

POLIZZA DI ASSICURAZIONE CONTRO LA PERDITA DI LICENZA PROFESSIONALE DI PILOTA COMMERCIALE E/O DI LINEA

(MOD. PB.026.003 - 1003 - N° 4 PAGINE)

DEFINIZIONI

Nel testo contrattuale le sottoindicate denominazioni hanno il seguente significato

1. **Assicurato:** il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
2. **Contraente:** la persona fisica o la persona giuridica che stipula il contratto;
3. **Infortunio:** l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche, obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza una invalidità che determini la revoca della licenza;
4. **Licenza:** titolo aeronautico che abilita all'esercizio professionale delle attività autorizzate dietro compenso,
5. **Malattia:** alterazione a carattere evolutivo dello stato di salute non dipendente da infortunio, che determini la revoca della licenza.
6. **Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società;
7. **Proposta:** questionario che, debitamente compilato dall'assicurato, costituisce parte integrante e fondamento del contratto di assicurazione;
8. **Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
9. **Società:** l'impresa assicuratrice;
10. **Somma assicurata:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio: Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato nella "proposta", relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 C.C.

Art.2 - Efficacia dell'assicurazione - pagamento del premio:

L'assicurazione ha effetto dall'ora e dal giorno indicati nel frontespizio di polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti, e salvo diversa pattuizione, ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento di quanto dovuto, ferma restando la decorrenza del contratto e la sua durata nonché le scadenze stabilite per il pagamento delle rate di premio successive.

Il premio è unico e indivisibile e quindi è sempre dovuto per intero, anche quando ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

L'intero premio convenuto o, nel caso di premio rateato, la prima rata di esso devono essere pagati all'atto della stipulazione della polizza; le rate successive devono essere pagate alle scadenze pattuite contro rilascio di regolari quietanze emesse dalla Società.

Per il pagamento delle rate successive alla prima è concesso un termine di tolleranza di 15 giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore soltanto alle ore 24 del giorno del pagamento di quanto dovuto, ferme restando la durata del contratto e le scadenze stabilite per il pagamento delle rate di premio successive.

Trascorso il termine di 15 giorni di cui sopra, trova applicazione quanto stabilito dall'Art. 1901 del codice civile.

Art.3 - Aggravamenti di rischio:

Il Contraente deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non comunicati o non accettati dalla Società possono comportare la perdita del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dello art. 522 Cod.Nav.

Art.4 - Diminuzione di rischio:

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta, ai sensi dell'Art. 1897 C.C., a ridurre il premio dietro comunicazione del Contraente e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art.5 - Avviso di sinistro:

Nel caso di infortunio o di malattia che determini la inabilità psicofisica al mantenimento della licenza, l'Assicurato e/o il Contraente dovrà entro 10 giorni dal verificarsi di tale evento, dare comunicazione scritta alla Società indicando, per quanto a sua conoscenza, le ragioni che hanno determinato la non idoneità psicofisica, e fornendo una copia delle comunicazioni inviate allo Assicurato / Contraente da parte degli Istituti Medici autorizzati dal D.P.R. n. 566 18/11/88 e successive modifiche.

Art.6 - Oneri fiscali:

Le imposte, le tasse ed i contributi e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente, anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art.7 - Legge regolatrice del contratto e giurisdizione:

La polizza è regolata dalla legge italiana. Tutte le controversie relative alla polizza sono soggette alla giurisdizione italiana.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE CONTRO LA PERDITA DI LICENZA

Art.8 - Oggetto dell'assicurazione:

La Società corrisponderà la somma assicurata nel caso di revoca definitiva della licenza professionale di pilota di cui l'Assicurato è titolare, dovuta alla perdita di idoneità psicofisica a seguito di infortunio o malattia, a condizione che l'infortunio si sia verificato o la malattia abbia manifestato i suoi sintomi durante il periodo di validità della presente polizza.

La somma assicurata sarà pagata all'Assicurato decorsi 60 giorni dalla data di revoca definitiva della licenza, da parte dell'Istituto Medico Legale dell'Aeronautica Militare Italiana o da altro Ente al quale per legge sia riconosciuta la competenza per l'accertamento della idoneità psicofisica al volo. All'atto del pagamento la presente assicurazione si intende risolta.

Art.9 - Esclusioni:

La somma assicurata non è dovuta nel caso in cui la morte dello Assicurato avvenga durante il periodo di validità della polizza ma prima della revoca definitiva della licenza.

La somma assicurata non è dovuta nei casi in cui il giudizio di revoca della licenza sia:

- a) dovuto a malattie veneree od a cause da esse direttamente o indirettamente derivanti;
- b) dovuto ad infortunio o malattia contratta durante: guerra, guerra civile, invasione o mentre l'assicurato presta servizio presso le FF.AA., o la partecipazione volontaria a sommosse, rivolte di ogni specie;
- c) causato direttamente o indirettamente da atti di autolesionismo o dall'essersi deliberatamente esposti a pericoli eccezionali (salvo il caso di tentativo di salvataggio di vite umane o per evitare la distruzione dell'aereo), o da atti penalmente rilevanti o da lesioni subite in qualsiasi stato di infermità mentale anche temporanea;
- d) conseguenza diretta o indiretta dell'assunzione di sostanze tossiche, alcoliche, allucinogene o narcotiche di qualsiasi genere.
- e) dovuto a sieropositività H.I.V. ovvero A.I.D.S. conclamato.
- f) causata da infortuni o malattie derivanti dall'esercizio dei seguenti sport: alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci, guidoslitta, polo e caccia a cavallo, caccia grossa, atletica pesante, pugilato, lotta nelle sue varie forme, pelota, calcio con squadre partecipanti a gare di campionato, rugby, baseball, sci acquatico, paracadutismo, immersioni con autorespiratore, nonché dall'uso di apparecchi per il Volo da Diporto o Sportivo (deltaplani, parapendio, ULM etc.); dalla partecipazione a corse o gare, tentativi di primato ed alle relative prove od allenamenti. Salvo che si tratti di: corse podistiche, gare boccioline, pesca, tiro a segno, tiro a volo e simili, scherma, tennis, manifestazioni e gare aeree non acrobatiche iscritte nei calendari dell'Aeroclub d'Italia e della Fédération Aéronautique Internationale.
- g) conseguenza diretta o indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo c/o di radiazioni atomiche;
- h) causata da malattia o disfunzione o altra alterazione cardiovascolare rilevata a mezzo elettrocardiogramma od ecocardiogramma (salvo che l'Assicurato, prima dell'inizio della polizza, sia stato sottoposto al periodico esame elettrocardiografico, come prescritto dagli Istituti Medici competenti all'accertamento dell'idoneità psicofisica alla licenza, che non abbia evidenziato alcuna anomalia);
- i) causato da malattia di natura o di origine psicopatica, psiconeurotica od epilettica oppure di natura non diagnosticabile in base a sintomi evidenti.
- l) determinata da ogni cambiamento generalizzato negli standard medici imposti dalle autorità competenti al rilascio della licenza, durante il periodo di validità della polizza.

Art.10 - Limiti di operatività dell'Assicurazione:

L'Assicurazione della revoca di licenza per non idoneità psicofisica in ogni caso cesserà alla scadenza dell'annualità in cui l'Assicurato compie i:

- a) 55 anni se determinata da malattia;
- b) 60 anni se determinata da infortunio;

Art.11 - Obblighi dell'Assicurato:

L'Assicurato è tenuto a:

- a) proporre domanda di revisione o ricorso, nei termini e con le modalità di legge, contro il giudizio di non idoneità psicofisica al volo;
- b) a richiesta ed a spese della Società a sottoporsi a visite mediche ed effettuare le cure prescritte.

La Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo nel caso che l'Assicurato non ottemperi agli obblighi di cui sopra.

Art.12 Recesso dal contratto:

Il contratto è risolto con effetto immediato se l'Assicurato cessa di far parte del personale navigante dell'Aviazione Civile italiana.

Il Contraente qualora sia persona diversa dall'Assicurato e sia a questo legato da un contratto di lavoro, deve comunicare alla Società: il cambiamento o la cessazione di attività, la dichiarazione di insolvenza o l'assoggettamento a liquidazione coatta ed amministrativa, il cambiamento di ragione sociale, la fusione con terzi, la destinazione delle persone assicurate ad altre attività. La Società, entro 60 giorni dal ricevimento della comunicazione, ha la facoltà di recedere dal contratto mediante lettera raccomandata r.r. con effetto dalle ore 24.00 del 15 ° giorno successivo a quello di arrivo a destinazione della lettera stessa.

Dopo ogni denuncia di sinistro ed in caso di rifiuto della Società di pagare la somma assicurata le parti, entro 30 giorni dalla notificazione del rifiuto, hanno la facoltà di recedere dal contratto con lettera raccomandata r.r. con effetto dalle ore 24.00 del 15 ° giorno successivo a quello di arrivo a destinazione della lettera stessa.

La Società restituirà entro 30 giorni dal recesso, la quota di premio imponibile pagato relativo al periodo di assicurazione non corso.

Gentile dott. Scattini,

facendo seguito agli odierni contatti telefonici, le comunico la nostra disponibilità a sottoscrivere il rischio in oggetto, sulla base delle informazioni ricevute, alle seguenti condizioni:

Under 25/35	anni	150.000,00	premio finito annuo	750,00 €
36/45	"	200.000,00	"	1.100,00 €
46/50	"	180.000,00	"	1.600,00 €
51/55	"	100.000,00	"	1.850,00 €
56/60	"	50.000,00	"	880,00 €

**PROPOSTA QUESTIONARIO PER ASSICURAZIONE DELLA REVOCA DELLA LICENZA
PROFESSIONALE DI PILOTA COMMERCIALE E/O DI LINEA**

Avvertenza ai richiedenti:

Rispondere in maniera completa ad ogni sezione del presente questionario, anche in caso di richiesta per rinnovo od aumento di capitale assicurato. Ogni dettaglio della propria storia medica, anche se considerato trascurabile, deve essere riportato con accuratezza; in caso contrario la polizza potrebbe non garantire copertura in caso di sinistro.

DATI PERSONALI:

- A) Cognome..... Nome..... Data di nascita.....
- Altezza..... Peso Kg: CF/IVA:
- Indirizzo: Via n
Città cap:
- B) Datore di lavoro: In caso di attività, autonomia di
volo, fornire dettagli:
- C) Stipendio annuo: per attività di volo:
non di volo:
- D) Somma da assicurare:

DATI PROFESSIONALI

- Qualifiche di volo: - Capitano ☐ - Primo/Secondo Pilota ☐
 - Ufficiale di Rotta ☐ - Tecnico di Volo ☐
- Licenza prof. : abilitazioni:
.....; numero e paese di rilascio:
- F) Tipo di attività svolta (Es. Linee Aeree Regolari Lavoro agricolo,....)
1) Negli ultimi 2 anni
2) Nei prossimi 12 mesi
- G) Siete iscritti ad Associazioni di categoria ? SI ☐ NO ☐
- In caso affermativo, specificare:

- H) Siete beneficiari di altre polizze infortuni o malattia (es. perdita di licenza, invalidità permanente alla navigazione aerea a favore dell'equipaggio ai sensi dello Art. 935 C.N., Infortuni comuni, polizza malattia) stipulate da Voi o dal Vostro datore di lavoro? SI ☐ NO ☐
 In caso affermativo precisare con quale Società sono state stipulate queste polizze e per quali capitali assicurati:
- I) Con la presente proposta-questionario si richiede il rinnovo o l'aumento di capitale su di una polizza già esistente? SI ☐ NO ☐
 In caso positivo specificare la Compagnia, il N° di polizza e capitale assicurato:

DATI SANITARI

E' necessario rispondere con completezza e dettagliatamente alle seguenti domande specificando data e dettagli degli eventuali disturbi.

Vi siete sottoposti a visite specialistiche, analisi o terapie mediche relative a:

- 1) Qualsiasi disturbo psichiatrico o del sistema nervoso (compresa emicrania, epilessia o qualsiasi altra forma di alterazione o perdita della conoscenza)? SI ☐ NO ☐
 Se sì, specificare:
- 2) Qualsiasi disturbo cardiaco, di pressione sanguigna, circolatorio o respiratorio? SI ☐ NO ☐
 Se sì, specificare:
- 3) Qualsiasi disturbo della vista, dell'apparato digerente od urogenitale? SI ☐ NO ☐
 Se sì, specificare:
- 4) Qualsiasi disturbo circolatorio o del sistema linfoghiandolare? SI ☐ NO ☐
 Se sì, specificare:
- 5) Qualsiasi disturbo inerente l'apparato osseo (colonna vertebrale compresa) o i legamenti? SI ☐ NO ☐
 Se sì, specificare:
- 6) Qualsiasi problema dermatologico? SI ☐ NO ☐
 Se sì, specificare:
- 7) Diabete? SI ☐ NO ☐
 Se sì, specificare:
- K) Fornire date e dettagli di qualsiasi altra visita, analisi o terapia medica non indicata ai punti precedenti (inclusi infortuni con ferito):
- L) Avete subito sospensioni della licenza per motivi di salute? SI ☐ NO ☐
 Se sì, fornire la data ed i dettagli:
- M) Vi sono limitazioni od obblighi trascritti sulla vostra licenza? SI ☐ NO ☐
 Se sì, specificare:

- N) Indicate la data dell'ultimo elettrocardiogramma od ecocardiogramma approvato dagli Istituti Medici Competenti all'accertamento dell'idoneità psicofisica alla licenza:

 è stata ravvisata, anche in passato, qualche anomalia? SI ☐ NO ☐
 In caso affermativo, specificare:

- O) Nel corso o a seguito di accertamenti clinici, avete:
 1) Dovuto sottoporvi ad ulteriori accertamenti? SI ☐ NO ☐
 Se sì, specificare:

- 2) Dovuto sottoporvi a visite specialistiche? SI ☐ NO ☐
 Se sì, specificare:

- 3) Subito un rinvio del rilascio o rinnovo del nulla osta medico? SI ☐ NO ☐
 Se sì, specificare:

- 4) Dovuto sottoporvi a visite mediche ad intervalli di tempo inferiori al normale? SI ☐ NO ☐
 Se sì, specificare:

- 5) Dovuto far uso di medicinali, diete o cure speciali? SI ☐ NO ☐
 Se sì, specificare:

- P) Avete mai avvertito peggioramenti del vostro stato di salute compresi udito, vista e pressione sanguigna? SI ☐ NO ☐
 Se sì, fornire dettagli:

- R) Dichiarate se, da parte di Compagnie di assicurazione, sono state:
 1) rifiutate o rinviate proposte da voi compilate; SI ☐ NO ☐
 2) quotati per Voi premi più alti del normale; SI ☐ NO ☐
 3) rifiutati rinnovi di polizze già esistenti. SI ☐ NO ☐
 Se sì, fornire dettagli:

DICHIARAZIONE

Quanto ho sopra dichiarato, sia o meno scritto di mio pugno, risponde a verità, completezza ed alla mia massima sincerità e buona fede. Accetto di adottare questa Proposta e dichiarazione come base per il contratto di assicurazione tra me e la Società.

Data

Firma del Proponente

L'ASSICURATORE SI RISERVA IL DIRITTO DI IMPORRE SPECIALI CONDIZIONI O DI NON ACCETTARE LA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE