

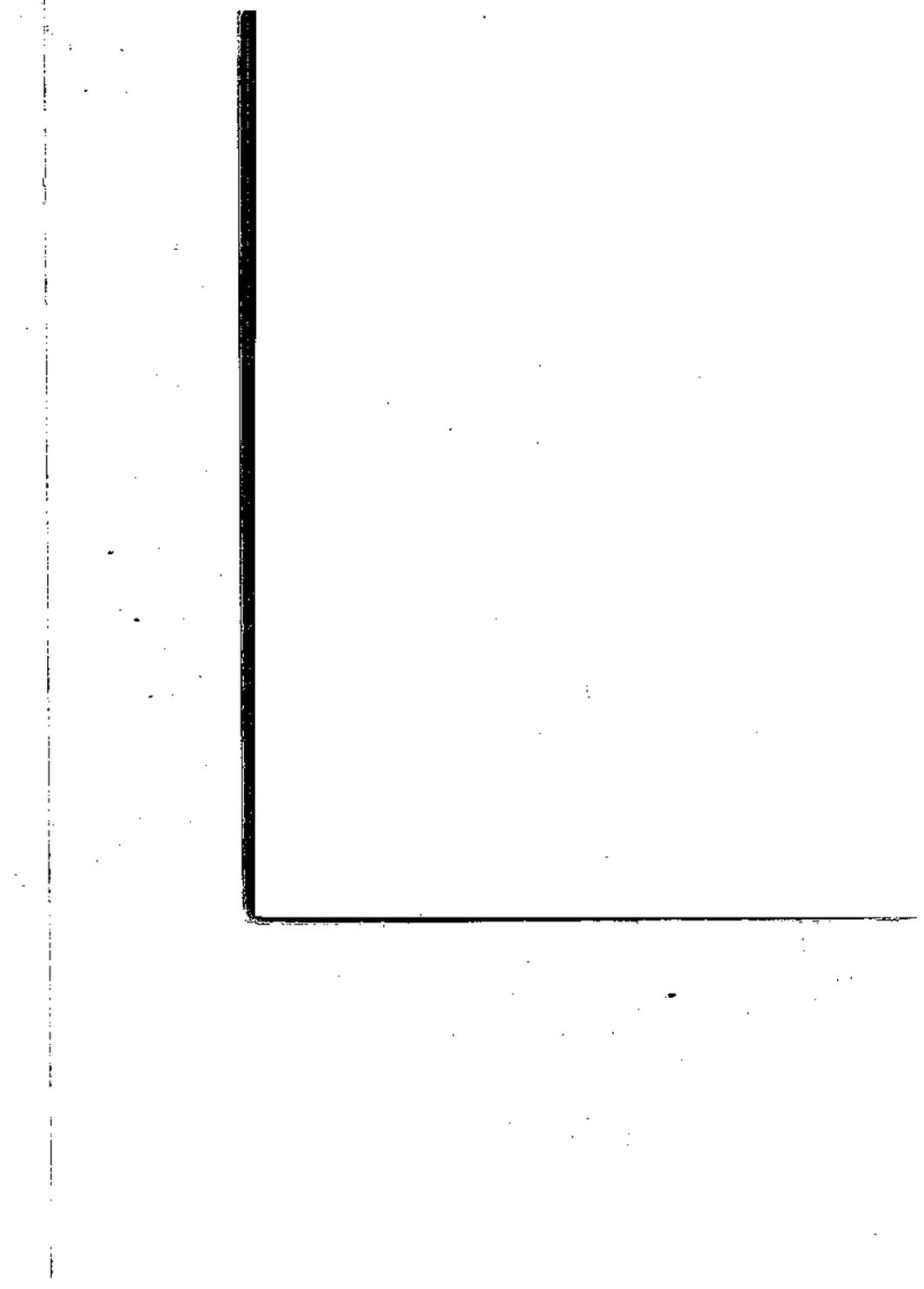


SARA

SARA assicurazioni spa
Assicuratrice ufficiale dell'Automobile Club d'Italia
Sede e Direzione Generale: 00198 Roma, Via Po n. 20
Capitale Sociale L. 18.000.000.000 (i.v.)
Iscrizione Tribunale Roma n. 946/41 - C.C.I.A.A. Roma n. 117033
C.F. 00408730593 - P. IVA 00885091009
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con
DMICA 26.8.1925 (G.U. 31.8.1925 n. 201)

Raccolta delle condizioni che regolano il contratto di assicurazione

Mod. 60/A ter. ed. 1/80
rist. (1.500) 3/89



CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

DEFINIZIONI

— Nel testo la parola «Società» designa l'impresa assicuratrice e quella «Assicurato» la persona con la quale è stipulato il contratto.

» T I I « M Definizione di infortunio

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente od una inabilità temporanea.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie dichiarate e nello svolgimento di ogni altra normale attività che non abbia carattere professionale.

• m i — Delimitazione dell'assicurazione

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

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida ed uso di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
 - b) dalla guida ed uso di motoveicoli di cilindrata superiore a 100 cmc, nonché dalla guida di altri veicoli a motore o di natanti a motore, salvo si tratti di ciclomotori, di autovetture ad uso privato o di natanti da diporto e sempreché l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
 - e) dalla pratica di: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai, salto dal trampolino con sci o idrosci, guidoslitta, immersioni con autorespiratore, speleologia, paracadutismo e sports aerei in generale;
 - d) dalla partecipazione a corse o gare ed alle relative prove di allenamento, salvo che si tratti di gare automobilistiche di pura regolarità indette dall'ACI o di gare podistiche, di bocce, golf, pesca non subacquea, tiro, scherma, tennis, nonché di gare o partite aziendali, interaziendali o aventi carattere ricreativo, i cui partecipanti non siano iscritti alle Federazioni sportive competenti.
- Sono pure esclusi:
- e) gli infortuni derivanti da guerra, insurrezione, calamità provocate da forze della natura, influenze termiche od atmosferiche, tumulti popolari; da atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte, i quali abbiano movente politico o sociale;
 - f) gli infortuni che siano la conseguenza diretta o indiretta di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;

- g) 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 in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- h) gli infortuni dovuti ad ingestione od assorbimento di sostanze, le ernie di qualsiasi tipo (comprese quelle discali) da qualunque causa determinate, le conseguenze di sforzi in genere, il carbonchio, 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.

Art. 3 Persone non assicurabili

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 70 anni; tuttavia per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale e cessa al compimento di detto termine.

Non sono assicurabili le persone colpite da apoplessia o affette da epilessia, paralisi, infermità mentali, alcoolismo, tossicomania, diabete o da altre infermità gravi e permanenti e l'assicurazione cessa col manifestarsi di una di queste malattie.

Non costituisce deroga a quanto stabilito nei due commi precedenti l'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni in essi previste.

Il premio medesimo verrà perciò restituito dalla Società a semplice richiesta dell'Assicurato. Le persone con difetti fisici o mutazioni sono assicurabili solo con patto speciale.

Art. 4 Limiti territoriali

L'assicurazione, per i casi di morte e di invalidità permanente, vale per il mondo intero.

L'assicurazione, per il caso di inabilità temporanea, vale esclusivamente per gli infortuni subiti in Europa e negli Stati africani ed asiatici del Mediterraneo e del Mar Nero, salvo quanto disposto al successivo art. 9 Il comma.

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 dall'Assicurato 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 Decorrenza dell'assicurazione • Pagamento del premio

L'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno indicato nel contratto, se il premio o la prima rata di premio sono stati già pagati; altrimenti decorre dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme

restando le scadenze stabilite per il pagamento dei premi Q delle rate di premio successivi. Il pagamento del premio — per tutta la durata del contratto ed alle scadenze da questo stabilite — deve essere eseguito alla sede della Società o presso l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza. L'esazione dei premi precedentemente eseguita al domicilio dell'Assicurato non può in alcun caso essere invocata come deroga al predetto obbligo. Il pagamento avviene contro il rilascio di quietanza che, per il primo premio o la prima rata di premio, è contenuta in polizza e, per i premi successivi, in documenti separati emessi dalla Società. La quietanza deve recare la data del pagamento e la firma della persona che riscuote il premio.

Se alle scadenze convenute l'Assicurato non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno in cui l'Assicurato paga quanto da lui dovuto, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.

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.

Wittim Variazione di rischio

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni di rischio per cambiamento delle attività professionali dichiarate o delle condizioni nelle quali dette attività sono esercitate, l'Assicurato deve dare immediata comunicazione scritta alla Società.

Se la variazione implica aggravamento di rischio tale che la Società non avrebbe consentito l'assicurazione, la stessa ha diritto con effetto immediato di recedere dal contratto.

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 all'Assicurato le intervenute varianti e la misura del nuovo premio ridotto.

Art. 8 Altre assicurazioni

L'Assicurato è tenuto a denunciare alla Società l'eventuale esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni riguardanti lo stesso rischio sotto pena di decadenza dal diritto alle indennità.

La Società entro 30 giorni dalla denuncia può recedere dal contratto con preavviso di almeno 15 giorni.

Art. 9 Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Direzione della Società od alla Agenzia alla quale è assegnata la polizza, entro tre giorni dall'infortunio o

dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.

Successivamente l'Assicurato deve inviare a periodi non superiori a quindici giorni e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni. Quando l'infortunio abbia causato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso telegrafico alla Società.

Per il caso di inabilità temporanea, se l'infortunio è avvenuto in uno dei Paesi precisati al II comma dell'ari. 4, l'Assicurato, a parziale deroga di quanto sopra disposto, è tenuto a comprovare l'infortunio ed il correlativo periodo di inabilità tramite certificati medici rilasciati esclusivamente da Enti ospedalieri. In caso contrario, l'assicurazione è valida esclusivamente a decorrere dal giorno del rientro dell'Assicurato in Italia, secondo quanto stabilito dalle presenti Condizioni Generali di polizza.

L'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto, devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso. Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

Se dolosamente non viene adempiuto all'obbligo della denuncia e agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato e gli aventi diritto perdono il diritto all'indennità; se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente, la Società ha il diritto di ridurre le indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

TTM 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 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, 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 derivante dalle condizioni preesistenti, fermo il disposto dell'ari. 13.

Art. 11 MMESEM

È 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. 12 Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro un anno dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte.

In difetto di designazione, la Società liquida la detta somma, in parti uguali, agli eredi dell'Assicurato.

Art. 13 Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica entro un anno 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 permanente 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 di sotto 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 del piede		3%
Per la sordità completa di un orecchio		10%
Idem idem di ambedue gli orecchi		40%
Per la perdita totale della facoltà visiva di 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 in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei 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 indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 14 Inabilità temporanea

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni, la Società liquida la diaria assicurata:

- a) integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle occupazioni dichiarate;
- b) parzialmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni, in relazione al grado che egli ha conservato o che è andato riacquistando, della sua capacità fisica.

L'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 300 giorni e decorre dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato, o in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia e cessa col giorno precedente a quello della avvenuta guarigione.

Nel caso che l'Assicurato non abbia inviato i successivi certificati medici nel termine prescritto dall'art. 9, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.

Art. 15 Franchigia assoluta per invalidità permanente sull'eccedenza di L. 60 milioni

A parziale deroga degli artt. 10 e 13 delle Condizioni Generali di Assicurazione:

- sulla parte di somma assicurata non eccedente L. 60.000.000, l'indennizzo per invalidità permanente viene liquidato senza applicazione di alcuna franchigia;
- sulla parte di somma assicurata eccedente L. 60.000.000 e fino a L. 200 milioni, non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente, quando questa è di grado pari od inferiore al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo viene corrisposto solo per la parte eccedente;
- sulla parte di somma assicurata eccedente L. 200 milioni, non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 10% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale l'indennizzo viene liquidato soltanto per la parte eccedente.

Art. 16 Cumulo di indennità

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente. 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 dell'Assicurato in parti uguali, 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 non imputabile all'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 17 Indennità in

Ricevuta la necessaria documentazione 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.

L'indennità verrà corrisposta in Italia in valuta italiana.

Art. 18 Controversie sulla natura e conseguenza delle lesioni

In caso di divergenza sulla natura o conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'invalidità temporanea, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, 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 dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede, a scelta della Società, presso la sede della Società stessa o presso la sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza. 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 fissarsi dal Collegio stesso entro 3 anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennità.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 19 Competenza territoriale

Per ogni controversia diversa da quelle previste dall'articolo precedente è competente esclusivamente a scelta dalla 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.

Art. 20 Recesso dal contratto ed anticipata risoluzione

Dopo ogni denuncia d'infortunio e fino al 60° giorno dai pagamento o rifiuto dell'indennità, la Società ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 15 giorni. In tal caso la Società rimborsa il premio in proporzione del tempo che decorre dal momento della cessazione al termine del periodo di assicurazione in corso. La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia dell'infortunio o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso. Nel caso di risoluzione anticipata del contratto per cessazione del rischio e negli altri casi di recesso o risoluzione anticipata per le ipotesi previste dagli articoli 3, 7 secondo comma e 8, spettano alla Società, oltre le rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte:

- a) l'intero ammontare del premio relativo al periodo di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la causa che ha provocato la risoluzione;
- b) la rifusione degli sconti di poliennalità, dal cui ammontare si dedurranno tanti decimi quanti anni la polizza sia stata in vigore, sempreché essa abbia avuto corso per almeno 5 anni.

Art. 21 Proroga del contratto

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno tre mesi prima della scadenza, il contratto è prorogato per una durata eguale a quella originaria esclusa la frazione d'anno, ma non superiore a due anni, e così successivamente.

Art. 22 Imposte e tasse

Le imposte, le tasse, 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 dell'Assicurato, anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 23 Forma delle comunicazioni alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato o gli aventi diritto sono tenuti, devono essere fatte, perché siano valide, con lettera raccomandata alla Direzione della Società oppure all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE

Valide solo quelle espressamente richiamate sulla prima facciata - frontespizio di polizza

a) MALORE E/O INCOSCENZA

A parziale deroga dell'art. 2 delle Condizioni Generali di Assicurazione la garanzia è estesa agli infortuni sofferti in stato di malore o di incoscienza purché non conseguenti ad abuso di alcoolici o di psicofarmaci, oppure ad uso di stupefacenti o di allucinogeni.

b) IMPRUDENZE E NEGLIGENZE GRAVI

A parziale deroga dell'art. 2 delle Condizioni Generali di Assicurazione la garanzia è estesa agli infortuni sofferti dall'Assicurato in conseguenza di imprudenze e negligenze gravi.

e) AGGRESSIONI E TUMULTI POPOLARI

A parziale deroga dell'art. 2 delle Condizioni Generali di Assicurazione la garanzia è estesa agli infortuni derivanti da atti di violenza altrui in occasione di tumulti popolari, aggressioni, manifestazioni aventi movente politico, sindacale o sociale, sempreché l'Assicurato si trovi in essi coinvolto senza risultarne parte attiva.

d) COLPI DI SOLE, DI CALORE, DI FREDDO ED AZIONE DEL FULMINE

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 2 delle Condizioni Generali di Assicurazione la garanzia è estesa agli infortuni, come definiti dall'art. 1, derivanti da colpi di sole, di calore e di freddo nonché dall'azione del fulmine.

e) PUNTURE DI INSETTI E MORSI DI ANIMALI

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 2 delle Condizioni Generali di Assicurazione la garanzia è estesa agli infortuni, come definiti dall'art. 1, causati da infezioni conseguenti a punture di insetti e morsi di animali, escluse in ogni caso la malaria e le altre manifestazioni morbose.

f) ASFISSIA ED AVVELENAMENTO

A parziale deroga dell'art. 2 delle Condizioni Generali di Assicurazione la garanzia si estende agli infortuni derivanti da asfissia e/o avvelenamento dovuti a improvvisa fuga di gas o vapori o a improvviso assorbimento per contatto di sostanze tossiche o corrosive.

g) ANNEGAMENTO

A parziale deroga dell'art. 2 delle Condizioni Generali di Assicurazione la garanzia è estesa al caso di annegamento, fermo restando che la garanzia stessa non opera in caso di immersioni con autorespiratori, pesca subacquea ed in ogni caso di attività subacquee.

h) ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE ALLE ERNIE ADDOMINALI DA SFORZO ED ALLE LESIONI CORPORALI DETERMINATE DA SFORZI

Fermi i criteri di indennizzabilità di cui alle Condizioni Generali, l'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea (sempre che quest'ultima sia prevista dal contratto), alle ernie addominali da sforzo ed alle lesioni muscolari determinate da sforzi, con l'intesa che:

- la copertura assicurativa delle ernie decorre soltanto dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità per il caso di inabilità temporanea fino ad un massimo di trenta giorni;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta solamente una indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui alle Condizioni Generali di Assicurazione.

Qualora, per sostituzione od altra variazione di polizza, la presente copertura subentri — senza soluzione di continuità — ad altra eguale copertura, il termine di 180 giorni sopra stabilito decorre:

- dalla data di decorrenza della precedente copertura, per le somme e le prestazioni dalla stessa già previste;
- dalla data di decorrenza della presente copertura, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.

i) RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei che venissero da lui effettuati in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli chartered e straordinari compiuti su aeromobili eserciti da Società di traffico aereo regolare, entro i limiti territoriali previsti dalla polizza stessa per gli infortuni comuni. Questa assicurazione vale per i casi di morte e invalidità permanente e per un capitale uguale a quello assicurato con la presente polizza per i rischi da essa previsti, con un massimo di L. 5.000.000 per ciascuno di detti casi.

I capitali sopra indicati costituiscono comunque le somme massime garantite dalla Società per il rischio aeronautico, anche nel caso coesistano — per la stessa persona — altre assicurazioni infortuni stipulate sia nella forma individuale che cumulativa.

Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione proporzionale sui singoli contratti.

Agli effetti della presente assicurazione il viaggio aereo si intende iniziato dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso,

- l) **USO E GUIDA DI AUTO/MOTOVEICOLI PER TRASPORTO COSE FINO A Q.LI 35**
A parziale deroga dell'art. 2 delle Condizioni Generali di Assicurazione la garanzia vale anche durante l'uso e la guida occasionale di auto/motoveicoli per trasporto cose di peso complessivo a pieno carico fino a q.li 35.
- m) **USO E GUIDA DI AUTO/MOTOVEICOLI PER TRASPORTO COSE FINO A Q.LI 120**
A parziale deroga dell'art. 2 delle Condizioni Generali di Assicurazione la garanzia vale anche durante l'uso e la guida occasionale di auto/motoveicoli per trasporto cose di peso complessivo a pieno carico fino a q.li 120.
- n) **USO E GUIDA DI AUTO/MOTOVEICOLI PER TRASPORTO COSE FINO A Q.LI 25**
A parziale deroga dell'art. 2 delle Condizioni Generali di Assicurazione la garanzia vale anche durante l'uso e la guida occasionale di auto/motoveicoli per trasporto cose di peso complessivo a pieno carico fino a q.li 25.
- o) **USO E GUIDA DI MOTOCICLI**
A parziale deroga dell'art. 2 delle Condizioni Generali di Assicurazione la garanzia vale anche durante l'uso e la guida di motocicli di cilindrata superiore a 100 e.e
- p) **MANCINISMO**
Premesso che l'Assicurato ha dichiarato di essere mancino, si conviene che le percentuali di invalidità previste dalle Condizioni Generali di Assicurazione per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.
- q) **FRANCHIGIA ASSOLUTA PER INVALIDITÀ PERMANENTE**
A parziale deroga degli artt. 10, 13 e 15 delle Condizioni Generali di Assicurazione si conviene che sulla parte di somma assicurata non eccedente L. 200.000.000 non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 5% della totale. Se invece essa risulterà superiore al 5% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.
Sulla parte di somma assicurata eccedente L. 200.000.000 resta fermo invece quanto stabilito dall'art. 15 delle Condizioni Generali di assicurazione.
- r) **RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE**
La Società rinuncia a favore dell'Assicurato, dei suoi aventi diritto o beneficiari al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

