

BANCA DON RIZZO - CREDITO COOPERATIVO DELLA SICILIA OCCIDENTALE - SOCIETA' COOPERATIVA

Polizza Infortuni Rapporti debitori - Nota Informativa

Oggetto della garanzia	Preventivo c/c	Somma assicurata per c/c	Somma assicurata per più c/c		
Titolari dei rapporti debitori*	10000	€ 100.000,00	€ 150.000,00		

* Gli **Assicurati** sono i titolari dei seguenti rapporti debitori:

- 1) c/c passivi
- 2) prestiti ipotecari e/o chirografari
- 3) prestiti artigiani a tasso ordinario
- 4) prestiti agrari a tasso ordinario
- 5) crediti v/ clientela
- 6) crediti v/ clientela per interessi di mora

Limiti di indennizzo

- € 100.000,00 per assicurato titolare di una posizione debitoria
- € 150.000,00 per assicurato titolare di più posizioni debitorie

Per gli Assicurati di età superiore a 75 anni i limiti di cui sopra si intendono ridotti a 2/3 . I titolari di rapporti affidati di età superiore a 85 anni devono intendersi non assicurati. Qualora titolare del rapporto debitorio sia una persona giuridica, si intende assicurato il legale rappresentante pro tempore (in presenza di due o più legali rappresentanti nella stessa Azienda l'indennizzo sarà ridotto in proporzione al numero degli stessi)

Cosa copre la polizza ?

Sono compresi gli infortuni professionali ed extra professionali che provocano il decesso dell'assicurato o una invalidità permanente superiore al 60 %del totale; l'assicurazione comprende anche gli infortuni derivanti da imprudenze, negligenze, colpe gravi, stato di malore e incoscienza, esercizio di attività sportive non come atleta professionale, aggressioni/rapine/attentati senza partecipazione attiva dell'assicurato, terremoti ed eventi atmosferici in genere, uso e guida di veicoli di qualsiasi cilindrata - è prestata anche la garanzia Recovery hope (vedasi allegato)

Somme assicurate

Sia in caso di morte che di invalidità permanente superiore al 60 % la somma assicurata, fermi i limiti di indennizzo di cui sopra, è pari al saldo a debito della posizione bancaria risultante alle H 00:00 del giorno dell'infortunio

Premio a carico dell'assicurato

€ 2,00 a trimestre per ogni rapporto debitore di conto corrente

€ 8,00 all'anno ripartiti "pro quota rata" per tutte le altre forme di finanziamento



ace europe

ACE European Group Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia

DEFINIZIONI

Mod. L&G2/051

Nel testo che segue, si intendono:

- per "Assicurazione" : il contratto di assicurazione;
per "Polizza" : il documento che prova l'assicurazione;
per "Contraente" : il soggetto che stipula l'assicurazione;
per "Assicurato" : il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
per "Società" : l'Impresa assicuratrice;
per "Premio" : la somma dovuta dall'Assicurato/Contraente alla Società;
per "Rischio" : la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne;
per "Sinistro" : il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
per "Indennizzo" : la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art.1) Definizione di infortunio

E' considerato infortunio un evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Art.2) Delimitazione dell'assicurazione

- a) L'assicurazione vale, soggetta alle esclusioni, per gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'espletamento delle mansioni relative alla occupazione professionale dichiarata in polizza o nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.
- b) Ai sensi della presente polizza sono considerati infortuni, purché non derivanti da eventi esplicitamente esclusi dal successivo Art. 3), anche:
- l'asfissia meccanica ivi compreso l'annegamento;
 - l'assideramento o congelamento;
 - i colpi di sole o di calore;
 - le lesioni (esclusi gli infarti);
 - le ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali, in base a quanto disposto nelle Condizioni Speciali Art. 30).

Art.3) Esclusioni

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) da eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'Art. 33) delle Condizioni Speciali;
- b) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- c) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- d) dalla pratica di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., salto dal trampolino con gli sci, bob, pugilato, deltaplano, sport aerei in genere;
- e) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- f) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- g) da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- h) dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
- i) da stato di intossicazione acuta alcoolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- l) dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- m) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

Art.4) Persone non assicurabili – Limite d'età

- a) La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici; l'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.
- b) La garanzia assicurativa si intende prestata senza limiti di età: tuttavia a decorrere dalla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del 75° anno di età, l'assicurazione potrà essere rinnovata con patto speciale previa presentazione, 30 giorni prima della scadenza stessa, di certificato medico attestante buona salute.

Art.5) Dichiarazioni dell'Assicurato/Contraente

La Società presta la garanzia e ne determina il premio in base alle dichiarazioni fornite dall'Assicurato/Contraente, che pertanto deve manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio. Dichiarazioni inesatte o reticenze possono comportare sia il mancato risarcimento del danno o un risarcimento ridotto, sia il recesso o l'annullamento del contratto, secondo quanto previsto dagli Artt. 1892 e 1893 del C.C.

Art.6) Limiti territoriali

L'assicurazione è valida per tutti i paesi del mondo. Gli indennizzi verranno comunque pagati in Italia ed in Euro.

Art.7) Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre polizze per le stesse persone e per gli stessi rischi contemplati dalla presente polizza. In caso di omissione di tale comunicazione decade il diritto all'indennizzo. La Società entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di cui sopra, può recedere dal contratto con preavviso di quindici giorni.

Art.8) Forma delle comunicazioni – Validità delle variazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato/Contraente è tenuto sono valide solo se fatte per iscritto alla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, oppure al mandatario scelto dall'Assicurato/Contraente e riconosciuto dalla Società. Qualunque modificazione del contratto non è valida se non risulta da atto di variazione sottoscritto dalle Parti.

Art.9) Variazioni di rischio

L'Assicurato/Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare ogni elemento del rischio. Se la variazione implica diminuzione del rischio, la Società provvederà a ridurre in proporzione il premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dall'Assicurato/Contraente. Se la variazione implica aggravamento del rischio, la Società ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di quindici giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione.

Art.10) Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver 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.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, 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.

Art.11) Prova

Colui che richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.



Art.12) Morte

La somma assicurata per il caso di morte viene liquidata dalla Società ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali, purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad un infortunio risarcibile a termini di polizza e questa si verifichi entro 730 giorni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

Art.13) Invalidità permanente

a) Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica entro 730 giorni dal giorno nel quale è avvenuto, la Società liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 (per l'industria), con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista.

Per gli Assicurati mancini le percentuali di invalidità permanente previste dalla predetta tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

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 di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% (cento per cento) della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale.

La perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà, e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella predetta tabella l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, 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 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

b) Il grado di invalidità permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro 730 giorni dal giorno dell'infortunio.

Art.14) Inabilità temporanea

a) Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità temporanea al lavoro, sempreché tale garanzia sia prevista in polizza, la Società liquida l'indennità giornaliera assicurata:

- integralmente per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle occupazioni dichiarate;
- 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 365 giorni a decorrere dall'undicesimo giorno successivo a quello dell'infortunio. L'indennità cessa il giorno in cui il trattamento all'Assicurato è considerato completo dal medico curante o l'inabilità al lavoro è terminata, oppure il grado di invalidità permanente può essere fissato, nonché con la morte dell'Assicurato.

b) Se alla fine delle cure mediche l'Assicurato si dichiara ancora inabile al lavoro, la Società è obbligata a fare ulteriori pagamenti solo se la continuazione di detta incapacità è dichiarata da un certificato medico preparato ed inviato alla Società a periodi non superiori a quattordici giorni.

Art.15) Cumulo di indennità

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro 365 giorni 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, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art.16) Rimborso spese mediche da infortunio

La Società rimborsa agli Assicurati, per i quali tale garanzia è richiesta, in caso di infortunio risarcibile a termini di polizza, il costo delle cure mediche sostenute, fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo assicurato indicato in polizza.

Per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o all'ambulatorio;
- spese fisioterapiche in genere e spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

Qualora gli Assicurati fruiscano di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate.

La garanzia è prestata con una franchigia fissa di € 50,00 (cinquanta) per evento, importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato.

Art.17) Denuncia dell'infortunio – Obblighi relativi

La denuncia di ogni infortunio deve essere fatta alla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, o al mandatario scelto dall'Assicurato/Contraente e riconosciuto dalla Società, entro quindici giorni dall'infortunio stesso o dal momento in cui l'Assicurato/Contraente, o suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico.

Nel caso di inabilità temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze.

In mancanza, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore. Se l'infortunio risulta nella morte dell'Assicurato, la Società deve essere informata entro le ventiquattro ore per telegramma.

L'Assicurato è obbligato a mettersi sotto cure mediche immediatamente dopo l'infortunio, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattenersi dal commettere atti che possono ostacolare la cura e l'abilità di ricominciare il lavoro.

Art.18) Controversie

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'infortunio (o della malattia), le Parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle condizioni di polizza. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge.

La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai primi; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.

Il Collegio Medico ha sede presso il luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'agenzia cui è assegnata la polizza o presso la quale è stato concluso il contratto.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico.

La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art.19) Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente hanno facoltà di far cessar l'assicurazione nei confronti della persona cui il sinistro si riferisce, oppure di recedere dal contratto, con preavviso di trenta giorni.

In caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima rimborserà al Contraente la quota di premio netto relativa al periodo di rischio non corso, qualora fosse il Contraente ad esercitare il recesso, lo stesso avrà diritto ad un rimborso pari al 50% del premio netto corrisposto relativo al periodo per il quale l'assicurazione non avrà più efficacia.



ace europe

ACE European Group Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia

Art.20) Rinnovo del contratto

In mancanza di disdetta inviata da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per 365 giorni è così successivamente. Per la validità di tale lettera farà fede il timbro dell'Ufficio Postale.

Art.21) Pagamento del premio

L'Assicurato/Contraente è tenuto a pagare, presso la Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, alle rispettive scadenze e per tutta la durata del contratto, i premi comprensivi delle addizionali stabilite dalla polizza medesima. La prima rata deve essere pagata alla consegna della polizza; le rate successive vengono pagate contro rilascio di quietanze emesse dalla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, 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 le addizionali sono pagati; in caso diverso decorre dalle ore ventiquattro del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze nel contratto.

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

Trascorso il termine di rispetto di cui sopra, la Società ha 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 periodo di assicurazione di 365 giorni, salvo il caso di contratto di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in due o più rate.

Art.22) Regolazione del premio

Se il premio è convenuto, in tutto o in parte, in base ad elementi di rischio fluttuanti, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ogni periodo assicurativo secondo le risultanze delle variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito.

Art.26) Rinuncia alla Rivalsa

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di regresso che le compete per l'Art. 1916 C.C., verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art.27) Malore

L'assicurazione comprende gli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza.

Art.28) Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati in polizza il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli Artt. 60 e 62 C.C.

Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art.29) Esposizione agli elementi

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle Condizioni di Polizza, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di morte e di invalidità permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Art.30) Ernie traumatiche e da sforzo

A specificazione di quanto disposto dall'ultimo comma dell'Art. 2) lett. b) delle Condizioni Generali di Assicurazione, si conviene che:

A tale scopo entro sessanta giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo, devono essere forniti per iscritto alla Società i dati necessari.

Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate nei trenta giorni dalla relativa comunicazione.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.

Se l'Assicurato/Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti, o il pagamento delle differenze attive dovute, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui l'Assicurato/Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente e di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se l'Assicurato/Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli, per i quali l'Assicurato/Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Qualora il premio consuntivo risultasse superiore al 50% (cinquanta per cento) rispetto a quello anticipato, la Società avrà il diritto di modificare quest'ultimo con effetto dall'annualità immediatamente successiva, portandolo ad un importo non inferiore all'80% (ottanta per cento) dell'ultimo premio consuntivo.

Art.23) Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato/Contraente.

Art.24) Foro competente

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'agenzia cui è assegnata la polizza o presso la quale è stato concluso il contratto.

Art.25) Rinvio alle norme di Legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le vigenti norme di Legge.

CONDIZIONI SPECIALI

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% (due per cento) della somma assicurata;
 - nel caso di ernia addominale non operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 5% (cinque per cento) della somma assicurata;
 - nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% (due per cento) della somma assicurata;
 - nel caso insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Art. 18) delle Condizioni Generali di Assicurazione.
- Per i casi di cui sopra non verranno applicate le franchigie di invalidità permanente previste in polizza.

Art.31) Movimenti tellurici

L'assicurazione comprende gli infortuni derivanti da movimenti tellurici.

Art.32) Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati, come passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche.

Restano esplicitamente esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso.

Sono inoltre compresi gli eventuali infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.

Resta espressamente convenuto che in nessun caso la Società potrà essere chiamata a risarcire, a seguito di sinistro, un indennizzo complessivo superiore all'importo indicato nell'Allegato Mod. L&G2/052, qualunque sia il numero degli



Assicurati viaggianti sull'aeromobile. Qualora il predetto limite massimo fosse insufficiente a coprire per intero il totale degli indennizzi liquidabili a termini di polizza, in dipendenza del medesimo sinistro, la Società liquiderà ciascun Assicurato in base alla proporzione esistente tra il suddetto limite ed il totale degli indennizzi che sarebbero liquidabili a termini di polizza, salvo per quanto disposto nella presente clausola.

Art.33) Rischio guerra

L'Assicurazione è estesa agli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso, dagli eventi citati, mentre si trova in un Paese straniero dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del Suo arrivo in tale Paese.

CONDIZIONI PARTICOLARI PER POLIZZE INDIVIDUALI

(valide solo se espressamente richiamate in polizza)

A. FRANCHIGIA ASSOLUTA INVALIDITA' PERMANENTE E INDENNITA' GIORNALIERA IN CASO DI RICOVERO

A parziale deroga di quanto previsto dalle Condizioni Generali di Polizza, si conviene che non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 5% (cinque per cento) della totale.

Se invece essa risulterà superiore al 5% (cinque per cento) della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

In caso di invalidità permanente di grado superiore al 30% (trenta per cento) la franchigia di cui sopra si intende annullata.

Se in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato viene ricoverato in Istituto di cura, la Società liquida un'indennità per ogni giorno di ricovero pari a 1/1000 (un millesimo) della somma assicurata per invalidità permanente con il limite massimo giornaliero di € 50,00 (cinquanta).

L'indennità viene corrisposta per un periodo massimo di centottanta giorni per evento e per anno a decorrere dal giorno di ricovero in Istituto di cura fino al giorno di cessazione del ricovero stesso.

La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata a degenza ultimata su presentazione dei documenti giustificativi che riportino l'esatto periodo di degenza con la data di entrata e di uscita dall'Istituto di cura.

B. TABELLA SPECIALE SUPERVALUTAZIONE

La Società determina il grado di invalidità permanente sulla base di quanto previsto dall'Art. 13) delle Condizioni Generali di Assicurazione e liquida un'indennità in percentuale sulla somma assicurata come da tabella sottoriportata:

A	B
PERCENTUALE INVALIDITA' PERMANENTE ACCERTATA	PERCENTUALE DELLA SOMMA ASSICURATA DA LIQUIDARE
1/5	0
6	1
7	2
8	3
9	4
10	7
11	8
12	9
13	11
14	13
15/30	15/30
31	32
32	34
33	36
34	38

A	B
PERCENTUALE INVALIDITA' PERMANENTE ACCERTATA	PERCENTUALE DELLA SOMMA ASSICURATA DA LIQUIDARE
35	40
36	42
37	44
38	46
39	48
40	50
41	52
42	54
43	56
44	58
45	60
46	62
47	64
48	66
49	68
50	70
51/53	75
54/56	80
57/59	85
60/62	90
63/65	95
66	100
67/68	105
69/70	110
71/72	115
73/74	120
75	125
76/100	150

C. DEROGA TACITO RINNOVO

A deroga di quanto disposto dall'Art. 20) delle Condizioni Generali di Assicurazione, resta convenuto che la polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

D. DANNI ESTETICI

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni di Polizza, con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia non comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente la Società rimborserà fino ad un massimo di € 1.500,00 (millecinquecento) per evento le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

La garanzia è prestata con una franchigia fissa di € 50,00 (cinquanta) per evento, importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato.

CONDIZIONI PARTICOLARI PER POLIZZE CUMULATIVE

(valide solo se espressamente richiamate in polizza)

E. ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 7) delle Condizioni Generali di Assicurazione si dà atto che il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che avesse in corso o stipulasse con altre Società.

F. ESONERO DENUNCIA INFERMITA' E DIFETTI FISICI

Fermo restando quanto disposto dall'Art. 4) delle Condizioni Generali di Assicurazione si dà atto che il Contraente è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio l'indennità per invalidità permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, conformemente a quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

G. ASSICURAZIONE IN BASE ALL'AMMONTARE DELLE RETRIBUZIONI

1. Agli effetti assicurativi per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, esclusi gli assegni familiari.
2. Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita e/o maturata per i titoli di cui sopra nel trimestre precedente il mese in cui si è verificato l'infortunio (con esclusione delle retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese) moltiplicata per quattro; a tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei dodici mesi precedenti purché su tali somme sia conteggiato o conteggiabile il premio di assicurazione. A maggior precisazione di quanto sopra si dà atto che nella definizione "retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese" devono intendersi incluse: mensilità aggiuntive, premi di



ace europe

produzione, incentivi o provvigioni, indennità di trasferta, bonus, compensi arretrati, compensi per lavoro straordinario.

Per gli infortunati che non abbiano raggiunto i novanta giorni di servizio è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 360 (trecentosessanta) la retribuzione giornaliera media attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'infortunio e considerandosi agli effetti della media anche i giorni non lavorativi.

3. Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.
4. Il tasso di premio pattuito, specificato nel conteggio di liquidazione, viene applicato alla retribuzione computata ai sensi di cui al precedente punto 1. Al premio risultante saranno applicati gli sconti e le maggiorazioni eventualmente pattuiti ed aggiunte le addizionali e la tassa governativa. Il premio viene anticipato dal Contraente in base al preventivo annuo di retribuzione pure specificato nel conteggio di liquidazione.

H. DEROGA TACITO RINNOVO

A deroga di quanto disposto dall'Art. 20) delle Condizioni Generali di Assicurazione, resta convenuto che la polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

I. LIMITAZIONE DELLA GARANZIA AGLI INFORTUNI PROFESSIONALI

La garanzia vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurata subisca nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie indicate in polizza.

L. LIMITAZIONE DELLA GARANZIA AGLI INFORTUNI EXTRA-PROFESSIONALI

La garanzia vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale.

M. FRANCHIGIA ASSOLUTA INVALIDITA' PERMANENTE

(VALIDA PER I RISCHI PROFESSIONALI ED EXTRA-PROFESSIONALI)

A parziale deroga di quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, si conviene che non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% (tre per cento) della totale.

Se invece essa risulterà superiore al 3% (tre per cento) della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

N. FRANCHIGIA ASSOLUTA INVALIDITA' PERMANENTE

(VALIDA SOLO PER I RISCHI EXTRA-PROFESSIONALI)

A parziale deroga di quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, si conviene che non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% (tre per cento) della totale.

Se invece essa risulterà superiore al 3% (tre per cento) della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

O. CLAUSOLA DIRIGENTI

Resta convenuto tra le Parti che limitatamente per le persone con la qualifica di Dirigente:

a) Malattie professionali

L'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali (intendendo come tali quelle indicate nella tabella annessa al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 (per l'industria), e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza), che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% (dieci per cento) della somma totale. Resta confermata l'esclusione delle conseguenze dirette e indirette di trasmutazione provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche. Il Contraente dichiara che all'atto del perfezionamento del presente contratto i Dirigenti, da ritenersi assicurati, non presentano alcuna manifestazione morbosa riferibile alle predette malattie.

b) Grave invalidità permanente

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia professionale, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta in modo tale da non consentire una attività lavorativa in mansioni compatibili, la somma assicurata per il caso di invalidità permanente viene liquidata al 100% (cento per cento).

c) Sport pericolosi

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, escluso comunque il paracadutismo e gli sport aerei in genere.

P. DANNI ESTETICI

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni di polizza, con conseguenza di carattere estetico, che tuttavia non comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente la Società rimborserà fino ad un massimo di € 1.500,00 (millecinquecento) per evento le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

La garanzia è prestata con una franchigia fissa di € 50,00 (cinquanta) per evento, importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato.

ASSICURATO/CONTRAENTE

ACE European Group Ltd
Rappresentanza Generale per l'Italia

Dichiaro che mi è stata consegnata prima d'ora la NOTA INFORMATIVA PRECONTRATTUALE PER IL CONTRAENTE di cui all'art. 185 del D. Lgs. 209/05 (Codice delle Assicurazioni) e Reg. Isvap n. 24 del 19/5/2008, di averne preso attenta visione e di averne compiutamente compreso il contenuto"

Preso atto dell'informativa prevista dalla vigente normativa in materia di Dati personali, la Contraente si impegna ad ottenere il consenso dell'interessato (Assicurato e/o beneficiario e/o dei terzi danneggiati) al trattamento da parte della Società dei suoi/loro dati eventualmente forniti in relazione all'esecuzione degli obblighi della presente polizza.

Data

Firma

Agli effetti degli Artt. 1341 e 1342 C.C., il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente gli Articoli seguenti delle Condizioni Generali di Assicurazione:

- Art. 5) Dichiarazioni dell'Assicurato/Contraente
- Art. 7) Altre assicurazioni
- Art. 8) Forma delle comunicazioni – Validità delle variazioni
- Art. 18) Controversie
- Art. 19) Recesso in caso di Sinistro
- Art. 20) Rinnovo del Contratto - Tacita proroga del contratto in mancanza di disdetta 30 giorni prima della scadenza
- Art. 22) Regolazione del premio
- Art. 24) Foro competente

ASSICURATO/CONTRAENTE



ace europe

ALLEGATO UNO A POLIZZA N. 70873 / 010450466S – BANCA DON RIZZO

SEZIONE CONTI CORRENTI

ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

A termini delle Condizioni Generali di Assicurazione della presente polizza – fatte salve deroghe e modifiche di cui ai punti seguenti – la Società assicura contro gli infortuni, come definiti all'art.1/ delle Condizioni Generali di Assicurazione, che abbiano per conseguenza la morte o l'invalidità permanente di grado superiore al 60% della totale, tutti i titolari dei conti correnti di deposito e/o di finanziamento in Euro in atto presso la Contraente.

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado inferiore o pari al 60% della totale, la Società non liquiderà alcun importo.

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 60% della totale, la Società liquida la somma assicurata per invalidità permanente assoluta.

Tipologia dei rapporti assicurati:

Cfr.appendice n.1

ART. 2 – PERSONE ASSICURABILI

La garanzia s'intende valida a favore dei Titolari dei conti soprannominati purché si tratti di persone fisiche, intendendosi per tali anche i Titolari di ditte individuali.

Si intendono assicurati anche i Titolari di conti cointestati.

ART. 3 – PRESTAZIONI ASSICURATIVE

La somma assicurata è pari al saldo di chiusura per capitali ed interessi del conto risultante alle ore 00,00 del giorno dell'infortunio, con il limite massimo di € 100.000,00=; in caso di rapporto cointestato a più persone fisiche, l'indennizzo si intende ridotto in proporzione al numero dei cointestatari, fermo il limite massimo di € 100.000,00= per ciascun conto e di complessivi €15 0.000,00= per somma di singoli conti.

ART. 4 – LIMITI DI ETÀ

Il limite d'età si intende fissato a 75 anni.

Per gli Assicurati di età compresa tra i 75 e gli 85 anni non ancora compiuti, i capitali di cui al precedente art. 3 si intendono ridotti di 1/3.

Tutti i correntisti di età superiore agli 85 anni devono considerarsi non assicurati.

ART. 5 – PREMIO ANTICIPATO – REGOLAZIONE

Omissis....



ace europe

ART. 6 – BENEFICIARI DEGLI INDENNIZZI

La Società procederà al pagamento dell'indennizzo come segue:

Omissis.....

b) in caso di saldo debitore

_____l'indennizzo verrà corrisposto alla Contraente che accrediterà il conto dell'Assicurato di un importo corrispondente. Il pagamento dell'indennizzo verrà corrisposto non oltre 30 giorni dalla data in cui è stata completata la documentazione.

ART. 7 – CRITERI DI LIQUIDAZIONE

- A) La Società corrisponde un'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, che siano indipendenti da condizioni fisiche e patologiche preesistenti e/o sopravvenute.
- B) Morte – La somma assicurata per il caso di morte viene liquidata purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad un infortunio risarcibile a termini di polizza e si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.
- C) Invalidità Permanente – Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente di grado superiore al 60% della totale, la Società liquida in pari percentuale la somma assicurata di cui al precedente art. 3. Il grado di invalidità permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro due anni dalla data dell'infortunio.



ace europe

Nei casi di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.

- D) Per gli Assicurati mancini le percentuali di invalidità permanente prevista dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto, viene considerata come perdita anatomica dello stesso.

Nel caso di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste dalla predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale.

La perdita anatomica o funzionale di una falange del pollice o dell'alluce viene stabilita della metà, e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi di un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

- E) Nei casi di invalidità permanente non specificati nella predetta tabella l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, nella misura nella quale è sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

* * * * *

ASSICURATO/CONTRAENTE

ACE European Group Ltd
Rappresentanza Generale per l'Italia



ace europe

ALLEGATO DUE A POLIZZA N. 70873 / 010450466S – BANCA DON RIZZO

RECOVERY

L'ammontare dell'indennizzo per Recovery Hope é pari alla indennità assicurata per il caso di morte stabilita in polizza.

La Società verserà al Beneficiario (che sarà rappresentato come meglio definito in seguito) l'indennizzo per condizioni in seguito definite con questo allegato.

- B) Potrà essere esercitata la richiesta di pagamento di indennizzo per Recovery Hope (I) se il Beneficiario sarà rimasto in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 giorni, (II) se sarà stata data comunicazione alla Società, per iscritto e secondo le stesse modalità per la denuncia, sia dell'inizio dello stato di coma, sia dell'avvenuto superamento del periodo di 180 giorni continuativi e ininterrotti; in entrambi i casi tale comunicazione dovrà essere fatta alla Società, a pena di decadenza, entro dieci giorni, rispettivamente dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento di 180 giorni di coma, e (III) se sarà stata fornita alla Società la documentazione richiesta da questa ai sensi dell'Art.11) di polizza (Prova), su tale stato.
- C) La domanda di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope deve essere presentata dal curatore o tutore provvisorio o definitivo nominato corredata dal provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente in copia autentica, sia della nomina del curatore o tutore, sia del provvedimento che dovrà autorizzare il pagamento dell'indennizzo Recovery Hope con le modalità e gli effetti previsti in questo allegato, ivi compresi quelli qui di seguito specificati.
- D) A partire dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope, la copertura assicurativa a favore del Beneficiario di cui alla polizza cesserà e quindi la Società null'altro sarà tenuta a corrispondere a detto Beneficiario nè per morte nè per invalidità permanente, salvo al verificarsi delle condizioni indicate nel paragrafo che segue.
- E) Nella ipotesi in cui entro 730 giorni dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope il Beneficiario esca totalmente dal coma la Società, a richiesta del Beneficiario, direttamente o, a richiesta del tutore o curatore (purchè debitamente autorizzati - tutore o curatore - con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente) effettuerà il pagamento di un indennizzo integrativo pari al 10% (dieci per cento) dell'importo già corrisposto, sino ad un massimo di € 50.000,00 (cinquantamila). Tale pagamento sarà effettuato dopo che la ripresa dal coma abbia proseguito in modo continuativo ed ininterrotto per almeno 30 (trenta) giorni e a condizione che alla Società sia stata fornita la documentazione richiesta ai sensi dell'Art.11) di polizza (Prova) su tale stato.

ASSICURATO/CONTRAENTE

ACE European Group Ltd
Rappresentanza Generale per l'Italia

**ASSICURATO/CONTRAENTE : BANCA DON RIZZO – CREDITO COOPERATIVO DELLA SICILIA
OCCIDENTALE – SOCIETA' COOPERATIVA**

Con la presente appendice, che forma parte integrante della polizza suindicata, si conviene precisare quanto segue:

La Società in base alle condizioni tutte della presente polizza, assicura contro gli infortuni professionali ed extraprofessionali i Clienti della Contraente intestatari dei rapporti "debitori" in Euro o valuta, dei quali si dà di seguito un elenco esemplificativo:

- conti correnti (c/c) di corrispondenza passivi;
- mutui ipotecari e chirografari (compresi i prestiti personali);
- anticipazioni su crediti;
- finanziamenti speciali a tasso normale ed agevolato;

Si identificano nelle operazioni sopra descritte quelle che sono come tali contabilizzate dall'Istituto Contraente.

La garanzia s'intende valida a favore dei Titolari dei conti soprannominati persone fisiche, intendendosi per tali anche i Titolari di ditte individuali.

Si intendono assicurati anche i Titolari di conti cointestati.

Qualora titolare del rapporto debitorio sia una persona giuridica, si intende assicurato il legale rappresentante pro tempore (in presenza di due o più legali rappresentanti l'indennizzo sarà ridotto in proporzione al numero degli stessi);

La somma assicurata è pari al saldo negativo di chiusura per capitali ed interessi del conto risultante alle ore 00,00 del giorno dell'infortunio, con il limite massimo di € 100.000,00=; in caso di rapporto cointestato a più persone fisiche, l'indennizzo si intende ridotto in proporzione al numero dei cointestatari, fermo il limite massimo di € 100.000,00= per ciascun conto e di complessivi € 150.000,00= per somma di singoli conti.

- FERMO IL RESTO -