

FASCICOLO INFORMATIVO

Contratto di assicurazione infortuni e perdita di brevetto:

CUMULATIVO EXTRAPROFESSIONALE PERSONALE AERONAVIGANTE

Mod. FI-CUIEXAER3 - Ed. 12/2016

Il presente fascicolo informativo, riservato esclusivamente a contratti cumulativi da stipulare direttamente con la Direzione di Helvetia Italia Assicurazioni previo accordo con essa, contiene:

- a) Nota informativa**
 - b) Condizioni di assicurazione**
- e deve essere consegnato alla Società Contraente prima della sottoscrizione.**

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la nota informativa

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
una Società del Gruppo Helvetia

helvetia 

Nota Informativa per contratto di assicurazione infortuni e perdita di brevetto:

**CUMULATIVO EXTRAPROFESSIONALE
PERSONALE AERONAVIGANTE
Mod.35NICUIEXAER3 - aggiornato al 31.12.2016**

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.

La presente nota informativa ha lo scopo di fornire al Contraente tutte le informazioni preliminari necessarie per poter conoscere in modo corretto e completo le caratteristiche del contratto di assicurazione **CUMULATIVO INFORTUNI E PERDITA BREVETTO EXTRAPROFESSIONALE PERSONALE AERONAVIGANTE**.

La nota informativa si articola in quattro sezioni: informazioni relative all'impresa di assicurazione, informazioni relative al contratto, informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami, glossario.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a) Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A., Società soggetta alla direzione e al coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia, iscrizione albo gruppi assicurativi n. d'ordine 031;
- b) sede legale sita in Italia, via G.B. Cassinis 21 - 20139 Milano;
- c) telefono n. 02 5351.1, fax n. 02 5351.829, sito internet www.helvetiaitalia.it, posta elettronica infoclienti@helvetiaitalia.it; PEC helvetiaitalia@pec.helvetia.it
- d) impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 20 Giugno 1986 (G.U. del 28.6.1986 n.148) e successive autorizzazioni, iscrizione albo imprese di assicurazione n. 1.00062.
- e) Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. opera nel settore degli Affinity Group, ovvero gruppi di persone che presentino caratteristiche omogenee per i quali creare prodotti, tariffe e condizioni su misura, nonché applicare metodi e sistemi atti a semplificare l'accesso ai servizi assicurativi da parte dei singoli individui.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

I dati relativi all'ultimo bilancio approvato (2015) indicano che Helvetia Italia Assicurazioni ha un patrimonio netto di 39,4 milioni di euro, di cui 15,6 milioni di euro rappresentano il capitale sociale e 23,8 milioni di euro rappresentano il totale delle riserve patrimoniali e l'indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari a 4,25; si precisa che tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto ha durata annuale e prevede il tacito rinnovo.

AVVERTENZA: così come indicato all'art.19 sezione A delle condizioni di assicurazione, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno trenta giorni prima della scadenza, il contratto si intende prorogato per 365giorni/366(se anno bisestile) e così successivamente.

3. Coperture assicurative offerte

Il contratto assicura, per ciascun singolo Assicurato, le garanzie infortuni (caso morte, caso invalidità permanente) e perdita brevetto, a seguito di infortunio subito dall'Assicurato nell'esercizio di attività non aventi carattere professionale; per ciascuna delle garanzie assicurate è necessario verificare l'importo del capitale/somma assicurata indicati nel contratto.

AVVERTENZA: l'assicurazione non è operante (esclusioni) nei casi indicati agli artt. 3 sezione A, 2 sezione B, E sezione C delle condizioni di assicurazione, tra i quali si segnala in particolare il caso di infortunio occorso in stato di ubriachezza. Inoltre se alle scadenze convenute il Contraente non paga il premio dovuto, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24,00 del quindicesimo giorno successivo alla suddetta scadenza e si riattiverà dalle ore 24,00 del giorno in cui il Contraente paga il premio, così come indicato agli artt.5 sezione A e 6 sezione B delle condizioni di assicurazione.

AVVERTENZA: per ciascuna delle garanzie assicurate è necessario verificare l'importo del capitale/somma assicurata indicati nel contratto.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. In caso di invalidità permanente di grado pari o inferiore al 10% i massimali/somme assicurate sono ridotti così come indicato nel contratto. Si precisa inoltre che il contratto non prevede l'applicazione di franchigia e/o scoperto sull'indennizzo dovuto a termini di contratto.

AVVERTENZA: il contratto prevede il limite di età assicurabile di sessantacinque anni, così come indicato all'art.3 sezione B delle condizioni di assicurazione.

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

AVVERTENZA: premesso che il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare eventuali menomazioni preesistenti degli Assicurati salvo i casi previsti dall'art.3 sezione B delle condizioni di assicurazione, si precisa che le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio e sulla determinazione del relativo premio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile). In questo caso il pagamento del danno non è dovuto o è dovuto in misura ridotta, in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato.

AVVERTENZA: il contratto è nullo, così come previsto dall'art. 1895 del Codice Civile, se il rischio per il quale il Contraente lo ha stipulato non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione dello stesso.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il Contraente deve comunicare alla Società, così come indicato agli artt.7-8 sezione A e artt.8-9 sezione B delle condizioni di assicurazione, eventuali aggravamenti e diminuzioni del rischio, compreso il cambiamento dell'attività professionale. Pertanto in caso di cambiamento di professione successivo alla stipula del contratto, **il Contraente deve darne immediata comunicazione alla Società affinché questa possa procedere all'eventuale aggiornamento del premio. Qualora ciò non avvenga, trovano applicazione le disposizioni di cui al punto "4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità" della presente Nota Informativa.**

6. Premi

Il pagamento del premio è consentito con periodicità annuale (unica soluzione). I mezzi di pagamento consentiti dalla Società sono assegno, bancomat, bollettino postale, bonifico, denaro contante, con i limiti e le modalità previsti dalla normativa antiriciclaggio vigente.

AVVERTENZA: L'ammontare del premio/tasso di premio è concordato in polizza tra la Società ed il Contraente.

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Relativamente al premio, si richiama quanto previsto dal punto "6. Premi", mentre per quanto riguarda le somme assicurate, così come indicato al punto "3. Coperture assicurative offerte" **per ciascuna delle garanzie assicurate è necessario verificare l'importo del capitale/somma assicurata indicati nel contratto .**

8. Informativa in corso di contratto

La Società ha l'obbligo di fornire riscontro per iscritto ad ogni richiesta di informazione presentata dal Contraente o dagli aventi diritto in merito al rapporto assicurativo, entro venti giorni dal ricevimento della richiesta.

La Società comunica per iscritto al Contraente eventuali modifiche normative del Fascicolo informativo, mentre eventuali aggiornamenti non normativi del Fascicolo informativo sono pubblicati sul sito internet www.helvetiitalia.it.

9. Diritto di recesso

Così come già precisato precedentemente, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno trenta giorni prima della scadenza, il contratto si intende prorogato per 365giorni/366(se anno bisestile) e così successivamente.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 730giorni/731(se compreso un anno bisestile) dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile modificato dalla Legge n.166 del 27 Ottobre 2008. Il diritto dell'Assicuratore alla riscossione del pagamento delle rate di premio si prescrive in 365giorni/366(se anno bisestile).

11. Legge applicabile al contratto

Il contratto è regolato dalla legge italiana.

12. Regime fiscale

Il trattamento fiscale applicato al contratto di assicurazione prevede l'imposizione, sul premio imponibile, dell'aliquota d'imposta del 2,5%, così come disposto dalla normativa vigente. **Tale normativa prevede altresì che in caso di conguaglio di premio a favore del Contraente, le imposte non vengano rimborsate allo stesso.**

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA: in caso di infortunio, così come indicato all'art.11 sezione B delle condizioni di assicurazione, la denuncia dell'infortunio dovrà pervenire per iscritto alla Società entro 20 giorni dalla data di avvenimento.

AVVERTENZA: la denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico attestante la diagnosi. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari designati o, in difetto di designazione, gli eredi, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale, i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

AVVERTENZA: se l'infortunio ha come conseguenza un' invalidità permanente, la valutazione del grado della stesso, viene stabilita mediante visita medica cui l'Assicurato deve sottoporsi presso un medico fiduciario incaricato dalla Società.

Il grado percentuale di invalidità permanente viene stabilito sulla base di quanto previsto all'art.15 della sezione B delle condizioni di assicurazione, per quanto riguarda la perdita brevetto la valutazione viene stabilita sulla base di quanto previsto agli artt. B-C della sezione C. **Fatta questa premessa, gli aspetti di dettaglio della procedura di liquidazione del danno sono indicati agli artt.9-10-11-12-13-14-15-16 della sezione A, agli artt. 11-12-13-14-15-16 della sezione B ed all'art.G della sezione C delle condizioni di assicurazione.**

14. Reclami

Ai sensi del Regolamento ISVAP n. 24/2008, come modificato dal Provvedimento n. 30/2015, **per Reclamo si intende** "una 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".

Eventuali reclami inerenti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, anche qualora riguardino soggetti coinvolti nel ciclo operativo dell'Impresa, devono essere inoltrati per iscritto alla Società presso: Helvetia Italia Assicurazioni - Ufficio Reclami - Via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano - Fax: 02 5351794 - Email: reclami@helvetiaitalia.it.

La Società invia la relativa risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

In caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo da parte della Società, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS ed ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie. **In particolare:**

1. possono essere presentati all'IVASS per iscritto (in Via del Quirinale 21, 00187 Roma oppure ai fax 06 42133745 - 06 42133353):

- i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D.Lgs n. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private) e delle relative norme di attuazione, nonché delle disposizioni del D.Lgs. n. 206/2005 Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV-bis relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli Intermediari e dei Periti assicurativi;
- i reclami già presentati direttamente alle Imprese di assicurazione e che non hanno ricevuto risposta entro il termine di quarantacinque giorni dal ricevimento da parte delle imprese stesse o che hanno ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente.

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela;
- copia del reclamo eventualmente presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Per reperire il modello da utilizzare per la presentazione dei reclami all'IVASS, si rinvia alla Sezione Reclami del sito della Società www.helvetiaitalia.it.

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/finance/fin-net/members_en.htm).

2. per la risoluzione delle controversie relative al contratto tramite sistemi alternativi il reclamante ha:

- **la facoltà** - in prima istanza - di avvalersi della **negoiazione assistita** prevista ai sensi del D.L. 132/2014, convertito con modifiche dalla L. 162/2014, mediante invito, inoltrato tramite il proprio legale, all'altra parte a stipulare una convenzione;
 - **l'obbligo** - qualora non intendesse avvalersi della negoziazione assistita o il ricorso alla negoziazione stessa non lo abbia pienamente soddisfatto - di attivare, ai sensi del D. Lgs. n. 28/2010 e s.m.i., il **procedimento di mediazione** innanzi ad un Organismo di Mediazione, iscritto in apposito Registro, istituito presso il Ministero della Giustizia, che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la vertenza;
 - **la facoltà** - solo in seguito alla definitiva conclusione del procedimento di mediazione secondo le modalità di cui al sopra citato D. Lgs. n. 28/2010 e s.m.i. - di adire l'**Autorità Giudiziaria** competente, la quale viene individuata in quella del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o dei soggetti che intendono far valere i diritti derivanti dal contratto;
 - **in ogni caso**, la facoltà di ricorrere ad un arbitrato, secondo le modalità di seguito specificate.
- Si ricorda che, in relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione delle responsabilità, permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria.

15. Arbitrato

AVVERTENZA: il contratto prevede, così come indicato agli art.17 sezione A delle condizioni di assicurazione, l'arbitrato per la risoluzione di eventuali controversie inerenti la liquidazione dell'indennizzo; l'Assicurato ha facoltà di rivolgersi comunque all'Autorità giudiziaria. In caso di arbitrato, il Collegio medico (collegio di tre medici nominati uno dall'Assicurato, uno dalla Società e uno di comune accordo), risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato o domicilio eletto dallo stesso.

16. Sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie

Chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa ad una controversia in materia di contratti assicurativi è tenuto preliminarmente ad esperire il procedimento di mediazione previsto dal D.Lgs n. 28/2010 e s.m.i. innanzi ad un Organismo di Mediazione, iscritto in apposito Registro, istituito presso il Ministero della Giustizia, che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la vertenza.

Solo in seguito alla definitiva conclusione del procedimento di mediazione secondo le modalità di cui al sopra citato D. Lgs. n. 28/2010 e s.m.i., **sarà possibile adire l'Autorità Giudiziaria competente**, la quale viene individuata in quella del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o dei soggetti che intendono far valere i diritti derivanti dal contratto.

In ogni caso, prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, è altresì possibile esperire il procedimento di **negoiazione** prevista ai sensi del D.L 132/14, convertito con modifiche dalla L. 162/14, mediante invito, tramite il proprio legale, all'altra parte a stipulare una convenzione di negoziazione assistita.

Ricordiamo, infine, che per la risoluzione di eventuali controversie inerenti la liquidazione del danno è possibile ricorrere ad un arbitratore, secondo le modalità specificate nel presente Fascicolo Informativo.

D. GLOSSARIO

17. Termini assicurativi utilizzati nel presente fascicolo informativo

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

Assicurazione: il contratto di assicurazione, che prevede il fascicolo informativo, composto da nota informativa e condizioni di assicurazione;

Beneficiario: gli eredi dell'Assicurato, o altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte;

Contraente: il soggetto che stipula il contratto di assicurazione;

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provoca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente;

Polizza: il documento che prova l'assicurazione;

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società;

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso (infortunio) per il quale l'assicurazione è prestata;

Società: Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A..

Indicazioni aggiuntive tese a garantire la riconducibilità alle unità di misura definite dal DPR 802/1982 e successive modifiche:

Anno (annuo - annuale): periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno solare bisestile);

Bimestre (bimestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 59 e 62 giorni in funzione della data iniziale del conteggio;

Età assicurativa: età in anni interi, determinata trascurando le frazioni di anno;

Mese (mensile): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 28 e 31 giorni in funzione della data iniziale del conteggio;

Poliennale (durata): periodo di tempo la cui durata minima è pari a 730 giorni (731 in caso di un anno solare bisestile compreso nel periodo);

Quadrimestre (quadrimestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 120 e 123 giorni in funzione della data iniziale del conteggio;

Quinquennio (quinquennale): periodo di tempo la cui durata è pari a 1826 giorni (1827 in caso di due anni solari bisestili compresi nel periodo);

Semestre (semestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 181 e 184 giorni in funzione della data iniziale del conteggio;

Settimana (settimanale): periodo di tempo la cui durata è pari a 7 giorni;

Trimestre (trimestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 89 e 92 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

SI RICHIAMA L'ATTENZIONE DEL CONTRAENTE SULLA NECESSITA' DI LEGGERE ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO.

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente nota informativa

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.
Il rappresentante legale
Dott. Sandro Scapellato



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Contratto di assicurazione infortuni e perdita brevetto:

**CUMULATIVO EXTRAPROFESSIONALE
PERSONALE AERONAVIGANTE
Mod.35CCUIEXAER2 - aggiornato al 01.01.2014**

PREMESSA ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Si precisa che le condizioni di assicurazione di seguito riportate sono costituite da:

- **SEZIONE A - CONDIZIONI GENERALI VALIDE PER TUTTE LE GARANZIE**, le quali valgono per entrambe le garanzie **INFORTUNI** e **PERDITA BREVETTO**;
- **SEZIONE B - CONDIZIONI GENERALI GARANZIA INFORTUNI**, le quali valgono esclusivamente per la predetta garanzia;
- **SEZIONE C - CONDIZIONI GENERALI GARANZIA PERDITA BREVETTO**, le quali valgono esclusivamente per la predetta garanzia.

Resta inteso che quanto disposto dalle CONDIZIONI GENERALI delle sezioni B e C prevale su quanto disposto dalle CONDIZIONI GENERALI della sezione A.

SEZIONE A - CONDIZIONI GENERALI VALIDE PER TUTTE LE GARANZIE

OGGETTO, VALIDITA' E LIMITI DELL'ASSICURAZIONE

ART. 1 - La presente polizza è stipulata dal Contraente a favore del proprio personale dipendente munito di brevetto aeronautico regolare e valido, adibito quale personale aeronavigante - in conformità alle mansioni dichiarate dal Contraente - sugli aeromobili di proprietà del Contraente stesso o di terzi.

L'Assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività dallo stesso praticate senza carattere di professionalità.

L'assicurazione si intende estesa agli infortuni dovuti:

- a) ad atti di aggressione e di violenza subiti anche in conseguenza di tumulti popolari che abbiano movente politico o sociale, che non siano stati provocati dall'Assicurato ed ai quali lo stesso non abbia preso parte attiva;
- b) a guerra (dichiarata e non), terrorismo, sabotaggio, insurrezioni;
- c) ad annegamento ed asfissia accidentale;
- d) a contatto con sostanze tossiche, corrosive, irritanti e venefiche;
- e) a morsi di animali e di punture di insetti (con esclusione della malaria e di qualsiasi altra malattia) che provochino la morte o lesioni organiche invalidanti;
- f) a colpi di sole e/o eccesso di calore che provochino la morte o lesioni organiche invalidanti;
- g) conseguenti a malore fondatamente non dovuto a condizioni qualificatamente patologiche preesistenti.
- h) derivanti da alluvioni, inondazioni, da movimenti tellurici e/o eruzioni vulcaniche; per quanto riguarda il rischio di terremoto, per evento s'intende una o più scosse di terremoto che si verifichino entro un periodo di tempo di 72 ore.

L'Assicurazione vale anche durante il periodo di sospensione del brevetto aeronautico per gli infortuni accaduti tanto alla superficie che in volo, **sempreché, in quest'ultimo caso, l'assicurato non abbia mansioni in alcun modo collegate con quelle di volo**. L'assicurazione cessa invece di pieno diritto con il ritiro o la scadenza del brevetto stesso, salvo che la scadenza non avvenga nel corso del viaggio.

ART. 2 - E' considerato "infortunistico" ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna dal quale derivino all'Assicurato lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente.

ART. 3 - Sono esclusi dall'assicurazione gli infortunistici dipendenti, in tutto o in parte, da dolo dell'Assicurato, quelli sofferti in stato di ubriachezza, quelli dipendenti da acrobazia di volo con velivoli non adatti, o, in genere, da imprese temerarie, nonché quelli occorsi durante i voli effettuati con aeromobili non in regola con le disposizioni di legge o regolamenti relativi allo stato di navigabilità, a meno che detti voli siano stati autorizzati dal Registro Aeronautica Italiano o da un Ente similare estero. Sono anche esclusi gli infortunistici sofferti in occasione di partecipazione o tentativi di primati, a gare, a competizioni di ogni genere, alle relative prove preparatorie e di ogni altro volo comunque estraneo alla specifica attività aerea del Contraente.

Le malattie non rientrano nell'assicurazione, salvo quanto diversamente disposto all'articolo 12 per il caso di morte per febbre perniciosa causata da infezione malarica.

Sono inoltre escluse dall'assicurazione le lesioni personali e le alterazioni della salute derivanti da effetti diretti o indiretti di radiazioni ionizzanti o di contaminazione per radioattività provenienti da una fonte esterna all'a/m. L'assicurazione copre viceversa tutti i danni e le spese diretti ed indiretti causati da radiazioni ionizzanti e contaminazioni per radioattività provenienti da materiale radioattivo fissile e/o nucleare in genere trasportato da un a/m. quale merce; a condizione però che detto trasporto sia effettuato con l'osservanza dei regolamenti della Associazione internazionale del Trasporto Aereo (IATA) e/o agli altri relativi regolamenti internazionali.

STIPULAZIONE E DECORRENZA DEL CONTRATTO

ART. 4 - Il contratto di assicurazione è stipulato per iscritto mediante polizza ed eventuali appendici firmate dalla Società e dal Contraente. L'assicurazione ha effetto dall'ora e dal giorno indicati nella polizza, **se i premi e gli accessori sono stati già pagati**; in caso diverso, decorre dalla prima ora del giorno successivo a quello del quale si effettua il pagamento.

ART. 5 - Il Contraente ha l'obbligo di pagare il premio e gli accessori - nella misura e nei termini convenuti - presso la Direzione della Società o presso l'agenzia alla quale è assegnata la polizza.

Il premio è unico e indivisibile per sua natura e quindi è sempre dovuto per intero, anche in caso di risoluzione del contratto prima della scadenza ed anche quando, per comodità di pagamento, sia stato concesso il frazionamento in più rate, salvo quanto stabilito nell'art. 20. Nel caso di premio rateato, la prima rata deve essere pagata alla consegna della polizza; le rate successive devono essere pagate, alle rispettive scadenze indicate in polizza, contro il rilascio di quietanze che devono essere emesse dalla Direzione della Società e portare la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo. **Per il pagamento delle rate successive alla prime è concesso un termine di rispetto di 15 giorni. Scaduto tale termine, l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalla prima ora del giorno successivo a quello del pagamento del premio e delle eventuali spese.** Il premio relativo al periodo di tempo durante il quale l'assicurazione rimane sospesa, è acquisito alla Società come penalità convenzionale, anche se la quietanza d'incasso sia rilasciata senza riserve.

VARIAZIONI DEL CONTRATTO E DEL RISCHIO

ART. 6 - Il Contraente stipula per sé e per i suoi successori, i quali sono solidalmente obbligati a continuare il contratto. In caso di alienazione, fusione o trasformazione della Ditta contraente, questa, fermo l'onere del pagamento del premio, deve trasmettere ai suoi aventi causa l'obbligo di mantenere il contratto, tranne in caso che questi abbiano già in corso un analogo contratto con la stessa Società. Qualora esistano analoghi contratti con diverse Società il Contraente promuoverà la loro fusione restando con ciò esonerato dall'obbligo di mantenere la presente polizza.

Il contratto rimane in vigore in caso di cambiamento della ragione sociale o di scioglimento della Ditta contraente, ogni qualvolta l'impresa sia continuata da uno dei suoi componenti.

Le variazioni sopra indicate devono essere notificate dai successori entro il termine di 15 giorni, dal loro verificarsi, alla Società, la quale nei 30 giorni successivi ha la facoltà di annullare il contratto, dandone comunicazione con preavviso di 15 giorni.

ART. 7 - L'assicurazione vale per le persone designate in polizza. Tuttavia il contraente ha facoltà - successivamente alla stipulazione della polizza - di aggiungere altre persone oppure di sostituire ed escludere quelle già assicurate. Le suddette variazioni del personale assicurato devono essere notificate alla Società appena possibile e, la loro efficacia agli effetti della presente polizza inizierà dal giorno dell'assunzione o della sostituzione o del licenziamento del personale stesso.

Per le persone aggiunte in polizza, il Contraente corrisponderà il premio pro-rata temporis senza alcun supplemento e per le persone escluse ha diritto al rimborso del premio pro-rata temporis senza deduzione alcuna.

In caso di variazioni di qualifica che comportano variazioni dei capitali assicurati, queste avranno decorrenza dalla data di effetto delle variazioni stesse che il contraente dovrà precisare nella notifica alla Società. Il relativo conguaglio premio verrà regolato pro-rata temporis sulla differenza dei massimali.

ART. 8 - Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni di rischio per cambiamento delle mansioni professionali dichiarate per i singoli assicurati o delle condizioni nelle quali dette mansioni sono esercitate, il Contraente deve darne immediata comunicazione scritta alla Società.

Se la variazione implica aggravamento di rischio tale che la Società non avrebbe consentito l'assicurazione, essa ha diritto di recedere dal contratto o di escludere dall'assicurazione gli Assicurati ai quali l'aggravamento si riferisce, e ciò con effetto immediato.

Se la variazione implica aggravamento di rischio tale che la Società avrebbe richiesto un premio maggiore, essa ha il diritto di modificare le condizioni in corso. **Nel caso che il Contraente non accetti le nuove condizioni entro 5 giorni dalla loro comunicazione ovvero, non perfezioni, entro 5 giorni dalla presentazione, l'appendice con la quale la Società dà atto della nuova situazione, pagando il maggior premio che risulti dovuto, la Società ha diritto, con preavviso di 15 giorni, di recedere dal contratto o di escludere dall'assicurazione gli Assicurati ai quali l'aggravamento si riferisce. Nel frattempo l'assicurazione è valida anche rispetto al nuovo stato di cose, ma è dovuto alla Società il maggior premio relativo all'aggravamento per il periodo di assicurazione prestata dal momento della variazione. Se, invece, la variazione implica diminuzione di rischio, il premio è ridotto in proporzione a decorrere dalla data di notifica della variazione.**

PROCEDIMENTO IN CASO D'INFORTUNIO

ART. 9 - La denuncia d'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, deve essere inviata alla Società al più presto possibile, il primo certificato medico deve essere inoltrato alla Società quando il Contraente ne è venuto in possesso. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato, o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso telegrafico alla Società.

L'Assicurato od i suoi familiari od aventi diritti devono consentire alle obiettivazioni e agli accertamenti clinici dei medici della Società. Se il Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritti per dolo non adempiono all'obbligo della denuncia o delle cure, l'Assicurato od i suoi aventi diritto perdono il diritto all'indennità. Eguale decadenza ha luogo se il Contraente, l'Assicurato ed i suoi aventi diritto, abbiano tentato di ingannare la Società sulle cause e conseguenze dell'infortunio, o ne siano responsabili per dolo.

Se il Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto omettono colposamente di adempiere all'obbligo della denuncia, ed agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, la Società ha diritto, nel caso di morte o invalidità permanente, di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

LIQUIDAZIONI E PAGAMENTO DELL'INDENNITÀ

ART. 10 - E' carico di chi domanda l'indennità di provare che sussistano tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto a termine di polizza.

ART. 11 - La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche e patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, la indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

CASO DI MORTE

ART. 12 - In caso di morte dell'Assicurato, la somma garantita in suo favore per detto caso sarà corrisposta dalla Società agli aventi diritto, secondo le disposizioni dell'art. 936 del Codice della Navigazione, ovvero - qualora questi non fossero applicabili - ai beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi. Se la morte è dovuta a febbre pericolosa causata da infezione malarica, spetta ai predetti beneficiari o eredi un terzo della somma assicurata.

Il pagamento dell'indennità e degli interessi sulla medesima maturatisi sarà fatto agli aventi diritto, dopo che sarà divenuta eseguibile la sentenza con la quale fu dichiarata la morte presunta dello scomparso a sensi dell'art. 60, n. 3 del Codice Civile. Nel caso di semplice dichiarazione di assenza dell'Assicurato si osserveranno le norme degli artt. dal 43 al 57 del Codice Civile.

Qualora iniziato un volo o un viaggio aereo, non si abbiano più notizie dell'Assicurato per un ragionevole periodo di tempo, la società depositerà presso una banca, a favore degli aventi diritto e con il vincolo di non disponibilità del capitale senza il consenso dell'Assicuratore, l'importo della indennità stabilita dalla polizza per il caso di morte.

Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennità in base a dichiarazione di morte presunta o di assenza dello scomparso ed in seguito questi ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle somme pagate e dei relativi interessi e spese, e l'Assicurato potrà far valere, limitatamente alle somme recuperate, durante le spese, i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

ART. 13 - Se l'infortunio ha per conseguenza l'invalidità permanente, o questa si verifichi entro due anni dal giorno del quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida, entro i limiti della somma assicurata per tale titolo, l'indennità secondo le percentuali applicate dall'I.N.A.I.L. per gli infortuni sul lavoro.

Nel caso di ernia non operabile determinata da infortunio è stabilita una indennità del 10%, se invece l'ernia è operabile, è stabilito un rimborso di spese fino a € 130. Qualora sorga contestazione circa la operabilità, la decisione è rimessa ad un Collegio arbitrale costituito in conformità dell'Art. 18.

ART. 14 - Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente ma entro due anni dall'infortunio e per conseguenza di questa, l'Assicurato muore, la Società corrisponde la differenza fra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove quest'ultima sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che la indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto in misura determinata. Parimenti se, pur non avendo la Società liquidato o comunque offerto l'indennità fosse provata la perdita anatomica di organi o di arti ovvero vi fossero sufficienti elementi per stabilire le conseguenze sofferte dall'infortunato la Società paga agli eredi la relativa indennità.

ART. 15 - La Società non ha l'obbligo di pagare l'indennità prima che sia finita la cura medica. Ricevuto il certificato medico definitivo e gli altri documenti richiesti ed esauriti gli accertamenti del caso, la Società stabilisce entro 15 giorni se e quale indennità sia dovuta e ne dà comunicazione agli interessati.

ART. 16 - Dopo essere stata presentata la documentazione da parte dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto e dopo essere stato riconosciuto, d'accordo tra le parti o per sentenza definitiva, il diritto all'indennità è stabilito il relativo importo nei modi previsti dalla presente polizza. Il pagamento ha luogo, entro 15 giorni, a cura della Società, dove è più opportuno nell'interesse dell'infortunato o dei suoi aventi diritto. Prima che sia spirato tale termine, non decorrono in alcun caso interessi a carico della Società.

CONTROVERSIE

ART. 17 - In caso di disaccordo tra l'Assicurato e la Società (le Parti), è facoltà degli stessi di incaricare, per iscritto e di comune accordo, un collegio composto di tre medici nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in difetto, dal Presidente o Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione sul luogo ove deve riunirsi il Collegio, che dovrà stabilire la causa e/o la natura delle lesioni, ovvero valutare le conseguenze attribuibili all'infortunio, tenendo conto dei miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato o domicilio eletto dallo stesso.

Ciascuna delle Parti sostiene le spese del medico da essa designato e contribuisce nella misura del 50% per le spese del terzo medico e di eventuali ulteriori spese per accertamenti disposti, di comune accordo, in sede arbitrale. E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo del danno biologico ad epoca da definirsi dal Collegio stesso; in tal caso il Collegio potrà 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. Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

ART. 18 - Per ogni controversia diversa da quelle previste dall'articolo precedente è competente esclusivamente, a scelta della Parte attrice, l'autorità giudiziaria del luogo dove ha sede la Società ovvero di quello dove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza o presso la quale è stato concluso il contratto. Le Parti rinunciano espressamente a valersi del disposto degli artt. 282 e 648 del Codice di Procedura Civile.

DURATA DEL CONTRATTO

ART. 19 - In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno trenta giorni prima della scadenza del contratto, quest'ultimo è prorogato per 365giorni/366(se anno bisestile) e così successivamente.

DISPOSIZIONI VARIE

ART. 20 - Le spese di bollo, tasse, imposte e diritti dipendenti dalla presente assicurazione sono a carico del Contraente o dell'Assicurato o suoi aventi diritto.

ART. 21 - Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

SEZIONE B - CONDIZIONI GENERALI GARANZIA INFORTUNI

ART. 1 - DEFINIZIONE DI INFORTUNIO

Sono considerati infortuni gli eventi dovuti a causa fortuita violenta ed esterna, che producano lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente.

ART. 2 - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Resta convenuto che è garantito il rischio di morte e invalidità permanente che sia conseguente ad un infortunio che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività dallo stesso praticate senza carattere di professionalità.

L'assicurazione vale altresì durante il servizio militare in tempo di pace in seguito a richiamo per ordinarie esercitazioni; è invece sospesa durante il servizio di leva, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale e riprende vigore non appena cessate le anzidette cause di sospensione.

In caso di infortunio il personale è inoltre garantito per:

- spese di ambulanza sino a €26,00;
- spese per operazioni chirurgiche sino a €517,00;
- spese mediche e ospedaliere sino ad un massimo del 10% del capitale assicurato per il caso di invalidità permanente.

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla scalata alle rocce ed accesso ai ghiacciai;
- b) dalle competizioni sportive regolarmente organizzate, fatta eccezione per quelle praticate in qualità di aderente all'ENAL- Dopolavoro e/o nell'ambito aziendale;
- c) dalla pesca subacquea e sci nautico;
- d) dallo sport del pugilato;
- e) dai salti dal trampolino con gli sci e dallo sport della guidoslitta.

Sono pure esclusi dall'assicurazione:

- a) gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- b) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, di malore o di incoscienza da qualunque causa determinati e quelli sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose, imprudenze o negligenze gravi nonché di partecipazione ad imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- c) gli infortuni dovuti ad ingestione od assorbimento di sostanze, le ernie, le conseguenze di sforzi muscolari, il carbonchio, la malaria od altre manifestazioni morbose causate da punture di insetti, gli avvelenamenti e le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione ai sensi dell'art. 1, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio e delle pratiche riguardanti la cura della propria persona.

ART. 3 - PERSONE NON ASSICURABILI

L'assicurazione non vale per la persone di età superiore ai 65 anni; tuttavia le persone che raggiungono tale età durante il periodo di assicurazione, restano comunque assicurate sino alla successiva scadenza annuale del contratto.

Non sono assicurabili le persone colpite da apoplessia od affetto da epilessia, paralisi, infermità mentali, delirium tremens, alcoolismo, cocainismo, morfinismo, oppiomania, diabete o da altre infermità gravi e permanenti e l'assicurazione cessa col manifestarsi di una di queste malattie. Le persone con difetti fisici o mutilazioni rilevanti sono assicurabili solo con patto speciale.

ART. 4 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

ART. 5 - PROVA DEL CONTRATTO - VALIDITÀ DELLE VARIAZIONI

La proposta scritta diretta alla Società e la polizza firmata dalla Società stessa per mezzo delle persone all'uopo autorizzate e del Contraente sono i soli documenti che fanno prova delle condizioni regolatrici dei rapporti fra le Parti. Qualunque modificazione del contratto non è valida se non risulta da appendice sottoscritta dalle Parti come sopra.

ART. 6 - PAGAMENTO DEL PREMIO - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE

Il Contraente è tenuto a pagare, presso la Direzione della Società o la Sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, alle rispettive scadenze e per tutta la durata del contratto, i premi e gli accessori stabiliti nella polizza medesima. L'esazione dei premi precedentemente eseguita al domicilio del Contraente non può in alcun modo invocarsi come deroga a tale obbligo.

La prima rata deve essere pagata alla consegna della Polizza; le rate successive vengono pagate contro il rilascio di regolari quietanze emesse dalla Società, che devono portare la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo. L'assicurazione decorre dalle ore ventiquattro del giorno indicato

nella polizza, se in quel momento il premio e gli accessori sono stati pagati; in caso diverso decorre dalle ore ventiquattro del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze stabilite nel contratto.

Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di 15 giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore ventiquattro del giorno del pagamento del premio e delle spese, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.

Trascorso il termine di 15 giorni di cui sopra, la Società ha il diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti, o di esigerne giudizialmente l'esecuzione.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore, ed è dovuto per intero anche se ne sia stato concesso il frazionamento in due o più rate.

ART. 7 - VARIAZIONI NELLA PERSONA DEL CONTRAENTE

Il Contraente stipula per sé e per i suoi eredi, i quali sono solidamente obbligati a continuare il contratto fino alla divisione della eredità. Dopo la divisione il contratto continua con l'erede o con gli eredi cui siano state assegnate le attività alle quali sono addette le persone assicurate.

In caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente, fermo l'onere del pagamento del premio per il periodo di assicurazione in corso, deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di mantenere il contratto per la parte che lo riguarda.

Nel caso di fusione della Società contraente il contratto continua con la Società che rimane sussistente o che risulta dalla fusione. Nel caso di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con la Società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nei casi di scioglimento della Società contraente o della sua messa in liquidazione il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

Le variazioni sopraindicate devono essere comunicate per iscritto dal Contraente, suoi eredi od aventi causa, entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi, alla Società, la quale nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto dandone comunicazione con preavviso di quindici giorni.

ART. 8 - VARIAZIONI NELLE MANSIONI DELLE PERSONE ASSICURATE

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni di rischio per cambiamento delle mansioni professionali dichiarate per i singoli assicurati o delle condizioni nelle quali dette mansioni sono esercitate, il Contraente deve darne immediata comunicazione scritta alla Società.

Se la variazione implica aggravamento di rischio tale che la Società non avrebbe consentito l'assicurazione, essa ha diritto con effetto immediato di recedere dal contratto o di escludere dall'assicurazione gli assicurati ai quali l'aggravamento si riferisce.

Se la variazione implica aggravamento che importi un premio maggiore, la Società può chiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso.

Se invece la variazione implica diminuzione del rischio, la Società provvederà a ridurre correlativamente il premio, a partire dalla scadenza annuale successiva, notificando al Contraente le condizioni di assicurazione e la misura del nuovo premio ridotto.

ART. 9 - VARIAZIONE NELLE PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza ed in quanto permanga rispetto ad esso il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione. Le variazioni nel personale assicurato devono essere comunicate per iscritto alla Società, la quale ne prende atto con appendice. L'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore ventiquattro del giorno del perfezionamento dell'appendice, con pagamento del maggior premio che risulti dovuto. La cessazione dei singoli assicurati, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione di premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

ART. 10 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo dal comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni infortuni per le stesse persone o categorie di persone assicurate con la presente polizza.

Art. 11 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, a parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 1913 C.C., la denuncia dell'infortunio deve pervenire per iscritto alla Società entro 20 giorni dalla data di avvenimento.

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico attestante la diagnosi. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari designati o, in difetto di designazione, gli eredi, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale, i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

ART. 12 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esso possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. **Parimenti, nei casi di preesistente**

mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti, fermo il disposto dell'ultimo comma dell'art. 15.

ART. 13 - PROVA

E' a carico di chi domanda l'indennità di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto a termini di polizza.

ART. 14 - MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida i beneficiari designati, o in difetto agli eredi, la somma assicurata per il caso di morte.

ART. 15 - INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo secondo le disposizioni e percentuali seguenti una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta.

	destro	sinistro
Per la perdita totale di un arto superiore	70%	60%
idem idem della mano o dell'avambraccio	60%	50%
“ “ di un arto inferiore al di sopra del ginocchio	60%	60%
“ “ di un arto inferiore all'altezza o al disotto del ginocchio	50%	50%
“ “ di un piede	40%	40%
“ “ del pollice	18%	16%
“ “ dell'indice		14%12%
“ “ del mignolo	12%	10%
“ “ del medio	8%	6%
“ “ dell'anulare	8%	6%
“ “ di un alluce		5%
“ “ di ogni altro dito dei piede		3%
Per la sordità completa di un orecchio		10%
Idem idem di ambedue gli orecchi		40%
Per la perdita totale della facoltà visiva d'un occhio		25%
Per la perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi		100%

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale. L'indennità per la perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà, e per quella di una falange di qualunque altro dito di un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nel casi di invalidità permanente non specificati nella suesposta tabella l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali sopra indicato sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 16 - CUMULO DI INDENNITÀ

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro l'anno dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto.

ART. 17 - LIQUIDAZIONE

Ricevuto il certificato medico di guarigione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità che risulti dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento.

ART. 18 - DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

SEZIONE C - CONDIZIONI GENERALI GARANZIA PERDITA BREVETTO AIR CREW LOSS OF FLYNG LICENCE POLICY - (ZS 221 4/72)

ART. A - SUBJECT

Whereas the Insured described in the Schedule hereto (hereinafter called "the Insured") whose Occupation and Employer are as stated in the said Schedule and who on the commencing day (stated in the said Schedule) of this insurance was the holder of the Licence (hereinafter called "the Licence") stated in the said Schedule together with a Certificate of Validity (hereinafter called "the Certificate") forming part thereof (the Insured being required by law to hold such licence in connection with his said Occupation) by a proposal and declaration dated as stated in the said Schedule (which said proposal and declaration shall be the basis of this contract and are deemed to be incorporated herein) has applied to the Company stated in the Schedule (hereinafter called "the Company") for the insurance hereinafter provided and has paid the premium stated in the said Schedule as consideration for such insurance during the Period of Insurance stated in the said Schedule.

NOW IT IS HEREBY AGREED that if the insured shall suffer bodily injury or illness or classified illness and such bodily injury or illness or classified illness shall be the sole and direct cause whereby during the said Period of Insurance or after but not beyond a period of twelve months after the expiry of the said Period of Insurance:

- (1) The Insured shall be disabled from carrying on his said Occupation pursuant to the Licence and the Certificate but neither the Licence nor the Certificate shall have been lost to him or
- (2) There shall be imposed at any time whether by endorsement upon the Licence of the Certificate or otherwise any special limitations on or in connection with the exercise of the privileges conferred by the Licence and/or the Certificate such imposition involving loss of income or
- (3) The Licence and/or the Certificate shall be lost to the Insured

then the Insured shall be subject to the terms conditions provisions and exclusions of this Policy become entitled to the payment by the Company of such as may be appropriate of the sums shown in the Table of Benefits hereinafter contained.

ART. B - DEFINITIONS

"Bodily Injury" means bodily injury sustained by the Insured during the said Period of Insurance caused directly solely and independently of any other cause by violent accidental external and visible means and includes illness solely and directly caused by such bodily injury and the results of involuntary exposure to the elements after any accident or mishap during the said Period of Insurance but does not include any other illness.

"Illness" means any illness (not falling within the aforesaid definition of bodily injury) which incepts during the said Period of Insurance and includes premature senile degenerative changes but not a classified illness as hereafter defined.

A "Classified Illness" means an illness as hereinbefore defined but which (a) is of its nature or in origin directly or indirectly consequent upon or contributed to by drugs of any type including alcohol) unless prescribed by a qualified medical practitioner in the treatment of a pre-existing illness not falling within this definition or (b) is of such a nature as to be incapable of diagnosis by objective evidence or which though capable of diagnosis by such evidence has not been so diagnosed.

A "loss" of a licence or certificate means a deprivation of such licence or certificate in such circumstances that the Insured is unlikely by reason of bodily injury or illness (whether or not a classified illness) to obtain a restoration of such licence or certificate and "lose" or any conjugation thereof has a corresponding meaning.

A "Licence" or "Certificate" means all Licence and Certificates held by the Insured in connection with his Occupation and a loss as defined shall mean the loss of all such Licences and Certificates.

"Loss of Income" means a loss of remuneration for performing the duties of the occupation as stated in the Schedule ascertained after taking into account Surtax Income Tax Graduated Pension Contributions Pension Fund Contributions Social Security Contributions and all other deductions of a like nature.

The "Insured" shall where the context admits include the Insured and his Legal Personal Representatives.

ART. C - TABLE OF BENEFITS

Section A: A monthly benefit as stated in the Schedule in respect of any such disability or imposition caused as aforesaid by bodily injury of illness (other than a classified illness), such monthly benefit to commence upon the expiration of one hundred and twenty consecutive days of disability or imposition and to continue until the cessation of such disability or imposition or the end of twelve calendar months from the expiration of the said period of one hundred and twenty consecutive days whichever shall first occur.

Section B: A monthly benefit as stated in the Schedule in respect of such disability or imposition caused as aforesaid by a classified illness, such monthly benefit to commence and continue in like manner as is stated in Section A above.

Section C: If upon the completion of benefit paid under Section A or Section B. it is not certain whether or not the Insured will lose his Licence: A monthly benefit as stated in the Schedule in respect of any such disability or imposition caused as aforesaid by bodily injury or illness or classified illness such monthly benefit to commence upon the expiration of benefit under Section A or B and to continue until the cessation of such disability or imposition or the end of a further period of twenty four calendar months whichever shall first occur.

Section D: A benefit as stated in the Schedule in the case of the loss of the Licence and/or the Certificate caused as aforesaid by bodily injury or illness (other than a classified illness).

Section E: A benefit as stated in the Schedule in the case of the loss of the Licence and/or the Certificate caused as aforesaid by a classified illness.

Section F: Costs or other legal expenses or any other expenses such costs or expenses having been reasonably and properly incurred by the Insured and with the consent in writing of the Company by reason of the Insured having been called upon to attend any Court of Enquiry or legal or other proceedings in connection with the happening of any event which has given rise or might give rise to a claim under this Policy but so that the maximum payment under this section shall be £ 150 or currency equivalent in respect of any one such event.

ART. D - PROVISIONS

Provided always that:

1. The Company shall not be liable to make payments under both Section A and B hereof in respect of any one period of disablement or imposition but if the Insured would but for this Provision have been entitled to claim under either of the said Sections then he shall be entitled to elect under which one of the said Sections he will make his claim.
2. If the Company shall have made any payment or payments of monthly benefits under any of Sections A B and C hereof and the Insured or his personal representatives shall by reason of the event occasioning such a payment or payments of monthly benefit become entitled to any such cash payment.
3. The Company shall not be liable to make payments under both Sections D or E hereof in respect of the loss of the Licence and/or the Certificate but if the Insured would but for this Proviso have been entitled to claim under either of the said Sections then he shall be entitled to elect under which one of the said Sections he will make his claim.
4. The monthly benefit payable in consequence of an imposition as aforesaid shall not exceed the monthly loss of income consequent upon such imposition.
5. The Company shall not be obliged to effect settlement under either Section D or E hereof until a period of one hundred and twenty days has elapsed from the date on which the Insured shall have given notice as required by the Claims Procedure hereinafter prescribed and no liability shall attach to the Company in the event of the death of the Insured prior to the expiration of the said period.
6. All monthly benefits payable hereunder shall be apportionable from day to day.
7. Entitlement to payment of any monthly benefit shall cease immediately upon the death of the Insured.
8. Without prejudice to any antecedent rights of the parties this Policy shall ipso facto terminate and cease to have effect if:
 - (a) The Insured cease to be habitually gainfully employed as stated in the said Schedule under Occupation and Employer.
 - (b) The Insured dies.
 - (c) A payment is made by the Company under either Section D or E.
 - (d) The Insured undertakes crop dusting seeding or fertilisation spraying fish spotting cattle mustering or any other like form of flying involving abnormal hazards.
 - (e) The Insured voluntarily or involuntarily undertake active duties with any Armed Force other than part time training on a non combatant assignment.
 - (f) The Insured attains the age of 55 years.

ART. E - EXCLUSIONS

1. **no benefit is payable under this Policy in the case of bodily injury illness or classified illness directly or indirectly resulting from:**
 - (a) War whether declared or not between any or two more of the following countries namely Great Britain, France, China, The Union of Soviet Socialist Republics and the United States of America or
 - (b) War whether declared or not (not being civil war but including any enforcement action by or on behalf of the United Nations) in which any of the said countries or any armed forces thereof are engaged.
 - (c) Intentional act or intentional omission inducing self-injury or suicide or attempted suicide assault provoked by the Insured duelling or (except in bona fide self-defence) fighting.
 - (d) Intentional exposure of the Insured to exceptional danger (except in an attempt to save human life or to prevent loss of or substantial damage to aircraft equipment or other property of substantial value).
 - (e) Any criminal act of the Insured for which the Insured shall have been liable to imprisonment.
2. **No benefit is payable under this Policy.**
 - (a) In the case of illness (whether a classified illness or not) which is a venereal disease or
 - (b) In the case of bodily injury resulting directly or indirectly from venereal disease or
 - (c) In the case of a sequel of venereal disease.
3. **No benefit is payable under this Policy in the case of bodily injury directly or indirectly sustained while the Insured is in a state of permanent or temporary insanity.**
4. **No benefit is payable under this Policy in respect of the loss of the licence and/or, the Certificate as a result of stipulations imposed by the Licence Issuing Authority relating to the requirement for age of eligibility to hold such a Licence or Certificate.**

ART. F - CONDITIONS

This Policy is issued subject to the following conditions compliance with which by the Insured shall SO far as the nature of the conditions permits be deemed to be a condition precedent to the liability of the Company and so that nothing in these conditions shall in any way prejudice or diminish any rights of the Company implied by operation of law:

1. Any fraud or concealment of or failure to disclose or misstatement of a material fact in the making of a claim hereunder shall render this Policy null and void all right to make a claim thereunder shall be forfeited.
2. Notwithstanding anything to the contrary contained in this Policy no liability shall attach to the Company to the extent to which the Insured is also entitled to benefit under any other policy of Insurance insuring the Insured against any of the risks hereby insured (other than any personal accident insurance) unless written notice of the existence of that other policy shall have been given to the Company and the Company's acquiescence has been noted by endorsement hereon.
3. The Insured shall advise the Company of the Type and Number of all additional licenses obtained and of all changes in the Type or Number of the licenses stated in the Schedule.
4. The Insured shall in all respects observe and comply with the Claims Procedure hereinafter prescribed.
5. This Policy shall in all respects be construed according to Law of England and no liability shall attach to the Company under any judgement or decree of any Court save an English Court.

ART. G - CLAIMS PROCEDURE

1. In the event of disability or imposition as aforesaid or loss of the Licence and/or the Certificate the Insured shall within 28 days of the happening of such event give written notice thereof to the Company and shall state the reasons for such disability imposition or loss as the case may be so far as these are known to the Insured.

The date of notification shall be taken as the date upon which such notice was delivered to the Company at the address stated herein and all benefits payable hereunder shall be calculated upon the Maximum Sum Insured at that date. The Company if it so desires shall be at liberty at its own expense to appeal against any such imposition or loss in the name of the Insured and to employ its own Solicitors Counsel and Medical Advisers to conduct such appeal and the Insured shall give all possible assistance and information in and about the preparation and conduct of such appeal.

2. The Insured shall notify the Company forthwith upon becoming aware that any such Court of Enquiry or legal or other proceedings as are mentioned in Section F of the aforesaid Table of Benefits is or are in contemplation or pending.
3. The Insured shall if at any time required by the Company so to do submit to an independent medical examination at the expense of the Company and the Insured hereby irrevocably authorises the Company and its representatives to obtain details of all medical reports and hospital records pertaining to the Insured and to obtain all information it considers necessary from any physicians and surgeons who have treated or been consulted by the Insured and from the authorities of any hospitals at which the Insured was treated.

The Insured will sign all authorities required by the Company for these purposes.

4. The Insured will on written demand by the Company make a Statutory Declaration as to any facts relating to the claim.
5. The Insured hereby irrevocably authorises the Company to seek the opinion of the Principal Medical Officer of the Civil Aviation Authority or its successor or other Issuing Authority (or other appropriate medical officer appointed for the purpose) as to whether the insured is unlikely to obtain the restoration of the Licence and/or the Certificate and irrevocably authorises the said Officer to express and communicate such opinion to the Company and shall give such further written or other consent thereto as may from time to time be required and (subject as hereinafter provided) the Company for its part shall if the said Officer shall express and communicate to it the opinion that the Insured is unlikely to obtain the restoration of the Licence and/or the Certificate accept that opinion as evidence in favour of the Insured but
 - (i) the Company if it so desires shall be at liberty at its own expense to secure medical treatment to be undergone by the Insured which in the opinion of the Company would probably enable restoration of the Licence and/or the Certificate to be obtained
 - (ii) the Insured shall give all possible assistance to this and but in the event of disagreement between the Insured and the Company upon the reasonableness of his undergoing such treatment or upon the duration of such treatment such disagreement shall be decided by a panel of medical referees (experienced in the medical examination of Airline Flying Personnel). The panel of medical referees shall be appointed as follows: One such referee shall be chosen by the Company. The Insured shall have the right to accept his decision in which event his decision shall be final and binding on both Insured and Company and the expenses of the referee shall be borne by the Company. At his option the Insured shall have the right to choose his own referee, and in the event that the two referees so chosen are unable to agree, they shall choose a third referee. The decision of a majority of the referees so chosen shall be final and binding on both the Insured and the Company. If as a result of their decision the disagreement is resolved in favour of the Company the Insured shall pay the expenses of the referee chosen by him and where appointed one half of the expenses of the third referee and the Company shall pay the remaining expenses. If as a result of the decision the

disagreement is resolved in favour of the Insured then the expenses of all the referees will be paid by the Company.

- (iii) pending the termination of the said treatment it shall not be deemed that the Insured is unlikely to obtain a restoration of the Licence and/or the Certificate.
- (iv) on the termination of the said treatment the Company shall be entitled to require that the Insured shall re-submit himself for examination by the said Principal Medical Officers or other appropriate Medical Officers and that the Insured shall request him to express and so communicate a further such opinion which shall be accepted by the Company as evidence as aforesaid.

ART. H - SCHEDULE

INSURED:	
ADDRESS:	
OCCUPATION:	
EMPLOYER:	
DATE OF BIRTH:	
TYPES AND NUMBERS OF LICENCES HELD:	
DATE OF PROPOSAL AND DECLARATION:	
MAXIMUM SUM INSURED:	
BENEFITS:	
Section A	2% of the maximum sum insured.
Section B	½% of the maximum sum insured.
Section C	One half of the amounts shown under Section A or Section B applicable.
Section D	100% of the maximum sum insured
Section E	25% of the maximum sum insured
PREMIUM:as per policy	
PERIOD OF INSURANCE:	
From the day of	(as per policy 2012)
To the day of	(as per policy 2012)

ART. I - RINVIO

Per la garanzia **PERDITA BREVETTO** valgono, in quanto compatibili, le norme previste dagli 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 delle **CONDIZIONI GENERALI GARANZIA INFORTUNI**.

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.

Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano

Tel. 02 5351 1 (20 linee)

Fax 02 5351.829

www.helvetiaitalia.it

e-mail pec: helvetiaitalia@pec.helvetia.it

Capitale Sociale € 15.600.000 i.v.

N. di iscrizione del Registro delle Imprese di Milano, C.F.02446390581

R.E.A. n. 865966 e Partita I.V.A. 07530080154

Imp. Autor. all'eser. delle ass. e riass. con D. di ric. del M. Ind., Comm. ed Artig. del 20/06/1986
(G.U. n. 148 del 28/06/1986) e successive autorizzazioni

Società con Unico Socio

Società soggetta alla Direzione e al Coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia

Iscr. Albo Imprese di Ass. n. 1.00062

Iscr. Albo Gruppi Ass. n. d'ord. 031