COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI VITA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Temporanea Caso Morte a Capitale e a Premio Annuo Costanti con Restituzione di Parte dei Premi

DOPPIO RELAX

Mod.V.009.2014.DR
Mod.V.010.2014.DR

ed. 2018.01

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

a) **Nota Informativa**

b) **Condizioni di Assicurazione**

c) **Glossario**

d) **Modulo di Proposta**

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

AVVERTENZA: Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

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

Capitale sociale: € 6.700.000,00 i.v. – C.F. 09623620151 – P.IVA: 03801541008
REA CCIA Roma n. 702453 – Iscrizione 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.

NOTA INFORMATIVA
CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA CASO MORTE A CAPITALE E A PREMIO ANNUO COSTANTI CON RESTITUZIONE DI PARTE DEI PREMI

Il presente documento è aggiornato al 31.05.2018

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.
***Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza*.**

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: 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 6.700.000,00 di Euro i.v. - P.IVA n. 03801541008 Cod. F. 09623620151 REA CCIAA Roma n. 702453 Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n.1.00096. Autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 15/02/1991 (G.U: n.47 del 25/02/1991) e del 02/03/1993 (G.U: n.58 del 03/11/1993) provvedimento IVASS (già ISVAP) n.51-14-000507 del 02/04/2014 Società del Gruppo assicurativo CF Assicurazioni S.p.A., iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 042.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

L'ammontare del patrimonio netto al 31 dicembre 2017 è pari a euro 6.114.450 di cui:
- la parte relativa al capitale sociale è pari a euro 6.700.000;
- la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali, compreso il risultato d'esercizio, è pari a euro -585.550.

L'indice di solvibilità è pari al 184,11% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei Fondi Propri Ammissibili (Eligible Own Fund) e l'ammontare del Requisito di Solvibilità (SCR) richiesto dalla normativa vigente.
I dati sono relativi all'ultimo Bilancio presentato in Consiglio d'Amministrazione.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Il contratto ha una durata pluriennale con un **minimo di 5 anni** ed un **massimo di 10 anni.**
L'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto non potrà essere inferiore ai 18 anni e superiore ai 70. L'età dell'Assicurato alla scadenza del contratto non potrà essere superiore a 75 anni.
L'età dell'Assicurato è calcolata in anni interi, determinata trascurando la frazione di anno inferiore o uguale a sei mesi e arrotondando a un anno intero le frazioni d'anno superiori a sei mesi.

Il Contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:
Prestazioni in caso di decesso dell'Assicurato
In caso di decesso dell'Assicurato, in qualsiasi momento della durata contrattuale esso avvenga, l'Impresa si obbliga a corrispondere ai Beneficiari designati in polizza l'importo pari al capitale assicurato indicato nel Modulo di Proposta e secondo le modalità di cui all'art.4 "Capitale assicurato" delle Condizioni di Assicurazione.

Prestazioni in caso di sopravvivenza a scadenza dell'Assicurato
In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza di contratto, l'Impresa si obbliga a restituire al Contraente una percentuale del cumulo dei premi pagati, al netto delle eventuali spese di emissione e degli eventuali interessi di frazionamento. Tale percentuale è prefissata alla

sottoscrizione del contratto, ed è pari al 30% del cumulo dei premi annui pagati dal Contraente durante la durata del contratto.
Per maggiori informazioni si rimanda all'art. 2 "Oggetto dell'assicurazione" delle Condizioni di Assicurazione.

Il capitale assicurabile va da un minimo di 50.000,00 € ad un massimo di 500.000,00 €.

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa – senza limiti territoriali – salvo le limitazioni previste.
Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 7 "Esclusioni" delle Condizioni di Assicurazione.

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

AVVERTENZA: Si invita il Contraente a leggere con attenzione le raccomandazioni e le avvertenze contenute nel Modulo di Proposta relative alla compilazione del Questionario Sanitario.
AVVERTENZA: La presente copertura prevede un periodo di carenza di 180 giorni dalla data di decorrenza del contratto.
Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 8 "Carenza" delle Condizioni di Assicurazione.

4. Premi
Il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate (decesso e percentuale di restituzione dei premi in caso di sopravvivenza a scadenza), alla loro durata, all'ammontare del capitale assicurato, all'età dell'Assicurato nonché al suo stato di salute e alle attività professionali svolte.
Le prestazioni contrattuali sono erogate a fronte del pagamento di premi annui di importo costante, corrisposti in via anticipata per l'intera durata contrattuale.
Il pagamento del premio è previsto in rate annuali anticipate ed è costante per tutta la durata contrattuale. **È previsto un premio minimo annuo di € 150**.
A richiesta del Contraente il premio può essere corrisposto anche in rate sub-annuali (mensili, trimestrali e semestrali) e in tal caso si applicano le addizionali di frazionamento indicate al successivo paragrafo 6.1.1 "Costi gravanti sul premio".
Nei casi in cui venga richiesto il frazionamento del premio in rate sub-annuali, la rata non dovrà essere inferiore a € 50.
Al momento della sottoscrizione della Polizza, il Contraente versa la prima rata del premio.
Si ricorda che in caso di frazionamento del premio in rate sub-annuali, per aver diritto alla prestazione, vige comunque l'obbligo per il Contraente del versamento dell'intera prima annualità di premio.
In mancanza del pagamento anche solo di una delle rate di premio previste dal contratto, trascorsi 30 giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, la garanzia viene sospesa.
È facoltà del Contraente riattivare il contratto entro 12 mesi dalla data di mancato pagamento del primo premio rimasto insoluto.
Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli artt. 10 "Mancato pagamento del premio" e 11 "Ripresa del pagamento del premio – Riattivazione" delle Condizioni di Assicurazione.

In relazione allo stato di salute, all'attività professionale e alle attività sportive l'Impresa si riserva la facoltà di applicare eventuali sovrappremi, di limitare o di rifiutare l'assunzione del rischio, come indicato all'art.13 "Aggravamento del Rischio in corso di validità contrattuale (Art. 1926 del Codice Civile)" delle Condizioni di Assicurazione.
Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 6 "Modalità di adesione al contratto (documentazione medica, ecc.) – Griglia di assunzione" delle Condizioni di Assicurazione.

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.

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

In mancanza di Intermediario, il Contraente potrà versare il premio direttamente sul conto corrente bancario intestato a CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. – presso Carifermo – IBAN n. IT 22 X 06150 03200 CC0370073415.

È escluso il pagamento del premio in contanti.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 9 "Premio" delle Condizioni di Assicurazione.

5. Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili
Il presente contratto non prevede partecipazione agli utili.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

6. Costi
La sottoscrizione del presente contratto comporta a carico diretto del Contraente dei costi certi, quelli cioè che gravano sul premio versato, e dei costi eventuali che il Contraente deve sostenere se opta per un pagamento frazionato del premio annuo e/o se la sottoscrizione della polizza avviene con preliminari accertamenti sanitari.

6.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente
6.1.1 Costi gravanti sul premio
I costi sono indicati nel Modulo di Proposta e sono inclusi nell'importo del premio.
Il presente contratto non prevede spese di emissione.

Le spese per accertamenti sanitari sono a totale carico del Contraente o dell'Assicurato e dipendono dalle tariffe praticate dalle strutture sanitarie alle quali il Contraente/Assicurato sceglie di rivolgersi liberamente.

Tabella: costi gravanti sul premio:

Tipologia	Importo	Periodicità di prelievo	Modalità di prelievo
Caricamento percentuale	45,00%	Su ciascun premio annuo pagato	Compreso nel premio annuo pagato

Tali costi sono indipendenti dall'ammontare del capitale assicurato, dall'età, dal sesso e dalla durata contrattuale.

La quota parte percepita dall'intermediario con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari al 18,50 %.

In caso di frazionamento del premio in rate sub-annuali sono applicati gli interessi, come di seguito indicato:

Frazionamento	Mensile	Trimestrale	Semestrale
Interessi di Frazionamento	2,00%	1,50%	1,00%

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

6.1.3 Costi per l'erogazione della rendita
Non previsti, in quanto il contratto non prevede erogazione di rendita.

6.2 Costi applicati in funzione delle modalità di partecipazione agli utili
Non previsti, in quanto il contratto non prevede partecipazione agli utili.

7. Sconti
Non sono previsti sconti applicabili al presente contratto.

8. Regime fiscale

8.1. Regime fiscale dei premi
I premi pagati sulle assicurazioni sulla vita non sono attualmente soggetti ad alcuna imposta. Eventuali oneri fiscali che dovessero in futuro essere applicati per legge al presente contratto saranno a carico del Contraente.

8.2 Detraibilità fiscale
Per i contratti che hanno per oggetto i rischi di morte, di invalidità permanente superiore al 5% o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, il regime fiscale in corso consente una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente.

Condizione necessaria è che l'Assicurato sia la stessa persona Contraente o persona fiscalmente a suo carico.
La parte di premio che viene restituita a scadenza, premio vita, non è detraibile.

8.3 Tassazione delle somme erogate
Le somme dovute dall'Impresa a seguito di decesso dell'Assicurato (oggetto del contratto) sono esenti da imposizione fiscale e non possono essere sottoposte a sequestro o pignoramento (art. 1923 Codice Civile). Sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

9. Modalità di perfezionamento del contratto
Per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative e per altri aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 6 "Modalità di adesione al contratto (documentazione medica, ecc.) – Griglia di assunzione" delle Condizioni di Assicurazione.

10. Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi
Il Contraente ha facoltà di risolvere il contratto sospendendo il pagamento dei premi.

AVVERTENZA: Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla sua scadenza, determina la risoluzione del contratto e le rate versate restano acquisite dall'Impresa.
È consentita la riattivazione dell'assicurazione e per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art.11 "Ripresa del pagamento del premio – Riattivazione" delle Condizioni di Assicurazione.

11. Riscatto e riduzione
Il contratto non riconosce un valore di riduzione e non è riscattabile.

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

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

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

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

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

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

14. Documentazione da consegnare all'Impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione
In caso di decesso i Beneficiari designati devono dare immediata comunicazione dell'accaduto all'Impresa tramite raccomandata con avviso di ricevimento.

Per tutta la documentazione che il Contraente e/o Beneficiario sono tenuti a presentare per la liquidazione e per altri aspetti di dettaglio si rinvia all'art.19 "Documentazione in caso di sinistro" delle Condizioni di Assicurazione.

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento di tutta la documentazione richiesta, l'Impresa corrisponde agli aventi diritto le somme dovute tramite bonifici bancari sulle coordinate bancarie che saranno comunicate dai Beneficiari.
Trascorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto.

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

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

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

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

17. Reclami
Eventuali reclami 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
Tel. 06 51294 600 – Fax 06 51294 960
reclami@cfassicurazionilife.com

qualora si utilizzi un account di posta certificata si può utilizzare l'indirizzo reclamicflife@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 dell'Impresa.
I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS dovranno contenere:
a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
d) copia del reclamo presentato all'Impresa e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

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

18. Informativa in corso di contratto
L'Impresa comunica per iscritto al Contraente, in occasione della prima comunicazione da inviare in adempimento agli obblighi di informativa previsti dalla normativa vigente, le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.
Il Contraente, prima della conclusione del contratto o della sottoscrizione della polizza, può dare il suo consenso alla trasmissione della documentazione in formato elettronico nella fase precontrattuale e in corso di rapporto. Il consenso può essere reso dal cliente con riferimento ad un singolo contratto o anche a tutti gli eventuali successivi contratti, stipulati con il medesimo intermediario o con la medesima Impresa. Il consenso può essere reso dal Contraente anche in corso di contratto, relativamente alle future comunicazioni. Il Contraente ha la facoltà di revocare il consenso espresso, anche mediante comunicazione via posta elettronica. In caso di revoca, l'Impresa può addebitare i costi connessi alla stampa e all'eventuale trasmissione della documentazione in formato cartaceo.

19. Comunicazioni del Contraente all'Impresa
Ai sensi dell'art.1926 del Codice Civile l'Assicurato e il Contraente sono tenuti a dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni fatto o circostanza relativa a mutamento della professione e della pratica di sport pericolosi, tali da comportare una variazione del rischio assicurato, entro 30 giorni dal verificarsi di tali mutamenti.
Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art.13 "Aggravamento del rischio in corso di validità contrattuale (Art. 1926 del Codice Civile)" delle Condizioni di Assicurazione.

20. Conflitto di interessi
CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. è una Società del Gruppo Assicurativo CF Assicurazioni S.p.A.. Il presente contratto non presenta situazione di conflitto di interesse, anche derivanti da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di Impresa del gruppo.
L'Impresa si impegna comunque a operare in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti/Assicurati e a ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

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

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

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

Il Direttore Generale
Michele Cristiano



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Temporanea Caso Morte a Capitale e a Premio Annuo Costanti con Restituzione di Parte dei Premi

Il presente documento è aggiornato al 31.05.2018

Art. 1 – Obblighi dell'Impresa
Gli obblighi dell'Impresa risultano esclusivamente dalle presenti Condizioni di Assicurazione, dalla documentazione presentata e firmata dal Contraente/Assicurato prima della sottoscrizione del Modulo di Proposta, dal Contratto e dalle Appendici emesse e firmate dall'Impresa stessa.

Art. 2 – Oggetto dell'assicurazione
Il presente contratto è un'assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale e a premio annuo costanti con restituzione, nel caso di sopravvivenza a scadenza dell'Assicurato, di una percentuale prefissata dei premi versati durante la durata contrattuale dal Contraente/Assicurato.

Il contratto ha una durata pluriennale scelta dal Contraente tra un minimo di 5 anni ed un massimo di 10 anni.

***Il Contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative**:*
Prestazioni in caso di decesso dell'Assicurato
In caso di decesso dell'Assicurato, in qualsiasi momento della durata contrattuale esso avvenga, l'Impresa si obbliga a corrispondere ai Beneficiari designati in polizza l'importo pari al capitale assicurato indicato nella Modulo di Proposta e all'art. 4 "Capitale assicurato" delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Prestazioni in caso di sopravvivenza a scadenza dell'Assicurato
In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza di contratto, l'Impresa si obbliga a restituire al Contraente, una percentuale del cumulo dei premi pagati, al netto delle eventuali spese di emissione e degli eventuali interessi di frazionamento. Tale percentuale è prefissata alla sottoscrizione del contratto, ed è pari al 30% del cumulo dei premi annui pagati dal Contraente durante la durata del contratto.

La prestazione della garanzia è subordinata alla verifica dello stato di salute dell'Assicurato, come previsto dall'art. 6 "Modalità di adesione al contratto (documentazione medica, ecc.) - Griglia di assunzione" delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa – senza limiti territoriali – salvo le limitazioni previste all'art. 7 "Esclusioni" delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Art. 3 – Limiti di età dell'Assicurato
L'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto non potrà essere inferiore ai 18 anni e superiore ai 70 anni. L'età dell'Assicurato alla scadenza del contratto non potrà essere superiore a 75 anni.
L'età dell'Assicurato è calcolata in anni interi, determinata trascurando la frazione di anno inferiore o uguale a sei mesi e arrotondando a un anno intero le frazioni d'anno superiori a sei mesi.

Art. 4 – Capitale assicurato
Il capitale per il caso di decesso dell'Assicurato è indicato in polizza.
Il capitale assicurabile va da un minimo di 50.000,00 € ad un massimo di 500.000,00 €.
Il capitale assicurato sarà pagato ai Beneficiari designati in polizza in caso di morte dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale.
In caso di sopravvivenza alla scadenza del contratto dell'Assicurato, al Contraente verrà restituita una parte dei premi pagati, pari al 30% del cumulo dei premi annui pagati.

Art. 5 – Durata del contratto
Per durata del contratto si intende l'arco di tempo intercorrente tra la data di decorrenza e quella di scadenza indicate in polizza.
Questo contratto ha una durata pluriennale con un **minimo di 5 anni ed un massimo di 10 anni** a scelta del contraente prima della decorrenza della copertura.

Art. 6 – Modalità di adesione al contratto (documentazione medica, ecc.) - Griglia di assunzione
Per consentire la corretta valutazione del rischio da parte dell'Impresa è necessario che l'Assicurando fornisca la documentazione indicata nello schema che segue, in relazione all'età dell'Assicurando stesso e al capitale da assicurare richiesto:

Capitale in Euro	Età dell'Assicurando alla data di sottoscrizione		
	Fino a 49 anni	Da 50 a 59 anni	Da 60 anni
Fino a 200.000 Euro	Questionario sullo Stato di Salute, oppure Questionario Sanitario	Questionario sullo Stato di Salute, oppure Questionario Sanitario	Questionario Sanitario Rapporto di Visita Medica Esame urine
da 200.001 Euro a 250.000 Euro	Questionario Sanitario	Questionario Sanitario	Tutto quanto sopra + Sierologia virale Esami ematochimici PSA
da 250.001 Euro a 500.000 Euro	Questionario Sanitario Rapporto di Visita Medica Esame urine Sierologia virale Esami ematochimici ECG	Questionario Sanitario Rapporto di Visita Medica Esame urine Sierologia virale Esami ematochimici PSA - ECG	Tutto quanto sopra + Visita specialistica cardiologica incluso ECG
Esami ematochimici: Emocromo completo con piastrine, VES, acido urico, glicemia, colesterolemia totale e HDL, trigliceridemia, creatininemia, transaminasi (AST+ALT) + Gamma GT, bilirubinemia totale e frazionata, elettroforesi sieroproteica, fosfatasi alcalina, tempo di protrombina **Esame urine:** Esame completo delle urine in laboratorio **Sierologia virale:** Test HIV 1-2 (salvo i casi in cui è prevista la carenza) + HBsAg + anti HCV **PSA:** Prostatic Specific Antigen, per assicurati di sesso maschile			
In caso di sottoscrizione della polizza, la documentazione originale viene trattenuta dall'Impresa.			

In relazione al capitale da garantire richiesto dall'Assicurando e alla sua età anagrafica, l'Impresa può richiedere la sola sottoscrizione del Modulo di Proposta, che contiene il Questionario sullo Stato di Salute, ovvero la presentazione di documentazione medica (Questionario sanitario + visita medica + esami medici + eventuali approfondimenti).
Il premio viene calcolato tenendo conto della valutazione di tale documentazione.

I costi della visita, degli accertamenti e degli eventuali approfondimenti medici richiesti sono a totale carico del Contraente/Assicurato e non vengono rimborsati dall'Impresa.

Qualora l'Assicurando possa sottoscrivere il Questionario sullo Stato di Salute, il contratto si ritiene concluso al momento dell'adesione, previo pagamento del premio annuo o della prima rata di premio e consegna da parte dell'Impresa del Certificato di Assicurazione firmato.

Qualora l'Assicurando non possa sottoscrivere il Questionario sullo Stato di Salute, per ragioni di salute o perché richiede un capitale più elevato per il quale è necessaria la visita medica, il contratto si ritiene concluso al termine del processo di valutazione del rischio da effettuarsi attraverso la sottoscrizione di un Questionario Sanitario e presentazione degli esiti della documentazione medica eventualmente prevista per il livello di capitale assicurato richiesto e per l'età dell'Assicurato.
L'Impresa invierà all'Assicurato il Certificato di Assicurazione firmato, completo con eventuali indicazioni di sovrappremio o limitazioni di copertura.

Art. 7 – Esclusioni
Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa del decesso – senza limiti territoriali - salvo i casi in cui il decesso sia causato da:

a) **dolo del Contraente o dei Beneficiari**
b) **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi**
c) **partecipazione attiva dell'Assicurato a operazioni militari o partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, dichiarata o di fatto, salvo che quest'ultima non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere ugualmente prestata su richiesta, alle condizioni stabilite dal competente Ministero**
d) **partecipazione attiva a scioperi, sommosse, tumulti, invasioni, vandalismi compiuti o tentati dall'Assicurato**
e) **incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio**
f) **suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione del contratto**
g) **infortuni o malattie causati all'Assicurato da abuso di alcol e di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza**
h) **pratica di sport pericolosi quali, ad esempio: sport aerei in genere (paracadutismo, deltaplano, parapendio, ULM, elicottero, aliante, ecc.); alpinismo, scalate, accesso ai ghiacciai, arrampicata libera, escursioni alpine superiori a 3.000 m, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, bob, guidoslitta; speleologia; caccia grossa, safari; equitazione (competizioni equestri); skeleton; rafting; partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore; motonautica (off-shore, hovercraft, competizioni velistiche), vela (a più di 60 miglia dalla costa); competizioni ciclistiche; canoa, kayak; pugilato e lotta; atletica pesante; sport a livello professionale**
i) **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro**
j) **malattie e/o conseguenze di situazioni patologiche o di lesioni già note all'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta e non dichiarate**
k) **infezione da virus HIV o da sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o da sindromi o stati assimilabili, qualora il decesso avvenga entro 5 anni dalla conclusione del contratto o entro 7 anni qualora l'Assicurando rifiuti di sottoporsi all'accertamento previsto dall'Impresa, come indicato all' art. 8 "Carenza" delle presenti Condizioni di Assicurazione**
l) **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche.**

In tutti i suddetti casi, l'Impresa si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente

il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.

Non sono assicurabili le persone 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 implichino 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 si riserva di valutare le attività lavorative e/o sportive svolte anche saltuariamente, dichiarate prima della conclusione del contratto, previa sottoscrizione di apposito questionario.
La valutazione sarà oggetto di specifica dichiarazione riportata su Appendice alla polizza che potrà:

- Includere l'attività professionale o sportiva, con eventuale versamento di sovrappremio
- Escludere dalla garanzia il decesso dovuto all'attività professionale o sportiva dichiarata.

Si richiama l'attenzione sulla necessità del Contraente e dell'Assicurato di dare comunicazione entro 30 giorni all'Impresa qualora l'Assicurato inizi a svolgere una delle attività professionali o sportive escluse per consentire di valutare il nuovo stato di rischio, come previsto dal successivo art. 13 "Aggravamento del rischio in corso di validità contrattuale (Art. 1926 del Codice Civile)".

Art. 8 – Carenza
La presente copertura prevede un periodo di carenza di 180 giorni dalla data di decorrenza del contratto.
La carenza è il periodo di tempo durante il quale le 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.
La carenza si applica per tutti i contratti stipulati senza visita medica, o con la sola sottoscrizione del Questionario sullo Stato di Salute o del Questionario Sanitario.

Il periodo di carenza si intende annullato e quindi la copertura decorre immediatamente all'atto della firma, qualora l'Assicurando si sottoponga a visita medica e agli esami clinici eventualmente previsti per il capitale prescelto e in relazione all'età dell'Assicurando stesso. L'Impresa verifica gli esiti di tali documenti e conferma le condizioni alle quali è disponibile ad accettare di prestare la copertura (a premio di tariffa, con applicazione di sovrappremio sanitario o per attività sportive o professionali particolari, con esclusione di patologie o attività sportive/professionali) o comunica il proprio rifiuto a prestare la copertura.
Il periodo di carenza si intende altresì annullato nel caso in cui il decesso avvenga per conseguenza diretta di uno dei seguenti eventi, purché sopravvenuti o verificatisi dopo l'entrata in vigore del contratto:

a) conseguenza diretta di una delle seguenti malattie infettive acute: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica
b) conseguenza diretta di shock anafilattico (malattia non infettiva)

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

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nel corso del periodo di carenza come sopra indicato, l'Impresa corrisponderà, in luogo del capitale assicurato, una somma pari all'importo della riserva matematica calcolata al momento del decesso.

Art. 9 – Premio

Le prestazioni contrattuali sono erogate a fronte del pagamento di premi annui di importo costante, corrisposti in via anticipata per l'intera durata contrattuale.
Il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate (decesso e percentuale di restituzione dei premi in caso di sopravvivenza a scadenza), allo loro durata, all'ammontare del capitale assicurato, all'età dell'Assicurato nonché al suo stato di salute e alle attività professionali svolte.
Una volta determinato il premio, questo rimane costante per tutta la durata del contratto e deve essere versato all'Impresa in via anticipata, all'atto della conclusione del contratto e alle successive scadenze previste.
Il pagamento del premio è previsto in rate annuali. **È previsto un premio minimo annuo di € 150**.

Su richiesta del Contraente il premio può essere corrisposto anche in rate sub-annuali (mensili, trimestrali e semestrali) e in tal caso si applicano le addizionali di frazionamento indicate al paragrafo 6.1.1 della Nota Informativa "Costi gravanti sul premio".
Nei casi in cui venga richiesto il frazionamento del premio in rate sub-annuali la rata non potrà essere inferiore a € 50.
Al momento della sottoscrizione della Polizza, il Contraente versa la prima rata del premio.
Si ricorda che in caso di frazionamento del premio in rate sub-annuali, per aver diritto alla prestazione, vige comunque l'obbligo per il Contraente del versamento dell'intera prima annualità di premio.
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.

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

In mancanza di intermediario, il Contraente potrà versare il premio sul conto corrente bancario intestato a CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. – presso Carifermo – IBAN n. IT 22 X 06150 03200 CC0370073415.

È escluso il pagamento del premio in contanti.

Art. 10 – Mancato pagamento del premio

A parziale deroga dell'art. 1924 del Codice Civile il mancato pagamento del premio, trascorsi 30 giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina la sospensione della garanzia e i premi pagati rimangono acquisiti dall'Impresa.
Trascorsi 12 mesi dalla data in cui il pagamento avrebbe dovuto essere effettuato, senza che vi sia stata riattivazione, come indicato al successivo art. 11 "Ripresa del pagamento del premio – Riattivazione" il contratto è risolto e nulla è più dovuto da parte dell'Impresa.

Art. 11 – Ripresa del pagamento del premio – Riattivazione

È facoltà del Contraente riattivare il contratto riprendendo il pagamento dei premi arretrati, maggiorati degli interessi legali calcolati per il periodo di interruzione del pagamento, alle seguenti condizioni:
- che non siano trascorsi più di 6 mesi dalla data del primo pagamento insoluto
- che l'Assicurato sia in vita
- che il pagamento dei premi arretrati e dei relativi interessi avvenga in unica soluzione

È facoltà del Contraente riattivare il contratto anche in caso di periodo di mancato pagamento superiore a 6 mesi, ma non superiore a 12 mesi.
In questo caso è necessario avere accettazione specifica da parte dell'Impresa che può richiedere all'Assicurato nuovi accertamenti sanitari e decidere in merito alla riattivazione tenendo conto del loro esito.
Trascorsi 12 mesi dalla data del primo pagamento insoluto, il contratto è risolto e non può più essere riattivato e nulla è più dovuto da parte dell'Impresa.
La riattivazione del contratto determina il ripristino della prestazione assicurata di cui all'art. 2 "Oggetto dell'assicurazione" a decorrere dalle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio totale dovuto.

Art. 12 – 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 questionari, devono essere esatte, complete e veritiere.
In caso di dichiarazioni inesatte e/o reticenti relative a circostanze tali per cui l'Impresa, se le avesse conosciute, non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle stesse condizioni, la stessa ha diritto:
a) in caso di dolo o colpa grave, (Art. 1892 del Codice Civile), di:
- **contestare** la validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto le inesattezze o la reticenza delle dichiarazioni fornite dal Contraente e dall'Assicurato;
- **rifiutare** qualsiasi pagamento al verificarsi del sinistro;

b) nel caso non esista dolo o colpa grave, (Art. 1893 del Codice Civile) di:
- **ridurre,** le somme assicurate al verificarsi del sinistro in relazione al maggior rischio accertato;
- **recedere** dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui è venuta a conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o della reticenza (Art 1893 del Codice Civile).

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica delle prestazioni in base all'età reale.

Art. 13 – Aggravamento del rischio in corso di validità contrattuale (Art.1926 del Codice Civile)
Il Contraente e l'Assicurato sono obbligati a comunicare entro 30 giorni all'Impresa la modifica delle condizioni in base alle quali è stato assunto il rischio e determinato il premio tali da comportare un mutamento che, se conosciuto dall'Impresa al momento della conclusione del contratto, la stessa non avrebbe consentito l'assunzione del rischio, o l'avrebbe consentita a fronte della corresponsione di un premio più elevato.

In particolare si sottolinea l'obbligo di inviare tempestiva comunicazione qualora l'Assicurato inizi a svolgere una delle attività professionali o sportive escluse come indicato all'art. 7 "Esclusioni" delle presenti Condizioni di Assicurazione.
L'inosservanza di tale obbligo di comunicazione può comportare la totale o parziale inefficacia della garanzia come indicato all'art. 12 "Dichiarazioni del Contraente o Assicurato".

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

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

Art.14 – Diminuzione del rischio in corso di validità contrattuale (art. 1897 del Codice Civile)
Analogamente a quanto previsto art. 13 "Aggravamento del rischio in corso di validità contrattuale (Art.1926 del Codice Civile)" che precede, il Contraente e l'Assicurato devono comunicare la modifica delle condizioni in base alle quali è stato assunto il rischio che possono determinare una diminuzione del premio: in particolare la modifica della professione e delle attività sportive.

Art. 15 – Beneficiari
I Beneficiari delle prestazioni del contratto sono designati dal Contraente.

È facoltà del Contraente revocare o modificare tale designazione in qualsiasi momento comunicandola per iscritto all'Impresa 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, 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 di eseguire la prestazione assicurata
- dopo che i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto al Contraente di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi le operazioni di recesso, pegno e vincolo di polizza richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.
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. 16 – Conclusione del contratto e Decorrenza delle coperture assicurative
Il contratto si considera concluso quando il Contraente riceve il Certificato di Assicurazione firmato a condizione che sia stato versato il primo premio annuo – o la prima rata di premio in caso di frazionamento del premio.
La garanzia è operante dalle ore 24.00 dalla data di versamento del primo premio.
Qualora il documento contrattuale preveda una decorrenza successiva, il contratto decorrerà dalle ore 24.00 della data indicata.

Art. 17 – Diritto di recesso
Il Contraente può esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto inviando una raccomandata con avviso di ricevimento a:

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

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

Art. 18 – Revoca della proposta
La proposta contrattuale può essere revocata nel periodo antecedente alla conclusione del contratto mediante l'invio tramite Raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo:

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

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

Art. 19 – Documentazione in caso di sinistro
In caso di decesso dell'Assicurato dovranno essere presentati all'Impresa i seguenti documenti a cura del Contraente e dei Beneficiari:

- certificato di morte 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
- 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
- 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
- nel caso di designazione beneficiaria agli eredi legittimi, tra i quali vi sia la vedova dell'Assicurato, una dichiarazione, sottoscritta dal medico curante, la quale attesti che la vedova non si trovi in stato di gravidanza
- in caso di eredi minori o incapaci, autorizzazione del Giudice Tutelare alla riscossione dell'indennizzo da parte del Tutore
- benestare dell'eventuale creditore vincolatario o pignoratizio in difetto del quale il pagamento sarà effettuato al detto creditore
- copia del documento d'identità e del codice fiscale di ciascun Beneficiario
- ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario, eventualmente ritenuta necessaria dall'Impresa.

La documentazione dovrà essere trasmessa all'Impresa con Raccomandata con avviso di ricevimento; l'Impresa liquiderà il capitale assicurato agli aventi diritto successivamente al ricevimento di tutta la documentazione prevista.
Decorsi 30 giorni dal ricevimento dell'ultimo dei documenti necessari, l'Impresa corrisponderà agli aventi diritto le somme dovute attraverso bonifici bancari sulle coordinate che verranno comunicate dai Beneficiari.
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.
A partire dalla scadenza del predetto termine, l'Impresa sarà unicamente tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori al saggio legale secondo la legge italiana, con esclusione della risarcibilità dell'eventuale maggior danno. Per tutti i pagamenti dell'Impresa, debbono essere preventivamente consegnati o spediti a mezzo Raccomandata con avviso di ricevimento alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e a individuare gli aventi diritto.

Art. 20 – Riscatto, riduzione, prestito
Il presente contratto non prevede valori di riduzione né di riscatto.

Art. 21 – Cessione, pegno, vincolo
È facoltà del Contraente cedere ad altri il contratto, così come darlo in pegno o vincolare le somme assicurate.
In questi casi il Contraente deve darne tempestiva comunicazione scritta all'Impresa che ne prende atto con emissione di apposita appendice al contratto da firmarsi dalle Parti.

Art. 22 – Imposte
Le imposte presenti e future dovute sugli atti dipendenti dal contratto sono a carico del Contraente, dei Beneficiari e aventi diritto, secondo le norme di legge vigenti.

Art. 23 – Forma delle comunicazioni / Prova del contratto
Tutte le comunicazioni previste dal contratto e dalla Legge, perché siano valide, devono essere fatte con lettera Raccomandata con avviso di ricevimento o tramite Fax ai recapiti della Direzione Generale dell'Impresa o direttamente all'intermediario che ha distribuito la polizza qualora egli sia abilitato a riceverle in base agli accordi esistenti con l'Impresa.
I rapporti contrattuali sono determinati esclusivamente dalla Polizza e dalle sue Appendici.

Art. 24 – Rinvio alle norme di legge
Per tutto quanto non è regolato dal contratto valgono le vigenti disposizioni di Legge.

Art. 25 – Foro competente

25.1 Ove la mediazione di qualsiasi controversia relativa alla Polizza e ai rispettivi Certificati di Assicurazione sia obbligatoria, essa è deferita all'organismo di mediazione ADR Center. La procedura di mediazione si svolgerà nella sede del predetto organismo più vicina al luogo del Foro competente per l'azione giudiziaria, determinato ai sensi del successivo paragrafo 25.2.

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

GLOSSARIO

Il presente documento è aggiornato al 31.05.2018

Appendice	Documento che forma parte integrante del contratto emesso per prendere atto di modifiche concordate tra l'Impresa e il Contraente.
Assicurato	Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.
Beneficiario	Persona fisica o giuridica designata in polizza dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento.
Capitale assicurato in caso di decesso	Importo indicato in polizza che l'Impresa corrisponde al Beneficiario in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale.
Carenza	Periodo di tempo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci, e se l'evento assicurato si verifica in tale periodo l'Impresa non corrisponde la prestazione assicurata.
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. Tali atti divengono efficaci solo quando l'Impresa, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'Appendice dello stesso. In caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia della garanzia prestata richiede l'assenso scritto del creditore titolare del pegno o del vincolatario.
Contraente	Il soggetto, persona fisica o giuridica, che stipula il contratto con l'Impresa, e si obbliga a pagare i premi alle scadenze concordate.
Contratto	È un Contratto di Assicurazione di tipo Temporaneo per il caso di Morte, a capitale e premio annuo costante, con il quale l'Impresa, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare il capitale indicato sul Certificato di Assicurazione al verificarsi del decesso dell'Assicurato. Nel caso di sopravvivenza a scadenza dell'Assicurato, l'Impresa si impegna a restituire una percentuale dei premi pagati.
Garanzia	Impegno dell'Impresa a liquidare il capitale assicurato ai Beneficiari designati in polizza in caso di decesso dell'Assicurato.
Impresa	CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. – autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa – con la quale il Contraente stipula il Contratto di Assicurazione.
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	Modulo compilato e sottoscritto dal Contraente e dall'Assicurato con il quale viene manifestata la volontà di sottoscrivere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche e alle condizioni indicate.
Nota Informativa	Documento che l'Impresa di assicurazione è tenuta a consegnare al Contraente prima della conclusione del contratto che contiene le informazioni relative all'Impresa e quelle relative al contratto.
Polizza	Documento emesso dall'Impresa comprovante l'esistenza e il contenuto del contratto di assicurazione.

Premio	L'importo versato dal Contraente all'Impresa per l'acquisto della garanzia. 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. I diritti nascenti dal presente contratto si prescrivono nel termine di 10 anni.
Prestazione in caso di sopravvivenza dell'Assicurato	È l'importo liquidabile in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del contratto.
Recesso	Diritto del Contraente di sciogliere il contratto da esercitare entro 30 giorni dal momento della conclusione del contratto.
Reclamo	Dichiarazione di insoddisfazione nei confronti di un'Impresa di assicurazione relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.
Revoca	Diritto del Contraente di manifestare l'intenzione di non sottoscrivere il contratto da esercitare prima della conclusione del contratto.
Riserva Matematica	L'importo accantonato dall'Impresa per far fronte agli impegni contrattuali assunti.

Doppio Relax 09
MODULO DI PROPOSTA

N. Proposta	Intermediario	Cod. Int.	C. Sub. Int.	Cod. Prodotto
				V.009.2014.DR

CONTRAENTE

Cognome e Nome/Ragione Sociale				**Codice fiscale**	
Nato in		**Provincia**	**Data di nascita**	**Sesso**	
numero documento d'identità valido	**tipologia documento**	**rilasciato da**		**data rilascio/rinnovo**	
Indirizzo Residenza (o Sede Legale se soggetto giuridico)		**Comune**		**Provincia**	**Cap**
Indirizzo Domicilio (se diverso da Residenza)		**Comune**		**Provincia**	**Cap**

ASSICURATO

Cognome e Nome				**Codice fiscale**	
Nato in		**Provincia**	**Data di nascita** 01/01/0001	**Sesso**	
numero documento d'identità valido	**tipologia documento**	**rilasciato da**		**data rilascio/rinnovo** 01/01/0001	
Indirizzo Residenza		**Comune**		**Provincia**	**Cap**
Indirizzo Domicilio (se diverso da Residenza)		**Comune**		**Provincia**	**Cap**
Attività esercitata dall'Assicurato:					
Altezza dell'Assicurato in cm:		**Peso dell'Assicurato in Kg:**			

BENEFICIARI

DATI ELEMENTI TECNICI

Decorrenza	Scadenza	1^scad. Succ.	Fraz.	n. Rate	Durata (AA/MM/GG)			Ricorrente	Tacito rinnovo
				0	0	0	0	SI	NO

GARANZIE OPERANTI

GARANZIE PRESTATE	CAPITALE ASSICURATO	PREMIO LORDO
TCM capitale costante premio annuo costante	€ 0,00	€ 0,00

PREMIO DA PAGARE		Premio netto	Spese di emissione/ Costi fissi	Imponibile	Tasse	Totale
Premio Firma sino al	01/01/0001	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Rate Future dal	01/01/0001	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00

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

Luogo e data

Il Contraente

Le Parti dichiarano espressamente che le disposizioni contenute negli articoli delle Condizioni di Assicurazione di seguito indicati sono state oggetto di specifica trattativa individuale tra le parti:

Art. 2, Oggetto dell'Assicurazione; **Art. 3**, Limiti di età dell'Assicurato; **Art. 4**, Capitale assicurato; **Art. 5**, Durata del contratto; **Art. 7**, Esclusioni; **Art. 8**, Carenza; **Art.10**, Mancato pagamento del premio; **Art. 11**, Ripresa del pagamento del premio -Riattivazione; **Art. 12**, Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato; **Art. 13**, Aggravamento del rischio in corso di validità contrattuale(Art. 1926 del Codice Civile); **Art. 16**, Conclusione del contratto e Decorrenza delle coperture assicurative; **Art. 17**, Diritto di recesso; **Art. 23**, Forma delle comunicazioni / Prova del contratto; **Art. 25**, Foro Competente.

Il Contraente

L'Assicurando
(se diverso dal contraente)

L'Intermediario

ed. 2018.01

Emessa in 3 originali il 07/06/2018
Mod. PR.V.009.2014.DR

FACSIMILE

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

Capitale sociale: € 6.700.000,00 i.v. - C.F. 09623620151 - P. IVA: 03801541008
REA CCIAA Roma n. 702453 - Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00096
Società del Gruppo Assicurativo CF Assicurazioni S.p.A. iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 042 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di CF Assicurazioni S.p.A.

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 dell'Impresa.

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

AVVERTENZE

a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;

b) prima della sottoscrizione della dichiarazione di buono stato di salute o della compilazione del questionario sanitario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni ivi riportate;

c) anche nei casi non espressamente previsti dall'Impresa, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a carico dell'Assicurato medesimo.

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio è previsto in rate annuali. **E' previsto un premio minimo annuo di 150 Euro.**

Su richiesta del Contraente il premio può essere corrisposto anche in rate sub-annuali (mensili, trimestrali e semestrali) e in tal caso si applicano le addizionali di frazionamento indicate al paragrafo 6.1.1 della Nota Informativa (Costi gravanti sul premio).

Nei casi in cui venga richiesto il frazionamento del premio in rate sub-annuali la rata non dovrà essere inferiore a 50 Euro.

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

In mancanza di intermediario, il Contraente potrà versare il premio sul conto corrente bancario intestato a CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. - presso Carifermo - IBAN n. IT 22 X 06150 03200 CC0370073415

E' escluso il pagamento del premio in contanti.

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 la Compagnia. Tale invio potrà essere eseguito via e-mail all'indirizzo di posta elettronica da me indicato in fase precontrattuale.

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 ISVAP n. 35 e successive modifiche e integrazioni.

Il Contraente ha la facoltà di revocare il consenso espresso anche mediante comunicazione via posta elettronica. In caso di revoca, l'Impresa può addebitare i costi connessi alla stampa e all'eventuale trasmissione della documentazione in formato cartaceo.

Il Contraente _____

DICHIARAZIONI

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

- confermano che tutte le informazioni contenute nella presente polizza, 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 presente polizza;
- prendono atto, con la sottoscrizione della presente, che l'Impresa si impegna 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 l'art. 1924 del Codice Civile lo obbliga al pagamento del premio relativo al primo anno di assicurazione;
- di essere consapevole che il consenso della Società è basato sulla veridicità delle dichiarazioni rese nei documenti contrattuali e sull'avvenuto ritiro, presa di cognizione e integrale accettazione del Fascicolo informativo.

L'Assicurato, qualora diverso dal Contraente:

- acconsente alla stipulazione della presente assicurazione ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile.
- proscioglie dal segreto professionale e legale i medici che possono o potranno averlo curato e/o visitato, nonché altre persone, ospedali, case di cura e istituti in genere ai quali l'Impresa, anche dopo l'eventuale sinistro, credesse di rivolgersi per informazioni.

L'Assicurando _____ Il Contraente _____

FACSIMILE

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

Capitale sociale: € 6.700.000,00 i.v. - C.F. 09623620151 - P. IVA: 03801541008
REA CCIAA Roma n. 702453 - Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00096
Società del Gruppo Assicurativo CF Assicurazioni S.p.A. iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 042 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di CF Assicurazioni S.p.A.

Doppio Relax 09
QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE

Mod. V.009.2014.DR

Assicurato: | **Età:** 2017

1	Fuma più di 30 sigarette al giorno?	SI	NO
2	È stato ricoverato negli ultimi 5 anni in case di cura o ospedali per interventi chirurgici (ad esclusione di interventi di appendicectomia, adeno-tonsillectomia, erniotomia, meniscectomia, frattura degli arti, varici, chirurgia estetica, parto)?	SI	NO
3	Ha subito negli ultimi 5 anni cure o accertamenti, anche in regime di day-hospital, dai quali sia emersa una malattia cardiovascolare (es. ipertensione arteriosa, ipotensione arteriosa, cardiopatia, infarto, arteriosclerosi, disturbi circolatori, ictus, ecc.) e/o malattia del fegato (es. epatopatia acuta o cronica, steatosi epatica, cirrosi, ecc.) e/o malattia polmonare (es. enfisema polmonare, fibrosi polmonare, edema polmonare, ecc.), malattia tumorale in genere, del sangue (anemia, emofilia, talassemia, ecc.) dell'apparato uro-genitale (infezioni urinarie, insufficienza renale, malattie della prostata, infezioni genitali), respiratorio (es. BPCO, asma, polmonite, ecc.) osteo-articolare (artrite, fibromialgia, osteoporosi, ernia discale, ecc.), digerente (esofagite, gastrite, morbo di crohn, colite ulcerosa, ecc.) del sistema endocrino-metabolico(es. diabete, malattie della tiroide) e/o del sistema nervoso o della psiche (es. sclerosi multipla, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, ansia, depressione, demenza, sindrome maniaca-depressiva, ecc.), paralisi, AIDS o patologie ad esso correlate, lesioni degli organi vitali post traumatiche?	SI	NO
4	Assume regolarmente medicinali e/o ne ha assunti negli ultimi dodici mesi per il trattamento di una o più patologie sopra indicate?	SI	NO
5	Si è sottoposto negli ultimi 12 mesi a visite specialistiche o accertamenti sanitari diagnostici dai quali siano emersivalori fuori dalla norma e/o è in attesa di ricovero/intervento o di sottoporsi a visite specialistiche o accertamenti sanitari diagnostici?	SI	NO
6	Ha fatto uso regolare e continuativo, e/o ne fa attualmente, di sostanze stupefacenti e/o di alcolici?	SI	NO
7	Gode di pensione per malattia o invalidità e/o ne ha fatto richiesta?	SI	NO
8	Svolge un'attività professionale e/o sportiva che la espone a particolari rischi (es. contatto con veleni, esplosivi, radiazioni, sostanze infiammabili, attività manuali svolte ad altezze oltre 10mt, attività svolte sott'acqua o su piattaforme petrolifere, addetti alla demolizione, guida di mezzi pesanti, piloti di velivoli in genere, circensi, controfigure cinematografiche, minatori, scavatori di gallerie o tunnel, guardie del corpo, attività subacquea, speleologia, competizioni con veicoli a motore o natanti, uso di deltaplano, parapendio e/o ultraleggeri, paracadutismo, alpinismo, bob, sport di combattimento (box, savate, lotta) e sport estremi in genere)?	SI	NO

e inoltre dichiaro:

- che le informazioni da me fornite nella presente dichiarazione sono complete e veritiere;
- di essere consapevole che le dichiarazioni inesatte o non veritiere o le reticenze dell'Assicurando possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo oltre alla cessazione dell'assicurazione stessa ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1895 del Codice Civile;
- di essere a conoscenza che firmando il solo Questionario sullo Stato di Salute la copertura assicurativa decorreràdecorsi i termini di carenza previsti, come indicato all'art.8 – "Carenza" delle Condizioni di Assicurazione

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 PARTICOLARI.

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. 6 del Regolamento Eu 679/2016 dettato in materia di trattamento di dati personali.

Data	Località	Firma dell'Assicurando
_____	_____	_____

ed. 2018.01

FACSIMILE

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

Capitale sociale: € 6.700.000,00 i.v. - C.F. 09623620151 - P. IVA: 03801541008
REA CCIAA Roma n. 702453 - Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00096
Società del Gruppo Assicurativo CF Assicurazioni S.p.A. iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 042 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di CF Assicurazioni S.p.A.

Informativa ex art. 13 e 14 del Regolamento 679/2016

Gent.
nato/a il 01/01/0001 Codice Fiscale
residente in

Ai sensi dell'articolo 13 e 14 del Regolamento EU 2016/679 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 S.p.A. con sede in Via Paolo di Dono, 73 00142 Roma, Titolare del trattamento, Le fornisce le seguenti informazioni:
1. il trattamento dei dati suoi dati personali è effettuato per:
a) fornirLe i 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; desideriamo inoltre informarLa che CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. in occasione delle operazioni di trattamento, potrebbe 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 particolari verranno trattati con la massima riservatezza;
b) la realizzazione di attività promozionali commerciali, nonché lo svolgimento di ricerche di mercato e indagini sullaqualità 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 a. è obbligatorio e un eventuale rifiuto può comportare l'impossibilità di ottemperare agli obblighi derivanti dal contratto; il conferimento dei dati è per le finalità di cui al punto 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 perle 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 a. agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori eriassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; legali e periti; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; ad organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero delle Attività produttive, Ministero del Lavoro e della 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 b. a società specializzate in promozione commerciale e pubblicitaria, ricerche di mercato ed indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti o a società che svolgono compiti di natura tecnica ed organizzativa (p.e. attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni; registrazione, elaborazione ed 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 la Protection Trade Srl con sede in via Giorgio Morandi, 22 – ITRI (LT),questo responsabile potrà essere contattato per le tematiche privacy all'indirizzo mail 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 oanche 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 facoltàdi 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.
9.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 oppure opporsi in parte al trattamento degli stessi (per es. opponendosi ad una o più delle modalità di contatto indicate nel punto 1.b) della presente informativa). Lei potrà esercitare tali diritti rivolgendosi all'indirizzo mail cflife@protectiontrade.it. 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, 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 particolareal 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.

☐ Acconsento ☑ Non Acconsento

Firma del contraente/assicurato _____

Firma dell'assicurato se diverso del contraente _____

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

☐ e-mail ☐ telefono ☐ fax ☐ SMS ☐ posta cartacea

☐ Acconsento
☑ Non Acconsento

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

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

☐ Acconsento ☑ Non Acconsento

Luogo e Data _____ Firma _____

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

Capitale sociale: € 6.700.000,00 i.v. - C.F. 09623620151 - P. IVA: 03801541008
REA CCIAA Roma n. 702453 - Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00096
Società del Gruppo Assicurativo CF Assicurazioni S.p.A. iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 042 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di CF Assicurazioni S.p.A.