Collegio Provinciale
Geometri e Geometri Laureati
di Genova

POLIZZA INFORTUNI
PRATICANTI
la PROFESSIONE di GEOMETRA

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

- per **Assicurazione**: il contratto di assicurazione;
- per **Polizza**: il documento che prova l'assicurazione;
- per **Contraente**: Il Collegio dei Geometri della Provincia di Genova che stipula la polizza;
- per **Assicurato**: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- per **Beneficiario**: il soggetto cui, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita;
- per **Società**: l'impresa di assicurazione;
- per **Premio**: la somma dovuta alla Società;
- per **Rischio**: la probabilità che si verifichi il sinistro;
- 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.
- per **Invalidità permanente*:*** la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla professione svolta.

DESCRIZIONE E OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Premesso che:

a) la presente polizza è sottoscritta dal Collegio a favore dei praticanti l'attività di geometra, giusti i provvedimenti validamente assunti ed esecutivi ai sensi di Legge;
b) il Collegio assume pertanto la veste di Contraente cioè della Persona giuridica che stipula l'assicurazione, adempie agli obblighi previsti dall'assicurazione stessa ed esercita conseguentemente tutti i diritti e le azioni nascenti dal presente contratto, anche in via esclusiva, con il consenso degli assicurati che si intende espressamente acquisito e prestato in sede di promozioni e stipula della presente polizza anche se qui non formalmente riprodotto e rappresentato;
c) il premio pro-capite derivante dalla stipula della presente polizza è a carico dei singoli soggetti assicurati, che versando il premio assumono la figura di assicurati;
d) l'ammontare totale del premio verrà versato dal Collegio Contraente;

la garanzia vale per gli infortuni subiti dai praticanti l'attività di geometra per gli infortuni che possano accadere nel corso dell'attività svolta per conto di iscritti al Collegio dei Geometri.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1- Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonchè la stessa cessazione dell'assicurazione (artt. 1892, 1893, 1894 C.C.)

Art. 2 - Altre assicurazioni.
Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da lui stipulate.

Art. 3 - Pagamento del premio.
L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi, le rate di premi o successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).
Si precisa che, mentre l'ammontare totale del premio verrà versato dal Collegio Contraente si impegna a corrispondere l'ammontare totale del premi anticipando quanto dovuto dai singoli soggetti assicurati e con rivalsa sui medesimi.

Art. 3 bis – Termini pagamento prima rata di premio.
L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, per il versamento della prima rata di premio è previsto un periodo di mora di 30 giorni.

Art. 4 - Forma delle comunicazioni del Contraente.
Tutte le comunicazioni devono essere fatte a mezzo raccomandata, raccomandata a mano, telex, telegramma o telefax o altro mezzo idoneo atto a comprovare la data ed il contenuto all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto o alla Direzione della Società.

Art. 4 bis - Validità esclusiva delle norme dattiloscritte.
Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.
La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

Art. 5 - Variazione del rischio.
Qualora, nel corso del contratto si verifichino variazioni che modifichino il rischio, il Contraente deve darne immediatamente comunicazione alla Società.

Art. 6 - Modifiche dell'assicurazione.
Le eventuali modifiche dell'assicurazione, devono essere provate per iscritto.

Art. 7 - Aggravamento del rischio.
Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti, o non accettati dalla Società, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonchè la stessa cessazione dell'assicurazione (art. 1898 C.C.).

Art. 7 bis - Diminuzione del rischio.
Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente (art. 1897 C.C.) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 8 - Dichiarazioni inesatte del Contraente – Buona fede.
Si conviene che l'omissione della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza aggravante il rischio, come le incomplete ed inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione della polizza e durante il corso della medesima, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede e con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionale al maggior rischio che ne deriva.

Art. 9 - Obblighi in caso di sinistro
In caso di sinistro il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 10 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza (art. 1913 C.C.).
L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art.1915 C.C.).
La denuncia dell'infortunio indicherà luogo, giorno , ora e causa dell'evento e sarà corredata dal certificato medico.
Il decorso delle lesioni dovrà essere documentato da ulteriori certificati medici.
L'Assicurato, o in caso di morte il beneficiario deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 10 - Durata del contratto / Proroga della garanzia.

Il presente contratto si intende stipulato per la durata di **anni 3** con reciproca rescindibilità annuale con preavviso che dovrà essere inoltrato con lettera raccomandata a.r. 30 giorni prima della singola scadenza annuale.
Allo scadere del periodo di cui sopra, l'Assicurato/Contraente si riserva la facoltà di confermare il contratto per un periodo non superiore a 36 (trentasei) mesi, previa opportuna comunicazione da inoltrarsi almeno 2 (due) mesi prima della scadenza. Tale estensione temporale, disposta con apposito atto dell'Assicurato/Contraente, dovrà avvenire alle stesse condizioni sia normative che finanziarie.

Art. 11 Oneri fiscali.
Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione, sono a carico del Contraente.

Art. 12 - Foro competente.
Per la soluzione di ogni controversia dipendente da questo contratto, le Parti eleggono come foro competente quello del luogo dove ha sede il Contraente.

Art. 13- Rinvio alle norme di legge.
Per quanto non espressamente regolato dal presente contratto valgono le norme di Legge interne e comunitarie.

Art. 14– Recesso in caso di sinistro.
Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'Assicurazione con preavviso di 60iorni sia dalla polizza colpita da sinistro sia dalle altre polizze comprendenti la garanzia prestata stipulata col medesimo contraente o assicurato. In tal caso la Società entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 15 – Rischi esclusi.
Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:
a) dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
b) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
c) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
d) da delitti dolosi compiuti e tentati dall'Assicurato;
e) da guerre o insurrezioni;
f) da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
g) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleari, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.)

Sono inoltre esclusi gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo.

Art. 16 – Limiti di età.
L'assicurazione vale per le persone di età non superiore agli 80 anni.
Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di tale termine, senza che in contratto possa essere opposto l'eventuale incasso di premi dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti al Contraente.

Art. 17 – Persone non assicurabili.
Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.
Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Art. 18 – Estensioni territoriali.
L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 19 – Criteri di indennizzabilità.
La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Resta inteso e convenuto che sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli assicurati e ciò indipendentemente dalle loro eventuali condizioni anormali di salute e da pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli assicurati stessi risultassero affetti.
Pertanto, in caso di sinistro, sarà tenuto il debito conto, nello stabilire l'entità del danno, delle preesistenti anormali condizioni di salute, delle preesistenti minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali l'assicurato fosse affetto e, se le conseguenze dell'infortunio risultassero aggravate dalle suddette anormali condizioni di salute o fisiche dell'infortunato, l'indennità sarà calcolata non in base alle effettive conseguenze del caso, ma in base a quelle che si sarebbero presumibilmente verificate in un soggetto sano ed esente da condizioni patologiche difettose, da mutilazioni e/o da minorazioni fisiche di qualsiasi genere.
In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato per infortunio, le percentuali di cui all'art. 22 sono diminuite tenendo conto del degrado di invalidità preesistente.

Art. 20 – Morte.
L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio.
Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.
L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello di invalidità permanente, ma se entro 2 anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non

sono tenuti al alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 21 – Invalidità permanente.
L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio.
L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista per legge.
Nei confronti delle persone affette da mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.
Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.
Nel caso di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.
La perdita totale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Art. 22 – Franchigia per invalidità permanente.
La somma assicurata per invalidità permanente è soggetta alle seguenti franchigie assolute:
1) 5% sulla somma eccedente Euro 150.000 e fino a Euro 250.000;
2) 10% sulla somma eccedente Euro 250.000.

Pertanto sulla somma assicurata:
- eccedente Euro 150.000 e fino a Euro 250.000 la Società non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 5% del totale; in caso contrario la Società liquida l'indennità sole per la parte eccedente il 5%;
- eccedente Euro 250.000 la Società non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 10% del totale; in caso contrario la Società liquida l'indennità solo per la parte eccedente il 10%.

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 20% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia.

Art. 23 – Modalità di valutazione del danno – Controversie.
Le divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea o sulla liquidabilità della diaria, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 19 sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.
Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.
Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.
E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisionale 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, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 24– Rimborso Spese Sanitarie.

Se l'Assicurato in conseguenza di infortunio fa ricorso a prestazioni sanitarie, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale di € 3.000,00: tale importo deve considerarsi per assicurato e per ciascun anno assicurativo.
Il pagamento delle spese viene effettuato dalla Società a cura ultimata, previa presentazione dei documenti giusitificativi in originale.

Art. 25 – Assicurazione per conto altri.
Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come previsto dall'art. 1891 C.C..

Art. 26 – 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 Terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 27 – Regolazione del premio.
Il premio convenuto anticipato in via provvisoria è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.
A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati consuntivi necessari per il conguaglio.
Le differenze, attive e passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei 30 giorni dalla relativa comunicazione da parte della Società. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva;trascorso inutilmente tale periodo resta fermo per la Società il diritto di agire giudizialmente.

Art. 28 – Coassicurazione
Nel caso in cui la Società, all'atto della stipula del contratto dichiari di voler ricorrere all'istituto della coassicurazione, il Contraente accetta a condizione che la Società deroghi all'art. 1911 C.C., rispondendo in solido nei confronti dell'Assicurato per tutte le coassicurazioni presenti nel riparto.

Art. 29 – Monitoraggio sinistri.
La Società si impegna a fornire, a richiesta del Contraente/Assicurato, al fine di verificare e monitorare l'andamento di sinistrosità, aggiornata statistica sinistri, come strumento di prevenzione.
Comunque tale statistica dovrà essere fornita in prossimità di rinnovo o di procedura di gara per il rischio garantito con la presente polizza.
L'elenco sinistri dovrà contenere i seguenti dati:
- sinistri denunciati
- sinistri denunciati
- sinistri liquidati.

Art. 30 – Clausola Broker
Il Contraente si affida per la gestione del presente contratto alla Spett.le A&M Consulting srl.. Di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente polizza saranno svolti per conto della Contraente dalla Spett.le A&M Consulting srl.
Agli effetti tutti della presente polizza, ogni comunicazione fatta dal Broker nel nome e per conto del Contraente/Assicurato alla Compagnia si intenderà come fatta dall'Assicurato. Parimenti ogni comunicazione fatta dall'Assicurato/Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia.

CONDIZIONI PARTICOLARI

A) Estensioni di garanzia.
Si precisa che sono considerati infortuni anche:
- asfissia causata da fuga di gas o di vapore;
- soffocamento da ingestione di solidi;
- gli avvelenamenti o intossicazioni acuti da ingestione di cibo o altre sostanze;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, le punture vegetali, nonché le infezioni (quella tetaniche) conseguenti ad eventi risarcibili a termini di polizza;
- le ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi caustici;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione e scariche elettriche in genere;
- colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernia.

L'assicurazione vale anche per:
- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza o conseguenti a vertigini;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni conseguenti a colpi di sonno.

B) Eventi Socio – politici.
L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, atti violenti che abbiano movente politico, economico, sociale e sindacale, purchè l'assicurato provi di non averne preso parte attiva.

C) Calamità naturali.
Sono compresi gli infortuni derivanti da calamità naturali e dalle forze della natura quali terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, mareggiate, frane, grandine e neve.
Resta però convenuto che in caso di evento che colpisca più assicurati con la stessa Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare il 10% dei premi del ramo infortuni, rilevati nel bilancio dell'esercizio precedente l'evento, con il massimo di Lit. 2.000.000.000.
Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun assicurato saranno ridotti in proporzione.

D) Ernie traumatiche e da sforzo – Ernie addominali.
A parziale deroga della Condizioni Generali di Assicurazione, l'assicurazione è estesa, limitatamente al caso di invalidità permanente, alle ernie addominali da sforzo e traumatiche, con l'intesa che:
- qualora l'ernia, anche bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, viene corrisposta solamente una indennità non maggiore del 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.

E) Morte presunta.

Nel caso di presentazione di istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi dell'art. 60 del C.C., la Società liquida agli aventi diritto la somma assicurata per il caso di morte, a condizione che:

a) siano trascorsi 180 giorni dalla data in cui risale l'ultima notizia dell'assicurato;
b) possa ragionevolmente desumersi che la morte è avvenuta per un evento indennizzabile ai sensi di polizza.

Se successivamente l'assicurato ritorna o ne è provata l'esistenza, la Società può agire anche nei suoi confronti per il recupero di quanto pagato e degli interessi; l'assicurato potrà tuttavia far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

F) Colpa grave.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da colpa grave dell'assicurato.

G) Diabete.

A maggior precisazione di quanto indicato nelle Condizioni Generali di Assicurazione, l'assicurazione vale anche per le persone affette da diabete a condizione che l'infortunio non sia conseguenza diretta del diabete ed ogni complicazione riferibile al diabete esclusa.
In caso di infortunio la Società corrisponde l'indennizzo ai sensi dell'Art. 19 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

H) Ubriachezza.

A parziale rettifica di quanto indicato nell'art. 15 delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'assicurazione vale anche per gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti ad ubriachezza.

I) Esonero dall'obbligo di denuncia di infermità, mutilazioni o difetti fisici.

La Contraente è esonerata dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni di cui gli assicurati fossero affetti alla momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.
In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto dell'art. 19 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

L) Rischio in itinere

L'assicurazione vale anche durante il percorso degli assicurati dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa

M) Beneficiario

L'Assicurato o gli eredi con intervento in quietanza dell'Ente.

……., li …….

La Società Il Contraente

…….. …….

Agli effetti dell'art. 1341 del C.C., il Contraente e la Società dichiarano di conoscere, approvare ed accettare specificatamente le disposizioni dei sottoelencati articoli delle norme e condizioni che regolano l'assicurazione:

Art . 3 – Pagamento del premio
Art. 10 – Durata del contratto
Art. 13 – Foro competente
Art. 23 – Modalità di valutazione del danno

La Società Il Contraente

…….. ……

SCHEDA DI QUOTAZIONE DEL PROGETTO ASSICURATIVO INFORTUNI PER PRESTATORI DI ATTIVITA' VARIE NON ALLE DIPENDENZE DELL'ENTE

a) Praticanti la professione di Geometra N. **100**

morte	Euro 60.000
invalidità permanente	Euro 60.000
Rimborso spese mediche	Euro 3.000