rinvia al successivo Art. 4.4), viene equiparato al riconoscimento dello stato di non autosufficienza e dà diritto alle rate mensili scadute nel frattempo, 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 successivo Art. 7 "Collegio Medico Arbitrale".

4.4 - Condizioni di pagamento delle prestazioni.

L'erogazione della rata mensile avrà inizio a partire dal 91° giorno successivo alla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza (periodo di differimento).

L'Assicurato, in caso di non autosufficienza e fintanto che persiste tale stato, percepirà l'indennizzo mensile indicato nel Certificato di Polizza, con il massimo di 60 mensilità durante la non autosufficienza.

Qualora l'Assicurato recuperi la condizione di autosufficienza, l'erogazione dell'indennizzo mensile viene sospeso per essere riattivato, senza l'applicazione del periodo di differimento sopra menzionato, qualora ritorni non autosufficiente.

4.5 - Pagamento del premio durante l'erogazione della prestazione

Durante il periodo di non autosufficienza (e fintantoché perduri tale stato) la parte di premio riferita alla presente garanzia verrà versata ad integrazione dell'assicurazione a Capitale Differito.

4.6 - Pagamento degli indennizzi

Ciascuna Rata mensile verrà corrisposta **a titolo di rimborso spese forfettario con cadenza trimestrale posticipata (tre indennizzi di importo mensile per volta) per tutto il periodo in cui perdurerà lo stato di non autosufficienza con il massimo di 60 mensilità** mediante bonifico bancario su un conto corrente intestato al Beneficiario o ai soggetti di cui all'Art. 4.8.

In caso di variazione delle coordinate bancarie sulle quali viene effettuato il pagamento delle rate mensili, il Beneficiario dovrà comunicare le modifiche con raccomandata con avviso di ricevimento o via fax alla Direzione dell'Impresa Danni. Quest'ultima garantisce l'utilizzo di tali nuove coordinate per il pagamento delle rate aventi scadenza non anteriore ai 30 giorni successivi alla data di ricevimento di tale comunicazione.

In occasione di ogni ricorrenza anniversaria, l'Impresa Danni si riserva di richiedere all'Assicurato il certificato di esistenza in vita. L'Impresa Danni si riserva, oltre che il diritto agli accertamenti, la facoltà di verificare l'esistenza in vita dell'Assicurato anche in epoche diverse dalla ricorrenza anniversaria, richiedendo al più una volta ogni dodici mesi l'invio all'Impresa Danni di un certificato

di esistenza in vita.

Qualora, trascorsi 45 giorni dall'invio della richiesta di trasmissione del certificato, senza che questo sia pervenuto all'Impresa Danni, la stessa procederà all'immediata sospensione dell'erogazione della Rata mensile.

Qualora il mancato ricevimento da parte dell'Impresa Danni dell'autocertificazione sia dovuto a cause diverse dal decesso dell'Assicurato, il ricevimento da parte di quest'ultima di un nuovo certificato determina la riattivazione dell'erogazione della Rata mensile con il pagamento delle rate eventualmente rimaste in sospeso.

Durante il periodo di pagamento della Rata mensile, qualora l'Assicurato recuperi lo stato di autosufficienza è tenuto a darne comunicazione all'Impresa Danni entro il periodo di 30 giorni.

Inoltre gli eredi dell'Assicurato dovranno informare l'Impresa Danni del decesso dell'Assicurato entro 30 giorni seguenti la data del decesso.

Qualora l'Impresa Danni non sia stata informata per tempo del decesso dell'Assicurato ed abbia quindi proceduto all'erogazione della/e rata/e di Rata mensile, la stessa potrà richiedere la restituzione di quanto erroneamente corrisposto maggiorato degli interessi legali.

L'Impresa Danni esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla scadenza pattuita, decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore del Beneficiario.

4.7 - Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

L'Impresa Danni si riserva a sue spese il diritto di far sottoporre, non più di una volta l'anno, l'Assicurato non autosufficiente alle visite ed agli esami necessari ad accertare il perdurare di tale stato ed a richiedere i documenti di cui al precedente Art. 4.6 necessari ad accertare l'esistenza in vita dell'Assicurato stesso.

Qualora l'accertamento evidenzi il recupero dell'autosufficienza l'Impresa Danni comunica al Beneficiario e al Contraente la sospensione della liquidazione della Rata mensile.

In caso di controversia sull'esito della verifica dello stato di non autosufficienza, l'Assicurato, o altra persona da lui designata, ha la facoltà di promuovere la decisione di un Collegio Medico Arbitrale, secondo quanto previsto all'Art. 7 "Collegio Medico Arbitrale" della successiva Sezione E. **Nel caso in cui l'Assicurato si rifiutasse di sottoporsi ai citati controlli o di esibire la documentazione richiesta, il pagamento della Rata mensile verrà sospeso.**

4.8 - Beneficiari delle prestazioni, nomina di un soggetto terzo

Il Beneficiario della Rata mensile è la persona assicurata.

La Rata mensile può essere corrisposta all'Assicurato per il tramite dell'Amministratore di Sostegno, provandone la designazione con idonea documentazione.

L'Assicurato può altresì designare un delegato incaricato alla riscossione dell'indennizzo e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione. La designazione e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno all'Impresa.

SEZIONE E – NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI PER LE GARANZIE INFORTUNI E MALATTIA

Art. 5 – Il Sinistro

5.1 - Termini per la denuncia del sinistro

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve darne avviso scritto all'Impresa Danni entro 9 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile.

Relativamente alle garanzie:

- **Invalidità Permanente da Malattia**, si stabilisce un termine di 15 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa possa interessare la garanzia;
- **Critical Illness**, si stabilisce un termine di 90 giorni a partire dall'acquisizione da parte dell'Assicurato del certificato di conferma della diagnosi della malattia.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile, qualora il ritardo sia causa di comprovato pregiudizio per l'assicuratore.

5.2 - Altri obblighi in caso di sinistro

L'Assicurato, o i suoi familiari o aventi diritto devono consentire all'Impresa Danni le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso e gli enti presso i quali è stato curato, e fornire la documentazione medica aggiuntiva eventualmente richiesta.

In caso di sinistro concernente eventi gestiti sulla base della Convenzione con Blue Assistance il Contraente o l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve darne avviso scritto alla Centrale Operativa che gestisce in conto dell'Impresa i sinistri, oppure all'Impresa stessa, quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, non oltre il 30° (trentesimo) giorno dal momento in cui l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità, a parziale deroga dell'Art. 1913 del Codice Civile.

L'inadempimento degli obblighi in caso di sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso delle Strutture Sanitarie e dei Medici convenzionati ed è stato in questo preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa, che formalizzerà la denuncia di sinistro. Successivamente, per tali garanzie, l'Assicurato sarà comunque tenuto a presentare la documentazione medica richiesta a chiusura del sinistro entro e non oltre 6 mesi (180 giorni) dalla data del termine della prestazione. L'inadempimento di tale obbligo potrebbe comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

L'Assicurato - o altri soggetti sopra indicati, nei casi di Rimborso per i quali è prevista la gestione a carico di Blue Assistance, per la denuncia del sinistro dovrà/dovranno avvalersi esclusivamente dell'area riservata messa a disposizione sul sito www.blueassistance.it, dove avrà/avranno la possibilità di caricare autonomamente copia della documentazione medica e di spesa a Sua/loro disposizione.

5.3 - Norme particolari in caso di sinistro con documentazione redatta in lingua non italiana

Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'italiano, dovrà essere corredata di traduzione in italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assicurato.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato in Italia e in valuta corrente.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'Euro avverrà applicando il cambio contro Euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunte dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro U.S.A. Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

L'Impresa Danni restituisce la documentazione prodotta per il rimborso, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, l'Impresa Danni effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente Prodotto dietro dimostrazione delle spese sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

5.4 - Critical Illness, Invalidità permanente da Infortunio, Rimborso Spese di Cura da Infortunio, Diaria da Ricovero, Diaria da Gesso o da Immobilizzo, Invalidità Permanente da Malattia, Non Autosufficienza – Long Term Care (prestazioni gestite da CF Assicurazioni S.p.A.)

5.4.1 Denuncia

In caso di sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve darne avviso scritto all'Impresa Danni a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno o a mezzo posta elettronica certificata (PEC) ai seguenti indirizzi:

CF Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Gestione Sinistri
Via Paolo di Dono,73
00142 ROMA
cfassicurazioni-sinistri@pec.it

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, con una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento e deve essere corredata da certificazione medica.

L'Assicurato o i suoi familiari o altro soggetto per conto dei medesimi devono far pervenire all'Impresa Danni anche le informazioni relative al decorso delle lesioni, fornendo anche copia delle cartelle cliniche complete, dei certificati medici in originale che prescrivono: la gessatura e la sua rimozione, delle prescrizioni per prestazioni mediche con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi, degli originali delle notule, fatture o ricevute quietanzate e di ogni altro documento ritenuto dall'Impresa Danni attinente alla valutazione e alla liquidazione del sinistro.

Ricevuta la necessaria documentazione (cartelle cliniche, esami specialistici, certificazione medica, ricevute o fatture di pagamento in originale), espletate tutte le indagini richieste dall'Impresa Danni e verificata le condizioni di pagamento, l'Impresa Danni si impegna a provvedere al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni dalla data di ricevimento della quietanza debitamente sottoscritta dall'Assicurato.

✓ **Norma specifica per la garanzia Rimborso Spese di Cura da Infortunio**

Il rimborso viene effettuato dall'Impresa Danni a guarigione clinica avvenuta su presentazione dei documenti giustificativi (fattura o ricevuta del medico, documenti giustificativi dell'istituto di cura nel quale ha avuto luogo il ricovero e simili).

La domanda per il rimborso di queste spese con i documenti giustificativi deve essere presentata all'Impresa Danni, entro il 30° giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica e/o la degenza.

Sono comunque escluse dal rimborso le spese sostenute dall'Assicurato per visite-medico legali non richieste dall'Impresa Danni ai fini della liquidazione del sinistro.

✓ **Norma specifica per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia**

La denuncia della malattia deve essere corredata da certificazione medica circa la natura dell'infermità.

L'Assicurato o i suoi familiari o altro soggetto per conto dei medesimi dovrà/dovranno produrre certificato medico attestante la stabilizzazione degli esiti della malattia e sottoporsi all'accertamento della valutazione dell'Invalidità permanente entro 24 mesi dalla denuncia a seguito di specifica richiesta dell'Impresa Danni. Tale termine si intende ridotto a 12 mesi dalla denuncia, in caso di aggravamento di malattia precedentemente non indennizzata poiché rientrante in scoperto come disposto dalla clausola "Criteri di

corresponsione dell'indennità" di cui all'Art. 3.2.2.

Qualora l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici, la liquidazione dell'indennizzo sarà effettuata considerando come data di guarigione quella diagnosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato.

✓ **Norma specifica per la garanzia Critical Illness**

La denuncia della malattia deve essere corredata da certificazione medica comprovante la diagnosi della malattia effettuata dal medico specialista.

In caso di cancro, la malattia si considera insorta nel momento in cui viene diagnosticata e quindi alla data indicata nella documentazione medica.

✓ **Norma specifica per la garanzia Non Autosufficienza-Long-Term-Care**

Qualora si manifesti uno stato di non autosufficienza ai sensi delle presenti condizioni, l'Assicurato, o i suoi familiari o altro soggetto per conto dei medesimi, deve/devono farne denuncia all'Impresa Danni a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno o a mezzo posta elettronica certificata (PEC) inoltrata agli indirizzi della Direzione Generale dell'Impresa Danni.

La data di denuncia corrisponde alla data di spedizione della suddetta raccomandata; l'accertamento dell'Impresa Danni verrà effettuato a partire da tale data.

La denuncia deve essere accompagnata o seguita da un certificato del medico curante che attesti lo stato di non autosufficienza, l'epoca di esordio dei disturbi psico-motori e la precisazione circa la causa delle condizioni di non autosufficienza.

A fronte della denuncia, l'Impresa Danni invierà all'Assicurato un apposito questionario che dovrà essere compilato direttamente dall'Assicurato o dalle persone che si occupano dello stesso nonché dal medico curante ed ospedaliero. Quest'ultimo dovrà fornire le cartelle cliniche dei ricoveri ed i risultati degli esami complementari effettuati.

Qualora l'incapacità di effettuare le azioni della vita quotidiana fosse in relazione a disturbi mentali, comunque di origine organica, è necessario che lo stato di non autosufficienza sia constatato da uno psichiatra o da un neurologo mediante l'uso del test "Mini Mental State Examination" dal quale dovrà emergere un punteggio inferiore a 15.

L'Assicurato, su richiesta dell'Impresa Danni, ha l'obbligo di sottoporsi, a spese dell'Impresa Danni, a tutti gli accertamenti medici necessari per compiere la valutazione funzionale della propria capacità fisica ed è tenuto a fornire la documentazione sanitaria pertinente.

Se gli elementi dai quali bisognerebbe evincere lo stato di non autosufficienza sono insufficienti, l'Impresa Danni si riserva il diritto di demandare ad un medico fiduciario il compito di richiedere ulteriori informazioni al medico curante o ospedaliero ed eventualmente di sottoporre l'Assicurato ad ulteriori accertamenti clinici ritenuti indispensabili.

5.4.2 Documentazione necessaria per la liquidazione dei sinistri

In caso di sinistro dovranno essere trasmessi a CF Assicurazioni S.p.A. i seguenti documenti.

Per ogni pratica di rimborso / indennizzo diretto la denuncia deve contenere:

- **documentazione di spesa fiscalmente valida;**
- **prescrizione medica che specifichi la diagnosi e/o quesito diagnostico;**
- **documentazione descrittiva degli accertamenti / terapie effettuate.**

Inoltre per i:

Sinistri Critical Illness

- **copia conforme della cartella clinica;**
- **diagnosi del medico specialista comprovante la patologia assicurata;**
- **in caso di cancro è necessario produrre la prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo;**
- **in caso di ictus è necessario produrre documentazione (tecniche ad immagini)**

comprovante la diagnosi a conferma di un ictus avvenuto successivamente all'inizio della validità della garanzia;

- in caso di infarto è necessario produrre documentazione atta a comprovare la diagnosi certa di un infarto miocardico acuto avvenuto successivamente all'inizio della validità della garanzia.

Sinistri Invalidità Permanente da Malattia

- le informazioni relative al decorso della malattia;
- copia conforme della cartella clinica;
- copia dei certificati medici;
- copia delle prescrizioni per prestazioni mediche con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi;
- originali delle notule, fatture o ricevute quietanzate.

Sinistri Invalidità Permanente da Infortunio

- copia conforme della cartella clinica, se è stato effettuato il ricovero;
- valutazione medico legale dell'invalidità permanente accertata.

Sinistri Rimborsi Spese Mediche da Infortunio

- copia conforme della cartella clinica, se è stato effettuato il ricovero;
- originali delle notule, delle fatture o delle ricevute quietanze.

Sinistri Diarie da ricovero

- copia conforme della cartella clinica.

Sinistri Diarie da gesso o da immobilizzo

- copia conforme della cartella clinica, se è stato effettuato il ricovero;
- copia dei certificati medici in originale che prescrivono la gessatura e la sua rimozione ed il certificato del pronto soccorso se presente.

Ticket sanitari

- fotocopia della prescrizione medica con diagnosi corredata di documentazione di spesa fiscalmente valida, riportante l'indicazione del tipo di prestazione effettuata.

L'Assicurato deve consentire all'Impresa Danni tutte le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari ai fini dell'accertamento del danno. Senza inversione degli oneri, la Compagnia si riserva di subordinare gli indennizzi all'invio di specifica documentazione che non sia o possa essere nella disponibilità dell'Assicurato, purché effettivamente necessaria a sostenere il buon diritto dello stesso a ricevere la prestazione/l'indennizzo richiesto.

5.5 - Grandi Interventi chirurgici

Per la gestione dei sinistri della predetta garanzia, l'Impresa Danni si avvale di Blue Assistance e della sua Centrale Operativa.

La garanzia è prestata esclusivamente attraverso l'utilizzo **di strutture e medici chirurghi convenzionati con Blue Assistance.**

Nel caso in cui le prestazioni siano eseguite presso **strutture convenzionate** ma avvalendosi di **medici non convenzionati** (c.d. forma mista), l'Impresa Danni provvederà al pagamento delle sole spese relative alla struttura, mentre la restante parte rimarrà a carico dell'Assicurato.

Le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dall'Impresa Danni alle Strutture Sanitarie convenzionate con Blue Assistance.

Al fine di fruire delle prestazioni in assistenza diretta l'Assicurato dovrà attivarsi preventivamente prenotando la prestazione presso la Struttura e successivamente, con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi, contattare Blue Assistance comunicando:

- **nome e cognome dell'Assicurato che richiede la prestazione;**
- **numero di Polizza;**
- **tipologia di richiesta;**
- **numero di telefono a cui essere richiamato.**

BLUE ASSISTANCE numero Centrale Telefonica:

- **dall'Italia: numero verde 800.054.780**
- **dall'Estero: numero 011 7425726**

La Centrale Operativa di Blue Assistance è a disposizione degli Assicurati dal lunedì al venerdì dalle ore 08.00 alle 18.00 ed il sabato dalle ore 08.00 alle 12.00.

Per eventuali chiarimenti a seguito di criticità con la Centrale Operativa di Blue Assistance potrà rivolgersi a:

- **CF Assicurazioni S.p.A. Servizio sinistri WellFare n. 06. 51294629**

La Struttura Operativa, ricevute le informazioni necessarie alla valutazione del sinistro ed esclusivamente se dall'esame dell'eventuale documentazione medica pervenuta il sinistro risulterà indennizzabile a termini di Polizza, informerà l'Assicurato e inoltrerà alla Struttura Sanitaria la conferma di autorizzazione ad usufruire delle prestazioni in Assistenza Diretta **entro i limiti indicati nella lettera di "presa in carico" che l'Assicurato sarà tenuto a sottoscrivere al momento della accettazione nel Centro Sanitario.**

La lettera di "presa in carico" è il documento che riporta gli impegni reciproci tra la Centrale Operativa di Blue Assistance e il Centro convenzionato, con particolare riferimento alle Condizioni di Assicurazione e ai limiti di spesa, e andrà sottoscritta dall'Assicurato all'atto del ricovero unitamente alla dichiarazione con la quale si impegna a sostenere in proprio le eventuali spese non indennizzabili e il modulo per il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili.

L'Impresa Danni salderà direttamente le spese indennizzabili a termini di contratto, **fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti e/o prestazioni non garantite che rimangono a carico dell'Assicurato.**

AVVERTENZE

Né l'Impresa Danni né Blue Assistance hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzione fornite dai Centri Convenzionati con la stessa Blue Assistance, la selezione dei quali è in ogni caso approvata al momento della sottoscrizione del modulo di proposta. Il Contraente o l'Assicurato, per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali, dovranno rivolgersi esclusivamente ai Centri Sanitari o Odontoiatrici che hanno prestato i servizi richiesti.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dall'Impresa alle strutture sanitarie. **Il pagamento effettuato ai Centri e Medici convenzionati solleva l'Impresa Danni stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto l'Impresa Danni abbia già corrisposto.**

Il pagamento diretto non pregiudica il diritto dell'Impresa Danni a far valere eventuali

eccezioni nei confronti dell'Assicurato.

La richiesta del pagamento diretto e la conferma da parte della Centrale Operativa, prestata in base alle notizie ed alla documentazione fornite dall'Assicurato, non pregiudicano la valutazione dell'Impresa Danni sulla indennizzabilità del sinistro a termini di polizza, al ricevimento della documentazione completa.

L'Impresa Danni si riserva la facoltà di rifiutare l'ammissione al pagamento diretto, nonché di richiedere all'Assicurato la restituzione delle somme pagate, nella misura in cui, in base alla Polizza, avrebbe avuto diritto di rifiutare o ridurre la prestazione garantita. Qualora il sinistro risultasse non indennizzabile o da controlli amministrativi successivi, che la Copertura Sanitaria non sia attiva per l'annualità in corso oppure, risultasse la mancanza della regolarità amministrativa della polizza o della singola posizione, l'Assicurato dovrà saldare personalmente alla Struttura Sanitaria le spese sostenute anche se precedentemente autorizzate in regime di Assistenza Diretta.

L'Impresa Danni, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, determina l'indennizzo che risulta e provvede al pagamento entro 30 giorni.

Per quanto qui non specificato si rimanda alle precedenti condizioni di assicurazione e relative limitazioni ed esclusioni.

Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale Qualora il Grande Intervento Chirurgico avvenga integralmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale presso strutture pubbliche od istituti di cura accreditati dal Servizio Sanitario Nazionale, **l'Impresa Danni non provvederà a rimborsare le eventuali spese sanitarie sostenute e rimaste a carico dell'Assicurato**, ma provvederà esclusivamente, sempre che l'Assicurato lo abbia richiesto, al pagamento dell'indennizzo dell'Indennità Sostitutiva.

Qualora l'Assicurato scelga l'Indennità sostitutiva, deve far pervenire a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo sotto indicato, entro 60 (sessanta) giorni dalla data del sinistro o da quando ne ha avuto possibilità, copia conforme della cartella clinica completa:

**Blue Assistance S.p.A.
Ufficio Gestione Sinistri
Via Santa Maria 11
10122 Torino**

L'Impresa Danni, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, determina l'indennizzo che risulta e provvede al pagamento entro 30 giorni.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, anche per l'indennità sostitutiva relativa a ricoveri sostenuti all'estero.

5.6 - Check Up

L'Impresa Danni si avvale per la gestione delle prestazioni di Blue Assistance e della sua Centrale Operativa.

Pertanto l'Assicurato dovrà avvalersi esclusivamente dei Centri Sanitari, il cui elenco è consultabile nell'area riservata del sito internet www.blueassistance.it, secondo quanto di seguito indicato:

Utilizzo di Centri Sanitari convenzionati

L'Assicurato per avvalersi dei Centri Sanitari convenzionati, dovrà attivarsi preventivamente prenotando la prestazione presso il centro stesso e successivamente, con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi, richiedere, esclusivamente attraverso il sito internet www.blueassistance.it, la presa in carico delle spese.

La Struttura Operativa, ricevute le informazioni necessarie alla valutazione del sinistro ed esclusivamente se dall'esame dell'eventuale documentazione medica pervenuta il sinistro risulterà indennizzabile a termini di Polizza, informerà l'Assicurato e inoltrerà alla Struttura Sanitaria la conferma di autorizzazione ad usufruire delle prestazioni in forma Diretta entro i limiti indicati nel "Modulo di Autorizzazione" che l'Assicurato sarà tenuto a sottoscrivere al momento della accettazione nel Centro Sanitario.

L'Impresa Danni pagherà direttamente le spese indennizzabili a termini di contratto, fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti e/o prestazioni che rimangono a carico dell'Assicurato.

La copertura assicurativa non è operante se:

- non vi è la regolarità amministrativa comprovante l'efficacia delle garanzie;
- l'Assicurato non compili i moduli richiesti via internet, necessari per la valutazione della possibilità di fruire dell'assistenza diretta.
- il pagamento diretto non sia stato confermato dalla Centrale Operativa o le cure o prestazioni non siano state eseguite da medici convenzionati diversi da quelli autorizzati; le cure o le prestazioni effettuate e fatturate non sono quelle per le quali la Centrale Operativa ha inviato la presa in carico al Centro convenzionato.

AVVERTENZA

Blue Assistance non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzione fornite dai Centri con essa convenzionati. Il Contraente e l'Assicurato per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente ai Centri Sanitari o Odontoiatrici che hanno prestato i servizi richiesti.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dall'Impresa Danni alle strutture sanitarie. **Il pagamento effettuato ai Centri e Medici convenzionati, solleva l'Impresa Danni stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto l'Impresa Danni abbia già corrisposto.**

Il pagamento diretto non pregiudica il diritto dell'Impresa Danni a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato.

La richiesta del pagamento diretto e la conferma da parte della Centrale Operativa, prestata in base alle notizie ed alla documentazione fornite dall'Assicurato, non pregiudicano la valutazione dell'Impresa Danni sulla indennizzabilità del sinistro a termini di Polizza al ricevimento della documentazione completa.

L'Impresa Danni si riserva la facoltà di rifiutare l'ammissione al pagamento diretto, nonché di richiedere all'Assicurato la restituzione delle somme pagate, nella misura in cui, in base alla Polizza, avrebbe avuto diritto di rifiutare o ridurre la prestazione garantita. Qualora il sinistro risultasse non indennizzabile o da controlli amministrativi successivi, che la Copertura Sanitaria non sia attiva per l'annualità in corso oppure, risultasse la mancanza della regolarità amministrativa della polizza o della singola posizione, l'Assicurato dovrà pagare personalmente la Struttura Sanitaria le spese sostenute anche se precedentemente autorizzate in regime di Assistenza Diretta.

Per quanto qui non specificato si rimanda alle precedenti condizioni di assicurazione e relative

limitazioni ed esclusioni.

5.7 - Cure Dentarie

L'Impresa Danni si avvale per la gestione delle prestazioni/ sinistri di Blue Assistance e della sua Centrale Operativa. **Pertanto l'Assicurato dovrà avvalersi esclusivamente dei Centri Sanitari convenzionati secondo quanto di seguito indicato.**

L'accesso ai centri convenzionati con Blue Assistance sarà possibile attraverso la piattaforma web www.mynet.it.

L'Assicurato, una volta avuto accesso all'area riservata del predetto sito web, potrà scegliere - tra quelli presenti nell'elenco - l'odontoiatria di sua preferenza e, una volta stampato il voucher di accesso che darà diritto alle tariffe convenzionate, prenotare direttamente presso il centro odontoiatrico stesso.

L'Assicurato dovrà sostenere in proprio le spese e le cure effettuate per richiederne il rimborso: e, a tal fine, l'Assicurato dovrà avvalersi esclusivamente dell'area riservata messa a disposizione sul sito www.blueassistance.it, dove avrà la possibilità di caricare autonomamente i giustificativi di spesa unitamente alla documentazione medica necessaria alla valutazione nonché al voucher utilizzato per l'accesso alla struttura. L'Impresa Danni, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, determina l'indennizzo che risulta e provvede al pagamento entro 30 giorni.

AVVERTENZA

L'accesso ai Centri Convenzionati con Blue Assistance nonché l'effettuazione di prestazioni sanitarie all'interno degli stessi non determina tacitamente la certezza del rimborso delle spese che sarà valutato, a cure ultimate e ottenuta la documentazione necessaria indicata in precedenza, secondo i termini di Polizza.

Blue Assistance non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzione fornite dai Centri con essa convenzionati. Il Contraente e l'Assicurato per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente ai Centri Sanitari o Odontoiatrici che hanno prestato i servizi richiesti.

Per quanto qui non specificato si rimanda alle precedenti condizioni di assicurazione e relative limitazioni ed esclusioni.

Art. 6 - Cumulo Indennizzi

L'indennizzo per il caso morte, derivante dalla copertura Vita Temporanea Caso Morte, non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente Totale, considerando una Invalidità Permanente Totale quella accertata almeno pari al 66%.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità Permanente Totale, l'Assicurato dovesse morire in conseguenza dell'evento stesso, l'Impresa Vita corrisponde ai Beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte ove questa sia superiore, astenendosi dal chiedere il rimborso in caso contrario.

Le Diarie da ricovero non sono cumulabili con le Diarie da Gesso – Immobilizzazione. Pertanto in caso di contemporaneità di Ricovero e Gessatura-Immobilizzazione, sarà corrisposta solo la Diaria da ricovero, mentre la Diaria da Gesso – Immobilizzazione verrà posta in liquidazione dopo le dimissioni dal ricovero.

Art. 7 – Collegio medico arbitrale

In caso di controversie di natura medico legale sull'ammontare offerto a titolo di indennizzo o sull'indennizzabilità del sinistro, le parti possono conferire mandato a decidere per iscritto ad un Collegio Medico, composto da 3 medici, di cui uno nominato dall'Impresa Danni, l'altro dal

Contraente ed il terzo scelto di comune accordo dalle due parti.

In caso di mancato accordo la scelta del terzo medico sarà demandata al Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Il Collegio medico risiede nel Comune ove ha la sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Medico decide a maggioranza, come amichevole compositore senza formalità di procedura, con parere vincolante anche se uno dei componenti rifiuta di firmare il relativo verbale. I medici, ove ritengano più opportuno potranno esprimere qualsiasi accorgimento sanitario di carattere preliminare o incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.). **Ciascuna delle parti sopporta le spese e le competenze del proprio medico e metà di quelle del terzo.**

SEZIONE F - NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA PERDITE PECUNIARIE

Art. 8 - Garanzie prestate:

La presente garanzia offre una prestazione in caso di:

- A) Perdita Involontaria impiego dell'Assicurato (PII)** (garanzia operante per Lavoratori Dipendenti assunti a tempo indeterminato da almeno un anno);
- B) Riduzione Involontaria del Reddito Lordo Annuo almeno pari al 60% (RIR)** (garanzia operante per Lavoratori Autonomi e Liberi Professionisti, Ditte Individuali con Partita Iva attiva da almeno 3 anni).

La presente garanzia è prevista operante dalla fascia di età 20-24 sino alla fascia di età 60-64 anni

8.1 - Perdita Involontaria d'Impiego (PII): l'Impresa Danni corrisponde una Indennità pari al premio minimo lordo della fascia di età in cui l'Assicurato venga a trovarsi al momento del sinistro. **La garanzia sarà efficace dopo un iniziale periodo di carenza di 90 giorni e purché la Disoccupazione si protragga almeno sei mesi dalla data di inizio della stessa.** Relativamente alla presente garanzia, per momento del Sinistro si intende la data del sopravvenire dello stato di Disoccupazione dell'Assicurato per i casi previsti.

8.2 - Riduzione Involontaria del Reddito Lordo annuo almeno pari al 60% (RIR): l'Impresa Danni corrisponde una Indennità pari al premio minimo lordo della fascia di età in cui venga a trovarsi l'Assicurato al momento del sinistro a seguito della Riduzione Involontaria del Reddito Lordo Annuo - riferita all'annualità in cui ha efficacia l'Assicurazione (**intesa come periodo intercorrente tra il 1° gennaio e il 31 dicembre**) - **di almeno il 60% rispetto all'ultimo reddito annuale lordo precedente alla predetta dichiarazione reddituale, verificatasi dopo il periodo di carenza di 9 mesi.**

F.1) Assicurazione per perdita involontaria di impiego (garanzia operante per Lavoratori Dipendenti Privati)

Art. 9 - Oggetto della copertura

Nel caso di Disoccupazione dell'Assicurato esclusivamente a seguito di licenziamento, l'Impresa Danni corrisponderà allo stesso l'indennizzo di cui al precedente Art .8.1 qualora:

- lo stato di Disoccupazione sopravviene durante il periodo di efficacia della copertura;
- **la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento 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 esclusioni di cui al successivo Art. 10 "Esclusioni";
- l'Assicurato abbia ottemperato agli obblighi di cui al successivo Art. 11 "Denuncia del sinistro e obblighi relativi ", sia iscritto alla Cassa disoccupazione Inps e percepisca il relativo assegno.

Art. 10 – Esclusioni assicurazione per perdita involontaria impiego

Nessun indennizzo è dovuto dall'Impresa Danni per il caso di Disoccupazione se, al momento del sinistro, l'Assicurato risulti essere Lavoratore Autonomo, Libero Professionista, Dipendente Pubblico-Statale o Pensionato. Inoltre nessun indennizzo verrà corrisposto per il caso di Disoccupazione se:

- l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente a Tempo indeterminato in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro;
- l'Assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico Inps con lo status di disoccupato in Italia e ne percepisca il relativo assegno;
- alla Data di decorrenza della garanzia 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;
- la Disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
- la perdita del posto di lavoro è un evento prodotto in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro e se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o la perdita dell'impiego sia la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio, contratto di formazione e lavoro, apprendistato, ecc.) o dell'interruzione di un rapporto di "Lavoro a Progetto" (ex Collaboratori Coordinatori Continuativi);
- la Disoccupazione è conseguenza di licenziamento tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
- 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;
- l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria.

Art. 11 - Denuncia del sinistro ed obblighi relativi

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

- copia di un documento di identità;
- copia della scheda professionale e del contratto di lavoro o in mancanza di questi, ultimo CUD rilasciato dall'Impresa da cui dipendeva;
- 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;
- l'attestazione del ricevimento e dell'importo delle indennità di Disoccupazione.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il proprio datore di lavoro a fornire all'Impresa Danni le informazioni relative all'ultimo impiego che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dalla garanzia. L'Assicurato deve inoltre consentire all'Impresa Danni le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia dell'Impresa Danni stessa.

Art. 12 - Denunce successive

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Disoccupazione o dopo la denuncia di un sinistro durante il periodo di carenza, **nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Disoccupazione se, dal termine del sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di riqualificazione di 3 anni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere un lavoratore dipendente privato ed abbia superato il periodo di prova.**

F.2) Assicurazione riduzione involontaria del reddito (operante per Lavoratori Autonomi e Liberi Professionisti, Ditte Individuali)

Art. 13 - Oggetto della copertura

Nel caso di **Riduzione Involontaria del Reddito Lordo Annuo** riferita ad una annualità in cui ha efficacia l'Assicurazione - e quindi anche nei successivi rinnovi annuali della copertura, - che determini una riduzione del reddito annuale lordo almeno pari al 60% rispetto al reddito annuale lordo della annualità direttamente precedente a quella in cui si verifica l'evento sinistro (**l'annualità è intesa come periodo intercorrente tra il 1° gennaio e il 31 dicembre**), l'Impresa Danni corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo di cui all'Art. 8.2 qualora:

- il Sinistro che ha determinato la Riduzione di Reddito di almeno il 60% si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi dell'Art. 1.1 della Sezione A della presente Parte delle Condizioni di Assicurazione;
- **il Sinistro che ha determinato la Riduzione di Reddito di almeno il 60% si sia verificato dopo il Periodo di Carenza di 9 mesi successivi alla data di decorrenza della garanzia;**
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art.14 "Esclusioni";
- l'Assicurato abbia adempiuto agli obblighi del successivo Art.15 "Denuncia di sinistro ed obblighi relativi".

Art. 14 – Esclusioni riduzione involontaria del reddito

Nessun indennizzo verrà corrisposto dall'Impresa Danni per il caso di Riduzione Involontaria del Reddito Lordo annuo almeno pari al 60% del reddito lordo annuo del precedente esercizio se:

- l'Assicurato non ha prestato la propria attività o non ha prodotto reddito in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro;
- alla data di decorrenza della garanzia l'Assicurato era a conoscenza della prossima drastica riduzione del suo reddito o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- la Riduzione del Reddito sia la conseguenza della chiusura volontaria, senza oggettivo motivo, dell'attività;
- la Riduzione del Reddito sia la conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
- la Riduzione del Reddito sia un evento prodotto in base a contratti a tempo determinato che escludano tassativamente rinnovi di incarichi o di lavori definiti "Lavori a Progetto";
- la Riduzione del Reddito sia la conseguenza di procedimenti emanati da autorità giudiziarie che abbiano accertato irregolarità legali od amministrative relative all'attività svolta;
- la Riduzione del Reddito sia la conseguenza di "malagestio", incuria o depauperamento ingiustificato delle attrezzature e mezzi necessari all'attività svolta;
- 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 percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria.

Art. 15 - Denuncia del sinistro ed obblighi relativi

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

- copia delle denunce dei Redditi rispettivamente dell'anno precedente e dell'anno in cui si sia verificato l'evento-sinistro;
- copia del documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita.

Per i casi eccezionali o di particolare difficoltà, l'Impresa Danni 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 deve consentire all'Impresa Danni le Indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia dell'Impresa Danni stessa.**

Art. 16 - Denunce successive

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Riduzione del Reddito, **nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Riduzione del Reddito se, dal termine del sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di riqualificazione di 3 anni consecutivi.**

GLOSSARIO

Il presente documento è aggiornato al 01.01.2020

Aliquota di retrocessione (o di partecipazione)	La percentuale (fissa o variabile) del rendimento rilevato (conseguito dalla Gestione Separata) che Impresa Vita retrocede al Contraente.
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.
Capitale assicurato alla scadenza contrattuale	Importo che si rivaluta annualmente in base al rendimento riconosciuto della Gestione Separata che l'Impresa Vita corrisponde al Beneficiario quando il contratto giunge a scadenza.
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.
Composizione della Gestione Separata	Informazione sulle principali tipologie di strumenti finanziari o altri attivi in cui è investito il patrimonio della Gestione Separata.
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, CF WellFare 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.
Consolidamento	Meccanismo in base al quale il rendimento attribuito secondo la periodicità stabilita dal contratto (annualmente, mensilmente, ecc.), e quindi la rivalutazione delle prestazioni assicurate, sono definitivamente acquisiti dal contratto e conseguentemente le prestazioni stesse possono solo aumentare e mai diminuire.

Costi di caricamento	Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi delle Imprese Vita e Danni.
Costo Percentuale Medio Annuo (CPMA)	Indicatore sintetico di quanto si riduce ogni anno, per effetto dei costi prelevati dai premi ed eventualmente dalle risorse gestite dall'Impresa Vita, il potenziale tasso di rendimento della polizza rispetto a quello di un'ipotetica operazione non gravata da costi.
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 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.
Estratto conto annuale	Riepilogo annuale dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione, che contiene l'aggiornamento annuale delle informazioni relative al contratto, quali il valore della prestazione maturata, i premi versati e quelli in arretrato e il valore di riscatto maturato. Per i contratti con prestazioni collegate a Gestioni Separate, il riepilogo comprende inoltre il tasso di rendimento finanziario realizzato dalla Gestione Separata, l'aliquota di retrocessione riconosciuta e il tasso di rendimento retrocesso con l'evidenza di eventuali rendimenti minimi trattenuti.
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.
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.
Fusione di Gestioni Separate	Operazione che prevede la fusione di due o più Gestioni Separate tra loro.
Gestione Separata interna "Previdenza Attiva"	Un portafoglio di investimenti, in funzione del cui rendimento si rivalutano le prestazioni dei contratti ad esso collegati, appositamente creato dall'Impresa Vita e gestito separatamente rispetto al complesso delle attività, in cui confluiscono i premi al netto dei costi versati dai Contraenti che hanno sottoscritto Polizze rivalutabili. Dal rendimento ottenuto dalla gestione separata e dall'aliquota di retrocessione deriva la rivalutazione da attribuire alle prestazioni assicurate.
Garanzia caso morte	Impegno dell'Impresa Vita a liquidare il capitale assicurato ai Beneficiari designati in polizza in caso di decesso dell'Assicurato.

Garanzia in caso di Vita	Impegno dell'impresa Vita a liquidare alla scadenza contrattuale pattuita il capitale disponibile ai Beneficiari designati in polizza.
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.
Ipotesi di rendimento	Rendimento finanziario ipotetico fissato dall'IVASS per l'elaborazione dei progetti personalizzati da parte dell'Impresa Vita.
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.
Periodo di copertura	Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.
Polizza rivalutabile	Contratto di assicurazione sulla vita o di capitalizzazione in cui il valore delle prestazioni varia in base al rendimento realizzato dalla Gestione Separata costituita dall'Impresa.
Premio	L'importo versato dal Contraente alle Imprese Vita e Danni per l'acquisto delle varie garanzie. Il versamento del premio alle scadenze contrattuali previste 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.
Progetto personalizzato	Ipotesi di sviluppo, effettuata in base al rendimento finanziario ipotetico indicato dall'IVASS, delle prestazioni assicurate e dei valori di riduzione e riscatto, redatta secondo lo schema previsto dall'IVASS e consegnato al potenziale Contraente.
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 del contratto.
Regolamento della Gestione Separata	L'insieme delle norme, riportate nelle condizioni contrattuali, che regolano la Gestione Separata.

Rendiconto annuale della Gestione Separata	Riepilogo aggiornato annualmente dei dati relativi al rendimento finanziario conseguito dalla Gestione Separata e all'aliquota di retrocessione di tale rendimento attribuita dall'Impresa Vita al contratto.
Rendimento minimo trattenuto	Rendimento finanziario fisso che l'Impresa Vita può trattenere dal rendimento finanziario della Gestione Separata.
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.
Riscatto parziale	Diritto del Contraente di chiedere il pagamento di una parte del valore di riscatto disponibile, alle condizioni previste dal contratto.
Riscatto parziale finalizzato automatico	In caso di mancato pagamento di un'annualità di premio ovvero di 3 mensilità consecutive il prodotto prevede l'attivazione di un piano di riscatti parziali e automatici finalizzati della garanzia Capitale Differito, per finanziare e mantenere in vigore tutte le coperture di rischio previste dal prodotto CF WellFare in funzione delle varie fasce di età.
Riscatto totale	Diritto del Contraente di chiedere la risoluzione anticipata del rapporto contrattuale riscuotendo l'importo disponibile per riscatto e ponendo fine alla scadenza delle coperture di rischio a tutte le garanzie collegate al CF WellFare.
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.
Riserva Matematica	L'importo accantonato dall'Impresa per far fronte agli impegni contrattuali assunti. La legge impone alle imprese vita particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziarie in cui essa viene investita.
Rivalutazione	Maggiorazione delle prestazioni assicurate attraverso la retrocessione di una quota del rendimento della gestione separata secondo la periodicità (annuale, mensile, ecc.) stabilita dalle condizioni contrattuali.
Rivalutazione minima garantita	Garanzia finanziaria che consiste nel riconoscere una rivalutazione delle prestazioni assicurate ad ogni ricorrenza periodica stabilita dal contratto (annuale, mensile, ecc.) in base al tasso di interesse minimo garantito previsto dal contratto. Rappresenta la soglia al di sotto della quale non può scendere la misura di rivalutazione applicata alle prestazioni.
Scheda Sintetica	Documento informativo sintetico redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che l'Impresa Vita deve consegnare al potenziale Contraente prima della conclusione del contratto, descrivendone le principali caratteristiche in maniera sintetica per fornire al Contraente uno strumento semplificato di orientamento, in modo da consentirgli di individuare le tipologie di prestazioni assicurate, le garanzie di rendimento, i costi e i dati storici di rendimento delle Gestioni Separate o dei Fondi a cui sono collegate le prestazioni.
Sconto fedeltà	Riduzione del premio relativo alle assicurazioni danni riconosciuto al ricorrere di determinate condizioni previste dal contratto.
Set Informativo	L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale Cliente, composto da: DIP Vita, DIP Danni, DIP aggiuntivo, Condizioni di Assicurazione, comprensive del regolamento della Gestione Separata; Glossario; Modulo di Proposta.

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.
Società di revisione	Società diversa dall'Impresa, prescelta nell'ambito di un apposito Albo cui tali Società possono essere iscritte soltanto se godono di determinati requisiti, che controlla e certifica i risultati della Gestione Separata.
Spese di emissione	Oneri costituiti da importi fissi a carico del Contraente per l'emissione del contratto.
Tasso annuo di rivalutazione	Maggiorazione delle prestazioni assicurate attraverso la retrocessione di una quota del rendimento della Gestione Separata secondo la periodicità (annuale, mensile, ecc.) stabilita dalle condizioni contrattuali.
Tasso minimo garantito	Rendimento finanziario, annuo e composto, che l'Impresa Vita garantisce alle prestazioni assicurate. Può essere già conteggiato nel calcolo delle prestazioni assicurate iniziali oppure riconosciuto anno per anno tenendo conto del rendimento finanziario conseguito dalla Gestione Separata.

DEFINIZIONI SPECIFICHE RELATIVE ALLE GARANZIE DANNI

Assistenza infermieristica	Assistenza prestata dal personale in possesso di specifico diploma.
Check-Up	Controllo generale dello stato di salute, effettuato attraverso una serie di esami di laboratorio e radiografici
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.
Centrale Operativa	E' la struttura di Blue Assistance – costituita da tecnici e operatori, che è in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di una specifica convenzione sottoscritta con l'Impresa Danni provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'assicurato e organizza ed eroga, con costi a carico della stessa Impresa Danni, le prestazioni previste in polizza.
Centro Odontoiatrico convenzionato	Strutture odontoiatriche appartenente al Network.
Ciclo di cura odontoiatrico	Insieme di prestazioni anche ripetute, aventi finalità terapeutica comune, legate da una sequenza operativa definita ed effettuate in un determinato arco temporale.
Critical Illness	Le malattie previste dalla garanzia Critical Illness.
Dentista	Il medico odontoiatra abilitato all'esercizio della professione in Italia.
Diaria	Somma per ciascun giorno di ricovero o fino alla rimozione del presidio in caso di frattura.
Difetti Fisici	La mancanza o l'imperfezione non presenti alla nascita, di un organo o di un apparato anche se non note o non diagnosticate alla stipula della polizza.
Elenco delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso	Opzione assicurativa, con i relativi vincoli temporali e tecnici ed importo massimo rimborsabile per prestazione.
Franchigia	Parte di indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato.
Grande Intervento chirurgico	L'intervento terapeutico mediante uso di strumenti chirurgici, rientrante nell'Elenco dei grandi interventi chirurgici.

Immobilizzazione - Ingessatura	Ogni mezzo di contenzione rigido costituito da fasce gessate o altro apparecchio di contenimento comunque immobilizzante prescritto da personale medico. Sono compresi i bendaggi elastici anche se adesivi limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura.
Indennità sostitutiva del rimborso	Importo forfettario giornaliero che l'Impresa Danni eroga nel caso di ricovero dell'Assicurato in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni ricevute in quanto a totale carico del SSN.
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.
Invalità Permanente da Malattia/Infortunio	La perdita definitiva, a seguito di malattia/infortunio, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'assicurato allo svolgimento di qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
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.
Long Term Care (Non autosufficienza)	Indennizzo legato alla perdita stabilizzata della autosufficienza dell'Assicurato.
Malattia	Ogni obiettiva alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattie/Invalità 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.
Medicina Alternativa o Complementare	Le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia; medicina ayurvedica; medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omotossicologia; osteopatia; chiropratica; ipnosi terapia.
Modulo di rimborso	Documento predisposto dall'Impresa Danni e compilato dal medico odontoiatra che ha eseguito le cure, che deve essere inviato alla Centrale Operativa in allegato alla documentazione per la richiesta di rimborso. Esso contiene le prestazioni odontoiatriche eseguite ed i dati bancari per il rimborso ed è sottoscritto dall'Assicurato e timbrato e firmato dal medico odontoiatra.

Network/Centri Convenzionati	Rete convenzionata Blue Assistance, costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti, strutture odontoiatriche, medici odontoiatri abilitati all'erogazione di prestazioni odontoiatriche, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista.
Periodo assicurativo	Periodo di tempo per il quale opera la garanzia assicurativa a condizione che sia stato pagato il premio corrispondente.
Periodo di differimento	Posticipazione della data di pagamento dell'indennizzo/risarcimento successivamente alla data di riconoscimento della prestazione assicurativa.
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.
Piano di cure (budget di cure)	Documento compilato dal medico odontoiatra appartenente ad un Centro Odontoiatrico Convenzionato con il Network e sottoscritto dall'Assicurato contenente l'insieme di tutte le prestazioni dentarie di cui necessita l'Assicurato, per la valutazione effettuata direttamente dal Network.
Protesi ortopediche	Sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio le ortosi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari, ecc.).
Referti Clinici odontoiatrici	Documento redatto dal dentista del Network che ha eseguito le cure contenente le prestazioni odontoiatriche, sottoscritto dall'Assicurato e dal medico Odontoiatra che dovrà essere inviato alla Società di Servizi in allegato alla fattura.
Ricovero (diaria)	Permanenza in istituto di cura con pernottamento.
Scheda anamnestica odontoiatrica	Documento redatto dal dentista che riepiloga lo stato di salute della bocca dell'Assicurato che dovrà essere inviato alla Centrale Operativa alla prima richiesta / prima attivazione della polizza, sia in forma diretta che in forma indiretta.
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.
Trattamenti fisioterapici e rieducativi	Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

MODULO PROPOSTA
CF WELLFARE

N. Proposta CF e CF Life	Intermediario	Cod.Int.	C.Sub.Int.	Cod. prodotto
				100.2017.PW

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

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

Beneficiari

Alla scadenza della polizza

In caso di decesso dell'Assicurato

**In caso di mancata compilazione dei dati di cui sopra l'impresa potrà incontrare al decesso dell'assicurato maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/dei beneficiario/i.
La modifica o revoca di quest'ultimo deve essere comunicata all'impresa come da regolamento 41/2018.**

REFERENTE 3°:

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

MODULO PROPOSTA
CF WELLFARE

GARANZIE OPERANTI E PREMIO PERIODICO

Decorrenza	Scadenza	Frazionamento	Tacito rinnovo
			si

Codice - Garanzie Prestate	Somma Assicurata Euro	Premio annuo Lordo Totale Euro	di cui Spese di Emissione Euro	di cui imposte Euro
■ 01103- Invalidità Permanente da Infortuni				
■ 02114 - Check Up				
■ 01109 - Rimborso Spese Cura da Infortunio				
■ 01114 - Diaria da Immobilizzazione da Infortunio				
■ 01107 - Diaria da Ricovero da Infortunio				
■ 02103 - Grandi Interventi Chirurgici				
■ 02102 - Invalidità Permanente da Malattia				
■ 02115 - Critical Illness				
■ 02112 - Cure Dentarie				
■ 02105 - LTC – Non Auto Sufficienza				
■ 16001 - Perdita Impiego				
■ 16002 - Riduzione Reddito				
■ 01011 - Temporanea Caso Morte				
■ 01012 - PUR Capitale Differito a Premi Unici Ricorrenti				
PREMIO ANNUO TOTALE				
Premio Mensile Lordo totale				

PREMIO DI PERFEZIONAMENTO E RATE SUCCESSIVE

Premio	Somma assicurata capitale differito Euro	Premio Lordo Totale di Rata* Euro	di cui Spese di Emissione Euro	di cui Imposte Euro
PREMIO TOTALE alla sottoscrizione del Contratto – RATA INIZIALE (In caso di frazionamento mensile devono essere versate 3 mensilità) dal gg/mm/aaaa al gg/mm/aaaa				
PREMIO TOTALE Rate successive da versare dal gg/mm/aaaa				

*non sono previsti interessi di frazionamento; a partire dalla seconda annualità, in luogo delle "Spese di Emissione" sono previsti "Costi Fissi" su ogni rata di premio come da Art. 4 "Costi della Nota Informativa".

Data _____

Il Contraente _____

MODULO PROPOSTA CF WELLFARE

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

- 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;
- 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 di perfezionamento potrà avvenire direttamente presso l'Intermediario che ha distribuito il contratto, nel rispetto ed entro i limiti fissati dalle vigenti disposizioni di legge.

Il pagamento delle annualità e delle rate successive dovrà essere effettuato a mezzo SDD sul conto corrente bancario intestato a CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. presso IBAN n.

È escluso il pagamento del premio in contanti.

ACCESSO ALL'AREA RISERVATA

Dalla homepage del sito del Gruppo CF Assicurazioni www.cfassicurazioni.com è possibile accedere all'area riservata ai clienti <http://areaclienti.cfassicurazionilife.com/> per la cui registrazione è richiesto il Codice Fiscale del contraente ed il numero del certificato della polizza sottoscritta.

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.

Email _____ 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 Set 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 _____

MODULO PROPOSTA CF WELLFARE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto e preso visione prima dell'adesione, del modello KID, della documentazione precontrattuale nonché del set informativo contenente: DIP Vita, DIP Danni, DIP aggiuntivo, Condizioni di Assicurazione, Glossario e il presente Modulo di Proposta.

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. 8 "Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato",
- Parte II B, "Condizioni della garanzia Temporanea Caso Morte, Art. 7 "Esclusioni"
- Parte III, Garanzie prestate da CF Assicurazioni S.p.A., Art. 2.1 "Esclusioni -Norme che regolano la garanzia Infortuni", Art. 3.1 "Esclusioni - Norme che regolano la garanzia Malattia", Art. 4.1 "Esclusioni - Norme che regolano la garanzia Long Term Care", Art. 7 "Rivedibilità dello stato di non-autosufficienza", Art.10 "Esclusioni per la garanzia Perdita d'Impiego", Art. 14 "Esclusione - Riduzione involontaria del reddito"

Il Contraente

L'Assicurato

L'Intermediario

Firme Leggibili

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 6 "interruzione del pagamento dei premi e prosecuzione delle garanzie" della parte 1 delle Condizioni di Assicurazione, il Contraente autorizza sin d'ora, al ricorrere dei presupposti ivi previsti, il/i riscatto/i parziale/i automatico/i della riserva matematica accumulata dalla garanzia di capitale differito finalizzato alla conservazione delle restanti garanzie.

Il Contraente

Nell'aderire a CF WellFare, il Contraente dichiara di approvare e fare propria la selezione delle Strutture Convenzionate del Network di Blue Assistance ai fini dell'erogazione di cui alle garanzie "Grandi Interventi Chirurgici", "Check-Up" e "Cure Dentarie".

Il Contraente

MODULO PROPOSTA CF WELLFARE

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-tonsillectomia, 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 particolari (dati relativi allo stato di salute) per l'attivazione delle coperture assicurative, ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento EU 679/2016 dettato in materia di trattamento di dati personali.

Firma dell'Assicurando _____

MODULO PROPOSTA CFWELLFARE

PROGETTO ESEMPLIFICATIVO PERSONALIZZATO (Garanzia PUR in forma di Capitale Differito)

N.Proposta:

Cod. Prodotto: 100.2017.PW

La presente elaborazione viene effettuata in base ad una predefinita combinazione di premio e durata. Gli sviluppi delle prestazioni rivalutate e dei valori di riscatto di seguito riportati sono calcolati sulla base di due diversi valori:

- a) il tasso di rendimento minimo garantito contrattualmente;
b) una ipotesi di rendimento annuo costante stabilito dall'IVASS e pari, al momento di redazione del presente Progetto, al 2%. **Il tasso del 2% costituisce un'ipotesi di rendimento annuo costante ed è meramente indicativo. Pertanto non vi è nessuna certezza che le ipotesi di sviluppo delle prestazioni applicate si realizzeranno effettivamente.**

I valori sviluppati in base al tasso minimo garantito rappresentano le prestazioni certe che l'impresa è tenuta a corrispondere, in base alle Condizioni di Assicurazione e non tengono pertanto conto di ipotesi su future partecipazioni agli utili.

I valori sviluppati in base al tasso di rendimento stabilito dall'IVASS sono meramente indicativi e non impegnano in alcun modo l'Impresa. Tali valori variano, come previsto dall'articolo 19 delle Condizioni Generali di Assicurazione, in funzione del passaggio da una classe di età di appartenenza all'altra durante la durata contrattuale. Non vi è infatti nessuna certezza che le ipotesi di sviluppo delle prestazioni applicate si realizzeranno effettivamente. I risultati conseguibili dalla Gestione degli investimenti potrebbero discostarsi dalle ipotesi di rendimento impiegate.

SVILUPPO DEI PREMI, DELLE PRESTAZIONI E DEI VALORI DI RISCATTO DEL CAPITALE DIFFERITO A PUR IN BASE A:

Assicurato:

Premio Unico Ricorrente Lordo: €

Età assicurato:

Prestazione Assicurata iniziale: €

Durata dello sviluppo:

A) SVILUPPO IN BASE AL RENDIMENTO MINIMO GARANTITO

Tasso di rendimento minimo garantito: 0,00%

Anni trascorsi	Premi in Euro		Prestazioni assicurate in Euro		
	Importo annuo lordo	Cumulo premi annui lordi	Capitale rivalutato alla fine dell'anno	Capitale Assicurato morte a fine anno	Valore di riscatto in caso di alla fine dell'anno
1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Anni trascorsi	Premi in Euro		Prestazioni assicurate in Euro		
	Importo annuo lordo	Cumulo premi annui lordi	Capitale rivalutato alla fine dell'anno	Capitale Assicurato in caso di morte a fine anno	Valore di riscatto alla fine dell'anno
27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
32	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
34	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
39	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

L'operazione di riscatto comporta una penalizzazione economica. Come si evince dalla tabella, il recupero dei premi versati potrà avvenire, sulla base del tasso di rendimento minimo contrattualmente garantito, alla fine dell'anno sopra evidenziato in "neretto". Qualora non fosse evidenziata alcuna riga, il recupero dei premi versati non avviene.

**MODULO PROPOSTA
CFWELLFARE**

B) SVILUPPO AL TASSO DI RENDIMENTO FINANZIARIO

Tasso di rendimento finanziario: 2%

Tasso di rendimento effettivo al netto min imo trattenuto: 1%

Anni trascorsi	Premi in Euro		Prestazioni assicurate in Euro		
	Importo annuo	Cumulo premi	Capitale rivalutato	Capitale Assicurato	Valore di riscatto
	lordo	annui lordi	alla fine dell'anno	morte a fine anno	alla fine dell'anno
1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
32	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
34	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
39	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Le prestazioni indicate nelle tabelle sopra riportate sono al lordo degli oneri fiscali

Data Elaborazione

MODULO PROPOSTA CFWELLFARE

INFORMATIVA EX ART. 13 e 14 DEL REGOLAMENTO EU 679/2016

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento EU 679/2016 dettato in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (di seguito Regolamento), **CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita 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) fornirLe 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 e CF Life in occasione delle operazioni di trattamento, potrebbero venire a conoscenza anche di Dati che la Legge definisce particolari: come ad esempio, dati idonei a rivelare il Suo stato di salute. Anche a tale riguardo, Le confermiamo che i Suoi Dati 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. La base giuridica del trattamento dei suoi dati personali è il contratto di assicurazione in essere tra le parti per le finalità di cui al punto 1 lettera a), la base giuridica per le finalità di cui al punto 1 lettera b) è il consenso. In relazione a quest'ultimo, le ricordiamo che lei ha il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento in base al consenso da lei fornito prima del ritiro.

5. 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;

6. I suoi dati personali saranno trattati per le finalità di cui al punto 1 lettera a) per la durata del rapporto assicurativo e successivamente saranno conservati per assolvere agli obblighi previsti dalla normativa contabile e fiscale, tali dati saranno inoltre conservati nei limiti dei tempi prescrizionali previsti per l'esercizio dei diritti discendenti dal rapporto instaurato con la nostra società. I dati personali trattati per le finalità di cui al punto 1 lettera b) saranno conservati per 24 mesi;

7. Il Responsabile della protezione dei dati è per entrambe le società, è la Protection Trade Srl con sede in via Giorgio Morandi, 22 – ITRI (LT) il responsabile della protezione dei dati potrà essere contattato per le tematiche privacy relative a CF Assicurazioni S.p.A. all'indirizzo mail Dpo_cf@protectiontrade.it e per le tematiche privacy relative a CF Life all'indirizzo Dpo_cflife@protectiontrade.it.

8. Al fine di poterLe offrire una gestione delle pratiche più efficace possibile, utilizziamo in parte programmi di verifica, i quali calcolano, in base alle informazioni da Lei fornite nella proposta di assicurazione, il rischio assicurativo e determinano, ad esempio, l'ammontare del Suo premio assicurativo o anche eventuali esclusioni di rischio. Inoltre, con tali programmi determiniamo, in aree parziali e in maniera automatizzata, il nostro obbligo di prestazione in caso di sinistro. I parametri di verifica utilizzati da questi programmi sono determinati in base ai dati attuariali storici, assicurando in tal modo un metro di misura oggettivo. Lei ha la facoltà di rifiutare tali processi automatizzati relativamente alla Sua persona e alle Sue pratiche e richiedere l'evasione manuale della Sua pratica da parte dei collaboratori della nostra Società.

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. La base giuridica del trattamento dei suoi dati personali per tale finalità è il contratto stipulato tra le parti e l'adempimento di obblighi normativi, e saranno conservati per il tempo previsto al punto 6. della presente informativa. 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. I dati non sono oggetto di diffusione e possono essere comunicati soltanto ai competenti Organi di controllo, nonché a Magistratura e Forze dell'ordine.

Lei potrà rivolgersi al Titolare per esercitare i diritti previsti dal Regolamento EU 679/2016 a favore dell'interessato ed in particolare potrà richiedere l'accesso, la rettifica, l'aggiornamento, il blocco, la revoca del consenso in conformità con le norme applicabili, la limitazione del trattamento, la portabilità dei dati e la cancellazione degli stessi; potrà inoltre di opporsi per motivi legittimi al trattamento. Lei potrà esercitare tali diritti rivolgendosi all'indirizzo mail cfassicurazioni@protectiontrade.it per i contratti stipulati con CF Assicurazioni S.p.A. e all'indirizzo cflife@protectiontrade.it per i contratti stipulati con CF Life Compagnia di Assicurazioni S.p.A. Le ricordiamo infine, che in relazione al trattamento dei suoi dati, lei ha il diritto di presentare un reclamo all'Autorità di controllo.

Formula di consenso al trattamento dei dati

Acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 e 14 del Regolamento EU 2016/679, ai sensi dell'articolo 6 dello stesso conferisco il consenso al trattamento

- dei dati particolari finalizzato alla fornitura dei prodotti e/o servizi assicurativi, ed 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 5) della presente informativa.

Firma Contraente-Assicurato _____

Firma Assicurato _____
(se diverso da Contraente)

- 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.
 CF Assicurazioni S.p.A.,

e-mail telefono fax SMS posta cartacea

(Barrare una o più caselle per indicare la modalità di comunicazione per la realizzazione delle attività menzionate)

Firma Contraente-Assicurato _____

Firma Assicurato _____
(se diverso da Contraente)

¹ Se l'assicurato è un minore d'età, la firma dovrà essere apposta da un genitore o da chi ne esercita la potestà.