

POLIZZA CUMULATIVA INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALE CON FRANCHIGIA 27% INVALIDITA' PER PNT.

(PROSPERI MAURIZIO)

3345798787

06/60201364

06/60201366

VIA DEI MERCANTI 48

00100 - ROMA (Z. MARIANA)

Polizza cumulativa infortuni

INDICE

Pag. 2 **Nota informativa per il Contraente**

Pag. 4 **Definizioni**

Pag. 5 **Norme che regolano l'assicurazione in generale**

Art. 1) Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Art. 2) Altre assicurazioni

Art. 3) Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento del premio

Art. 4) Modifiche della polizza e forma delle comunicazioni

Art. 5) Attività diverse da quella dichiarata

Art. 6) Recesso in caso di sinistro

Art. 7) Non tacita proroga

Art. 8) Oneri fiscali

Art. 9) Foro competente

Art. 10) Rinvio alle norme di legge

Pag. 6 **Norme che regolano l'assicurazione Infortuni**

Art. 11) Oggetto dell'assicurazione

Art. 12) Infortuni esclusi

Art. 13) Rischio volo

Art. 14) Cessazione dell'assicurazione

Art. 15) Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi

Art. 16) Criteri di indennizzabilità

Art. 17) Invalidità permanente

Art. 18) Franchigia su invalidità permanente

Art. 19) Controversie - arbitrato irrituale

Art. 20) Limiti di età

Pag. 12 **Condizioni aggiuntive** - sempre operanti

Art. 21) Grandi invalidità

Art. 22) Ubriachezza

Art. 23) Rischio calamità naturali

Art. 24) Rischio guerra

Art. 25) Rinuncia al diritto di surrogazione

Art. 26) Limite catastrofale

Art. 27) Esonero denuncia difetti fisici

Pag. 13 **Condizioni particolari** - valide soltanto se espressamente richiamate nel frontespizio di polizza

H) Esonero denuncia altre assicurazioni

M) Invalidità permanente da malattia

Pag. 16 **Articoli del Codice Civile di particolare rilevanza per l'Assicurato**

INFORMATIVA AL CONTRAENTE

predisposta ai sensi dell'art. 185 del Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP N. 303 del 2 giugno 1997

Informazioni relative all'impresa

Il contratto è concluso con MILANO ASSICURAZIONI S.p.A Divisione Sasa avente la sede legale in Milano (Italia), Via Senigallia 18/2 (telefono: (+39) 02 - 64021; sito internet: www.milass.it) Società del Gruppo FONDIARIA - SAI, Direzione e Coordinamento FONDIARIA SAI S.p.A. MILANO ASSICURAZIONI S.p.A Divisione Sasa è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 del R.D.L 29.4.1923, convertito nella L. 17.4.1925 n. 473.

Informazioni relative al contratto

Legge applicabile

Ai sensi dell'art. 180 del Decreto Legislativo n. 209/2005, le parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

MILANO ASSICURAZIONI Divisione Sasa propone di applicare al contratto che verrà stipulato la legge italiana.

Reclami relativi al contratto o ai sinistri

I reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione delle responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto devono essere rivolte alla Società al seguente indirizzo:

Direzione Relazioni Esterne e Comunicazioni - Servizio Clienti Via Lorenzo il Magnifico, 1 50129 Firenze Fax: 055/479.20.44 e-mail: reclami@fondiaria-sai.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di **45 giorni**, potrà rivolgersi all'organo a ciò preposto:

ISVAP - Servizio Tutela Utenti Via Quirinale 21 00187 Roma

I reclami indirizzati all'ISVAP contengono i seguenti requisiti:

- 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) copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Non rientrano nella competenza dell'ISVAP:

- a) i reclami in relazione al cui oggetto sia già stata adita l'Autorità Giudiziaria;
- b) i reclami concernenti l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Testo unico dell'intermediazione finanziaria e delle relative norme di attuazione disciplinanti la sollecitazione all'investimento di prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione, nonché il comportamento dei soggetti abilitati e delle imprese di assicurazione, relativamente alla vendita diretta, nella sottoscrizione e nel collocamento dei prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione;
- c) i reclami concernenti l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del decreto legislativo 5 dicembre 2005, n. 252 e delle relative norme di attuazione disciplinanti la trasparenza e le modalità di offerta al pubblico delle forme pensionistiche complementari.

Resta salva la possibilità di adire l'Autorità Giudiziaria oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Termini di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

Le ricordiamo che, ai sensi dell'articolo 2952 del Codice Civile (così come modificato dal Decreto Legge n. 134 del 28/8/2008 convertito in Legge n. 166 del 27/10/2008), i diritti derivanti dal contratto di assicurazione, diversi da quello relativo al pagamento delle rate di premio, si prescrivono in **due anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine di due anni decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

Legga sempre attentamente il contratto prima di sottoscriverlo: solo in questo modo potrà essere pienamente consapevole dei diritti e degli obblighi che da esso derivano.

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui di seguito precisato:

Assicurato Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

Beneficiario L'erede dell'Assicurato o le altre persone da questi designate ai quali la Società deve corrispondere le somme assicurate per il caso morte;

Contraente La persona giuridica che stipula la polizza;

Franchigia La parte indennizzo o risarcimento che rimane a carico dell'Assicurato;

Indennizzo La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Infortunio L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili e che abbiano per conseguenza la morte o una invalidità permanente;

Invalidità permanente La permanente incapacità fisica, parziale o totale ad attendere ad una qualsiasi attività lavorativa;

Istituto di cura Ente pubblico o privato di tipo ospedaliero regolarmente autorizzato alla prestazione dell'assistenza sanitaria;

Malattia Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;

Parti Il Contraente, l'Assicurato e la Società;

Polizza Il contratto di assicurazione;

Premio La somma dovuta dal Contraente alla Società;

Ricovero La degenza con pernottamento in istituto di cura;

Sinistro Il verificarsi del fatto dannoso previsto in polizza;

Società La Milano Assicurazioni S.p.A. - Divisione SASA

Tempo di servizio Il periodo durante il quale l'assicurato è impegnato in attività assegnata dalla Compagnia Aerea per la quale presta servizio, cioè il tempo che intercorre tra 60 minuti prima del inizio volo e 60 minuti dopo l'ultimo volo.

Extra-lavorativa Qualsiasi attività inerente la vita privata.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato e/o Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione della polizza, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 C.C..

Art. 2 – Altre assicurazioni

L'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del c.c..

Qualora le somme assicurate con altre polizze stipulate dallo stesso Assicurato superino complessivamente il 50% di quelle garantite con la presente assicurazione, la Società, entro 30 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

In questo caso, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la Società rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 3 – Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento del premio

L'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 C.C.

I premi devono essere pagati all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Art. 4 – Modifiche della polizza e forma delle comunicazioni

Le eventuali modifiche della polizza devono essere provate per iscritto, mediante documenti sottoscritti dalle Parti.

Tutte le comunicazioni tra le Parti devono essere effettuate a mezzo telegramma, telex, fax o lettera raccomandata.

Art. 5 – Attività diverse da quella dichiarata

Fermo il disposto degli artt. 1 e 12, se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali o delle altre attività dichiarate senza che il Contraente o l'Assicurato ne abbia dato comunicazione alla Società, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento delle diverse attività:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se le diverse attività non aggravano il rischio;
- l'indennizzo sarà corrisposto in misura ridotta, ai sensi dell'art. 1898 del C.C., se le diverse attività aggravano il rischio.

Art. 6 – Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni.

La Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 7 – Non tacita proroga

Il presente contratto non verrà tacitamente rinnovato alla scadenza.

Art. 8 – Oneri fiscali

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

Art. 9 – Foro competente

Foro competente è quello di residenza o domicilio del Contraente e/o dell'Assicurato.

Art. 10 – Rinvio alle norme di legge

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 11 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale, per il mondo intero, per gli infortuni che l'Assicurato subisca nelle comuni contingenze della vita extra-lavorativa, restando pertanto inteso che sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni che colpiscano l'Assicurato in occasione di lavoro retribuito e durante il tempo di servizio, comunque ed ovunque esplicito.

Sono considerati infortuni anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione accidentale o da assorbimento accidentale di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore;

Sono compresi inoltre gli infortuni;

- h) subiti in stato di malore od incoscienza;

Art. 12 – Infortuni esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- b) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- c) dalla pratica di sports aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, canoa fluviale, rafting, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, tuffi controllati da corda elastica (bungee downunder), sci acrobatico, scalata di rocce o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), arrampicate effettuate isolatamente, guidoslitta, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea;
- d) dalla partecipazione a competizioni o relative prove sciistiche, ippiche, calcistiche, ciclistiche, di pallavolo, pallamano, pallacanestro, hockey in tutte le sue forme, svolte sotto l'egida delle relative federazioni, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- e) da ubriachezza, da uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortuni;
- f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- g) da guerra e/o insurrezioni;
- h) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (ad esempio fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X).

Sono altresì escluse le conseguenze dell'infortunio che si concretizzino nel contagio da HIV (human immunology virus).

Art. 13 – Rischio volo

L'assicurazione è estesa, sempreché la polizza sia stata stipulata per la durata non inferiore ad un anno, agli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti tranne che:

- da società o aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

Sono esclusi gli infortuni occorsi durante la guida di mezzi di locomozione aerea, compresi quelli definiti dalla legge "Apparecchi per il volo da diporto o sportivo", ovvero ultraleggeri, deltaplani, parapendio e simili.

La garanzia vale dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo di un aeromobile e termina nel momento in cui ne è sceso.

Art. 14 – Cessazione dell'assicurazione

Il manifestarsi in corso di contratto delle seguenti affezioni: alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, AIDS, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici costituisce causa di cessazione di assicurazione.

Art. 15 – Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono dare avviso scritto entro sei giorni dal momento in cui ne abbiano avuto la possibilità – o il Contraente da quando ne abbia avuto conoscenza – all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società. La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari. L'inadempimento di uno o più obblighi di cui al presente articolo, può comportare la perdita totale o parziale de diritto all'indennizzo.

Art. 16 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona perfettamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art. 18 (invalidità permanente) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 17 – Invalidità permanente

L'indennizzo per l'invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica – anche successivamente al termine della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per invalidità permanente è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento alla tabella allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, di seguito riportata.

Tabella allegata al regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30/6/65 n. 1124

Tabella "INAIL"

DESCRIZIONE

Percentuale
D.S.

Sordità completa di un orecchio	15	
Sordità completa bilaterale	60	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40	
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedere relativa tabella)		
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25	
Perdita della milza con alterazioni della crasi ematica	15	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		
Esiti della frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50	40
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40	30
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85	75
b) per amputazione al terzo superiore	80	70
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70	60
Perdita di tutte le dita della mano	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
Perdita totale del pollice	28	23
Perdita totale dell'indice	15	13
Perdita totale del medio	12	
Perdita totale dell'anulare	8	
Perdita totale del mignolo	12	
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
Perdita della falange ungueale del medio	5	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11	9
Perdita delle due ultime falangi del medio	8	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110°-75°		
a) in semipronazione	30	25
b) in pronazione	35	30
c) in supinazione	45	40

d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25	20
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55	50
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40	35
b) in pronazione	45	40
c) in supinazione	55	50
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35	30
Anchilosi totale dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18	15
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22	18
b) pronazione	25	22
c) in supinazione	35	30
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	65	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50	
Perdita dell'avampiede alla linea-tarso metatarso	30	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16	
Perdita totale del solo alluce	7	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito è valutato il	3	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20	
Semplice accorciamento di un arto che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11	

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

Visus Perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
---------------	---------------	--	--

1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

1) In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.

2) La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempreché la correzione stessa sia tollerata: in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.

3) Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.

4) La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.

5) In caso di afachia monocolare:

a) con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10	15%
con visus corretto di 7/10	18%
con visus corretto di 6/10	21%
con visus corretto di 5/10	24%
con visus corretto di 4/10	28%
con visus corretto di 3/10	32%
con visus corretto inferiore a 3/10	35%

6) In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per il lato destro verranno per il lato sinistro e viceversa.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

In caso di infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Art. 18 – Franchigia sulla invalidità permanente da infortunio

Resta convenuto che, fermo il disposto dell'Art. 22, in luogo della franchigia relativa prevista dal D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, l'indennità verrà corrisposta in base ai seguenti criteri:

- sulla somma assicurata non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari od inferiore al 27% della totale.

Gli indennizzi per invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 28% saranno corrisposti senza l'applicazione della franchigia del 27% sopra descritta.

Art. 19 – Controversie - arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 16 sono demandate per iscritto ad un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune sede di Istituto di Medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.
I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Art. 20 – Limiti di età

L'assicurazione non vale per le persone di età superiore a 65 anni.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE Sempre operanti

Art. 21 – Grandi invalidità

In deroga all'articolo 18 – Invalidità permanente delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, si conviene tra le parti che:

- in caso di infortunio che determini per la persona assicurata una invalidità permanente accertata di grado superiore al 30% della invalidità permanente totale, la Società liquiderà a titolo d'indennizzo, il 50% della somma assicurata.
- in caso di infortunio che determini per la persona assicurata una invalidità permanente accertata di grado superiore al 50% della invalidità permanente totale, la Società liquiderà a titolo d'indennizzo, il 100% della somma assicurata.

Art. 22 – Ubriachezza

A parziale deroga dell'art. 12 lett. e) delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, l'assicurazione è estesa agli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, purché l'Assicurato non si trovi alla guida di mezzi di locomozione.

Art. 23 – Rischio calamità naturali

A parziale deroga dell'art. 1912 C.C. l'assicurazione è estesa agli infortuni causati da movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, nonché da inondazioni ed alluvioni.

Resta convenuto però che in caso di evento che colpisca più assicurati con la stessa Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare la somma di 2.500.000 (duemilionicinquecentomila).

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun assicurato saranno ridotti in proporzione alle singole somme assicurate.

Art. 24 – Rischio guerra

A parziale deroga dell'art. 12 legg. g) delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, l'assicurazione si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, per il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova in un paese estero sino ad allora in pace. Sono comunque esclusi dalla presente estensione di garanzia gli infortuni occorsi nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 25 – Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei Suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 26 – Limite catastrofale

Nel caso di unico evento che provochi l'infortunio di più persone assicurate con la presente polizza, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di Euro 2.500.000 (duemilionicinquecentomila).

Qualora gli indennizzi liquidabili ai sensi di polizza eccedano nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

Art. 27 – Esonero denuncia difetti fisici

Fermo il disposto dell'art. 14 delle Condizioni Generali di Assicurazione la Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di infortunio resta comunque espressamente confermato il disposto dell'art. 17 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

CONDIZIONI PARTICOLARI OPERANTI

H) Esonero denuncia altre assicurazioni

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 2, si dà atto che la Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare altre polizze infortuni stipulate dai singoli Assicurati con altre Società.

M) Invalidità permanente da malattia

(valida soltanto in abbinamento alla garanzia invalidità permanente da infortunio)

Oggetto dell'assicurazione

La Società garantisce il pagamento dell'indennità prevista nel frontespizio di polizza nel caso l'Assicurato venga colpito da una delle seguenti malattie:

Tumore. Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione e distruzione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa, a carico di organi vitali (apparato del ricambio; massa cerebrale, apparato respiratorio).

Chirurgia Cardiovascolare. Cardiopatia coronarica con necessità di intervento chirurgico a cuore aperto, prescritto da uno specialista in cardiologia, per correggere una restrizione o ostruzione di una o più arterie coronariche.

Infarto Miocardico. Evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del tessuto cardiaco su base ateromatosa coronarica con stenosi severa, caratterizzato da breve elevazione dell'onda T, sopraslivellamento del tratto ST: T en dôme o onda di Pardee.

Ictus cerebrale. Accidente cardiovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie ovvero riduzione oltre il 25% della motilità volontaria di una o entrambi le emiparti corporee, della compromissione della produzione del linguaggio audio-verbale.

Insufficienza renale. Stadio finale di insufficienza renale che si presenta come insufficienza irreversibile cronica di funzionamento di ambedue i reni, la cui conseguenza è quella di richiedere un regime regolare di dialisi renale o un trapianto dei reni.

Trapianto d'organo. Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo (spinale). È necessaria la certificazione dell'inserimento in lista di attesa presso un centro qualificato.

Efficacia della garanzia

La garanzia decorre dalle ore 24.00 del 90° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione.

Rischi esclusi

Sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti:

- a) preesistenti alla data di effetto della presente polizza;
- b) da malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto;
- c) da malattie mentali e da nevrosi;

- d) da intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- e) da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- f) da guerre ed insurrezioni
- g) da trasmutazione del nucleo dell'atomo – sia in forma diretta che indiretta – come pure da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- h) derivanti da reati dolosi commessi dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti.

Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

L'Assicurato o chi per esso deve:

- presentare denuncia scritta alla Società della malattia che, secondo parere medico, sembri comportare invalidità permanente, corredandola con dettagliato rapporto medico sulla natura, decorso e conseguenze della malattia;
- inviare alla Società attestazioni mediche in ordine allo stato della malattia, copie delle cartelle cliniche ed ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti;
- presentare, trascorsi 180 giorni dalla denuncia della malattia e comunque non oltre 240 giorni dalla data della stessa, specifica certificazione medica attestante il grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia denunciata.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Qualora l'assicurazione prestata con la presente polizza pervenga alla scadenza prima che la malattia sia denunciata, per la presentazione della relativa denuncia è accordato il termine di un anno sempreché la malattia si sia manifestata durante il periodo di validità dell'assicurazione.

Cessazione dell'assicurazione

Il manifestarsi in corso di contratto delle seguenti affezioni costituisce causa di cessazione di assicurazione;

alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, AIDS, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

Controversie - Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sulla natura della malattia o sui miglioramenti che possono essere ottenuti seguendo un adeguato trattamento terapeutico o sul grado di invalidità permanente sono demandate per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

il collegio medico risiede nel comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

ARTICOLI DEL CODICE CIVILE DI PARTICOLARE RILEVANZA PER L'ASSICURATO

Art. 60 – Altri casi di dichiarazione di morte presunta

Oltre che nel caso indicato nell'art. 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti:

1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità;

2) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questi internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità;

3) quando alcuno è scomparso per un infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto (c. 61-63; c. nav. 206 ss., 837 s.).

Art. 62 – Condizioni e forme della dichiarazione di morte presunta

Le dichiarazioni di morte presunta nei casi indicati dall'art. 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte.

Questa dichiarazione è pronunciata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'art. 50.

Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso (c. 49 ss.).

Art. 1341 – Condizioni generali di contratto

Le condizioni generali di contratto (c. 1342, 1679, 2211) predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza (c. 1370).

In ogni caso non hanno effetto (c. 1418, 14192), se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità (c. 1229),

facoltà di recedere dal contratto (c. 1373) o di sospenderne l'esecuzione (c. 1461), ovvero sanciscono a carico dell'altro Contraente decadenze (c. 2965), limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni (c. 1462), restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi (c. 1379, 1566-68, 25961), tacita proroga o rinnovazione del contratto (c.c. 1597, 18992), clausole compromissorie (p.c. 808) o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria (c.p.c. 28, 29).

Art. 1892 – Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo e colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento (c. 1441 ss.) del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave (c. 1894, 1898).

L'assicuratore decade (c. 2964 ss.) dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza (c. 1932).

Art. 1893 – Dichiarazione inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso (c. 13732), mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza (c. 1894).

Se il sinistro si verifica prima dell'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose (c. 1932).

Art. 1894 – Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi (c. 1890, 1891), se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli artt. 1892 e 1893 c. (c. 1391, 1932).

Art. 1897 – Diminuzione del rischio

Se il Contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto (c. 13732) entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese (c. 1932; att. 187).

Art. 1898 – Aggravamento del rischio

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito o fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato (c. 1892, 1926).

L'assicuratore può recedere dal contratto (c. 1373), dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

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

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al momento del contratto stesso (c. 1932; att. 187).

Art. 1900 – Sinistri cagionati con dolo o con colpa grave dell'assicurato o dei dipendenti

L'assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del Contraente, dell'assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave (c. 1917).

L'assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l'assicurato deve rispondere (c. 2048, 2049; nav. 524).

Egli è obbligato altresì, nonostante patto contrario, per i sinistri conseguenti ad atti del Contraente, dell'assicurato o del beneficiario, compiuti per dovere di necessità umana (cost. 2) o nella tutela degli interessi comuni all'assicuratore (c. 19143; nav. 5222).

Art. 1901 – Mancato pagamento del premio

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

Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza (c. 1460).

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risoluto di diritto (c. 1453 ss.) se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita (c. 1919 ss., 1924, 1932; att. 187).

Art. 1910 – Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913, indicando ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può richiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno (c. 1908).

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti (c. 1299). Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita tra gli altri assicuratori (c.c. 12992).

Art. 1912 – Terremoto, guerra, insurrezione, tumulti popolari

Salvo patto contrario, l'assicuratore non è obbligato per i danni determinati da movimenti tellurici, da guerra, da insurrezione o da tumulti popolari (nav. 521).

Art. 1914 – Obbligo di salvataggio

L'Assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno (c. 12272, 1915).

Le spese fatte a questo scopo dall'Assicurato sono a carico dell'assicuratore, in proporzione al valore assicurato rispetto a quello che la cosa aveva nel tempo del sinistro (c. 1907), anche se il loro ammontare unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata, e anche se non si è raggiunto lo scopo salvo che l'assicuratore provi che le spese sono state fatte inconsideratamente (c. 1932, 2031; att. c. 187; nav. 534).

L'assicuratore risponde dei danni materiali direttamente derivati alle cose assicurate dai mezzi adoperati dall'Assicurato per evitare o diminuire i danni del sinistro, salvo che egli provi tali mezzi sono stati adoperati inconsideratamente (c. 19003).

L'intervento dell'assicuratore per il salvataggio delle cose assicurate e per la loro conservazione non pregiudica i suoi diritti (19131).

L'assicuratore che interviene al salvataggio deve, se richiesto dall'Assicurato, anticiparne le spese o concorrere in proporzione del valore assicurato.

Art. 1915 – Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

L'Assicurato che dolosamente non adempie (c. 1218) l'obbligo dell'avviso (c. 1913) o del salvataggio (c. 1914) perde il diritto all'indennità.

Se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto (c. 1932; att. c. 187).

Art. 1916 – Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'Assicurato verso i terzi responsabili (c. 1203 n. 5, 15893).

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti (c. 74 ss.) o da affini (c. 78) dell'Assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici (c. 2240).

L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Mod. 0905/c - Ed. 02/08 - R. 01/09

ETA'	COMANDANTE - PILOTA		
	INDENNITA' GARANTITE		
	MASSIMALE		
	I.P.	I.P.M.	PREMIO

under 25	555.000	370.000	224
25	555.000	370.000	224
26	555.000	370.000	224
27	555.000	370.000	224
28	555.000	370.000	224
29	555.000	370.000	224
30	555.000	370.000	224
31	555.000	370.000	224
32	555.000	370.000	235
33	555.000	370.000	254
34	555.000	370.000	274
35	555.000	370.000	293
36	555.000	370.000	312
37	555.000	370.000	332
38	555.000	370.000	390
39	555.000	370.000	448
40	555.000	370.000	506
41	540.000	360.000	549
42	525.000	350.000	588
43	510.000	340.000	690
44	495.000	330.000	785
45	480.000	320.000	874
46	465.000	310.000	955
47	435.000	290.000	995
48	375.000	250.000	987
49	300.000	200.000	894
50	300.000	200.000	997
51	270.000	180.000	991
52	240.000	160.000	964
53	165.000	110.000	734
54	127.500	85.000	621
55	90.000	60.000	477
56	60.000	40.000	344
57	37.500	12.500	231
58	19.500	6.500	125
59	15.000	10.000	95
da 60 a 65	9.000	6.000	57