



MyProtection[®]

**Polizza infortuni
e malattia**

Il presente set informativo contiene:

- DIP
- DIP Aggiuntivo
- Glossario
- Condizioni di Assicurazione
- Informativa Privacy

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Pagina lasciata intenzionalmente bianca

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI E MALATTIA

Documento informativo prodotto assicurativo

Questa assicurazione è fornita da Lloyd's Insurance Company S.A. che è registrata in Belgio. Lloyd's Insurance Company S.A. è autorizzata ad operare in Italia sottoscrivendo rischi in regime di Stabilimento ed in Libera Prestazione di Servizi

Documento predisposto a cura di AEC Underwriting S.p.A. registrato in Italia. AEC Underwriting S.p.A. è autorizzato da IVASS. Numero di registrazione: B000429099. Documento predisposto a cura anche di Lloyd's Insurance Company S.A. registrato in Belgio. Lloyd's Insurance Company S.A. è autorizzato da Banque Nationale de Belgique. Numero di registrazione: 0682594839.

Questo documento fornisce un riepilogo della copertina, esclusioni e restrizioni. I termini e le condizioni completi di questa assicurazione, compresi i limiti di politica generale, sono disponibili nel documento della politica che è disponibile su richiesta presso il vostro intermediario assicurativo. Altre informazioni precontrattuali sono disponibili anche presso il vostro intermediario assicurativo.

Cos'è questo tipo di assicurazione?

È una polizza assicurativa muti-sezione a tutela delle lesioni personali subite da Infortunio o Malattia.

La copertura verrà fornita solo per le sezioni selezionate e richiamate in polizza.

	Cosa è assicurato?		Cosa non è assicurato?
	<p>Garanzie di copertura (se selezionate)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Morte: Rimborseremo una somma assicurata prestabilita ai beneficiari indicati in polizza in caso di premorienza ✓ Invalidità Permanente: Rimborseremo una somma assicurata prestabilita a fronte della perdita definitiva, totale o parziale della capacità lavorativa a seguito di infortunio ✓ Rimborso Spese Mediche da Infortuni: Rimborseremo una somma assicurata prestabilita per le spese sostenute, rese necessarie a seguito di infortunio ✓ Diaria da Ingegnatura: Rimborseremo una somma assicurata prestabilita in caso di gessatura a seguito di infortunio. ✓ Diaria da Ricovero: Rimborseremo una somma assicurata prestabilita in caso di ricovero presso un istituto di cura a seguito di infortunio ✓ Inabilità Temporanea: Rimborseremo una somma assicurata prestabilita a fronte dell'impossibilità di svolgere la tua occupazione per un periodo di tempo limitato. ✓ Invalidità Permanente da Malattia: Rimborseremo una somma assicurata prestabilita a fronte della perdita definitiva, totale o parziale della capacità lavorativa a seguito di Malattia. <p>Solo per Liberi Professionisti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Contagio da HIV ed Epatite: Protegge il personale Sanitario da eventuali contagi di queste patologie durante lo svolgimento dell'attività professionale. 		<ul style="list-style-type: none"> ✗ Morte causata da malattia ✗ Azione delittuosa ✗ Uso di sostanze stupefacenti, allucinogeni o simili. ✗ Suicidio, tentato suicidio. ✗ Guerra ✗ Infarti ✗ Guida di veicoli o natanti per i quali non si è in possesso della relativa abilitazione o dell'età ✗ Operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio. ✗ Malattie diagnosticate precedentemente alla stipula della polizza.

- ✓ **Supervalutazione Arti:** Ti protegge ulteriormente, in caso di infortuni agli arti, rispetto all'indennizzo standard previsto.
- ✓ **Accesso ai cantieri:** Tutela i Professionisti dell'area tecnica durante lo svolgimento di sopralluoghi su cantieri e siti di costruzione.



Ci sono restrizioni alla copertura?

- ! Condizioni speciali possono essere applicati alla tua copertura e saranno visibili sulla scheda di copertura e approvate.
- ! Alcune limitazioni potrebbero essere applicate alla tua polizza. Per esempio:
 - franchigie (l'importo che rimane a tuo carico in caso di risarcimento);
 - limiti massimi di risarcimento per determinate tipologie copertura;
 - limiti massimi di età dell'assicurato.



Dove sono coperto?

- ✓ La copertura è operante per il Mondo intero eccetto i Paesi indicati all'Art. 16 delle condizioni di assicurazione.



Quali sono i miei obblighi?

- All'inizio del periodo di assicurazione o quando si apportano modifiche alla polizza, è necessario fornire informazioni dettagliate e complete e accurate a tutte le domande poste relative all'assicurazione.
- È necessario comunicare al proprio Intermediario assicurativo di eventuali inesattezze o variazioni alle informazioni fornite sia prima dell'inizio del contratto, che durante il periodo di assicurazione.
- È necessario informare il proprio Intermediario assicurativo di eventuali aggravamenti/diminuzioni di rischio sia prima dell'inizio della polizza sia durante il periodo di assicurazione.
- Quando gli Assicuratori saranno informati di aggravamento/diminuzione del rischio, ti informeremo se ciò può influire sulla tua copertura assicurativa. Ad esempio, possiamo modificare le condizioni della copertura assicurativa o richiedere il pagamento di un premio aggiuntivo. In determinate circostanze, è possibile annullare la polizza in conformità con quanto riportato nelle condizioni generali di assicurazioni di questa polizza.
- Il mancato rispetto dei tuoi obblighi potrebbe comportare il rigetto di un sinistro, una riduzione dell'importo del risarcimento o l'annullamento della tua polizza.



Quando e come pago?

- Il premio è da pagare al Lloyd's Coverholder specificato in polizza alla stipula del contratto. Il pagamento al Broker indicato in polizza ha effetto liberatorio solo se tale Broker abbia ricevuto idonea autorizzazione verificabile nell'informativa precontrattuale da esso fornita ai sensi di legge. Il mezzo di pagamento è concordato con detti intermediari nel rispetto della normativa di legge.



Quando inizia e finisce la copertura?

- Questa copertura assicurativa ha una durata di 12 (dodici) mesi e la data di inizio e la data di fine della copertura sono specificate nel modulo di polizza.



Come posso disdire il contratto?

- E' possibile disdire questa assicurazione comunicando tale intenzione tramite lettera raccomandata spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza contrattuale.
- Se il contratto è stato concluso tramite vendita a distanza, hai tempo 14 giorni dalla data di conclusione del contratto per recedere dallo stesso, senza dover indicare alcun motivo.

Assicurazione Infortuni e Malattia

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP Aggiuntivo Danni)

Compagnia assicurativa: Lloyd's Insurance Company S.A.

Intermediario in veste di Manufacturer de facto: AEC Underwriting S.p.A.

Co-Manufacturer de facto: Lloyd's Insurance Company S.A.

Prodotto: MyProtection®

Numero di versione di DIP Aggiuntivo Danni: 01/2025

Data di realizzazione del DIP Aggiuntivo Danni: 01/04/2025

Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Lloyd's Insurance Company S.A. è una società belga a responsabilità limitata avente sede a Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Bruxelles, Belgio. E' soggetta alla vigilanza della Banca Nazionale del Belgio dalla quale ha ricevuto autorizzazione all'esercizio Nr. 3094.

Sito web: www.lloydseurope.com

E-mail: lloydseurope.info@lloyds.com

Telefono: +32 (0)2 227 39 39

Lloyd's Insurance Company S.A. è autorizzata ad operare in Italia sottoscrivendo rischi in regime di Stabilimento (numero d'iscrizione all'Elenco IVASS n. I.00151) ed in Libera Prestazione di Servizi (numero d'iscrizione all'Elenco IVASS n. II.01526). La sede legale della Lloyd's Insurance Company S.A. in Italia, con cui sarà concluso il contratto, è Corso Garibaldi 86, Milano 20121.

Sito web: www.lloyds.com/it-it/lloyds-around-the-world/home

E-mail: informazioni@lloyds.com

Telefono: +39 02 6378 8870

Alla fine del 2023, il capitale sociale ordinario di Lloyd's Insurance Company S.A. è di EUR 558 milioni. Inoltre, attraverso il rilascio di una lettera di credito sono stati resi disponibili ulteriori fondi propri per 200 milioni di EUR. Il requisito patrimoniale di solvibilità della società (SCR) è pari a EUR 322 milioni e l'importo dei fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR è pari a EUR 710 milioni. Il coefficiente di solvibilità della società quindi, inteso come il rapporto tra i fondi propri e l'SCR, è pari al 221%. Il suo requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a EUR 80 milioni e l'ammontare dei fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR è di EUR 549 milioni. La relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria di Lloyd's Insurance Company S.A. per l'anno 2023 è disponibile su www.lloydseurope.com/about/lloyds-brussels-hub/.

Al contratto si applica la legge Italiana.

**Che cosa è assicurato?**

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP – Documento Informativo Precontrattuale

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?**OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO**

Limitazione dell'assicurazione ai rischi professionali	E' possibile limitare la copertura agli infortuni/Malattia subiti nello svolgimento della propria attività professionale indicata in polizza, a fronte di uno sconto che varia a seconda della rischiosità della professione.
Limitazione dell'assicurazione ai rischi extraprofessionali	E' possibile limitare la copertura agli infortuni/Malattia subiti nella vita privata e nel tempo libero. L'opzione prevede una tariffa dedicata.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Contagio da HIV – EPATITE	Prevede l'erogazione di una indennità, nel caso in cui l'Assicurato dovesse subire un contagio da HIV – EPATICHE a seguito di Infortunio. L'opzione prevede il pagamento di un premio.
Supervalutazione Arti	Prevede una maggiorazione dell'indennizzo spettante in caso di invalidità permanente degli arti superiori. L'opzione prevede il pagamento di un premio.
Accesso ai cantieri	E' possibile estendere la copertura dell'attività all'interno di cantieri e/o siti. L'opzione prevede il pagamento di un premio.

**Che cosa NON è assicurato?**

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite del DIP – Documento Informativo Precontrattuale

**Ci sono limiti di copertura?**

- L'indennizzo per Invalidità permanente viene determinato applicando la franchigia del 3% sulla somma assicurata fino ad €250.000,00, del 5% sulla somma assicurata che eccede €250.001,00 e fino a €500.000,00, del 10% sulla somma assicurata che eccede €500.001,00 e fino a €1.000.000,00 e del 15% sulla somma assicurata che eccede €1.000.001,00 fino a €1.500.000,00.
- L'indennità giornaliera da ingessatura viene erogata per un massimo di 90 giorni per sinistro e per anno assicurativo
- L'indennità giornaliera da ricovero viene erogata per un massimo di 365 giorni e in caso di day hospital viene erogata al 50%. Se il ricovero supera i 3 giorni viene erogata anche l'indennità giornaliera per convalescenza pari al 75% di quella garantita in caso di ricovero, per un numero di giorni pari al doppio di quelli del ricovero con il massimo di 15 giorni.
- L'invalidità temporanea viene erogata integralmente per ogni giorno di incapacità totale dell'assicurato e parzialmente per ogni giorno in cui l'assicurato non ha potuto attendere anche in parte alle sue occupazioni.
- La garanzia rimborso spese, prevede il rimborso delle spese sostenute per i trattamenti fisioterapici e rieducativi che vengano rimborsati in caso di non ricovero nei limiti del 25% della somma massima assicurata con il massimo di €15.000,00.
- E' prevista una riduzione dell'indennizzo se l'assicurato subisce l'infortunio durante lo svolgimento di un'attività professionale diversa da quella dichiarata, la riduzione dipende dall'attività svolta dall'assicurato.
- L'indennizzo per Invalidità permanente da malattia viene calcolato applicando una franchigia del 24%.

**Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?**

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: la denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo ed ora dell'evento e le cause che lo determinarono, corredata da un certificato medico, entro 30 giorni da quando l'assicurato ne ha avuto conoscenza o ne ha la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.
	Assistenza diretta / in convenzione: non sono previste forme di assistenza diretta/in convenzione per la gestione dei sinistri.
	Gestione da parte di altre imprese: non sono previste ipotesi di gestione di sinistro da parte di altre imprese.
	Prescrizione: i diritti derivante dal contratto si prescrivono entro 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art.2952 del Codice Civile.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP – Documento Informativo Precontrattuale

**Quando e come devo pagare?**

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP – Documento Informativo Precontrattuale.
Rimborso	In caso di recesso per sinistro esercitato in base alle condizioni di assicurazione, il Contraente ha diritto al rimborso entro il trentesimo giorno successivo alla data di effetto del recesso, della parte di premio pagato e non dovuto al netto delle imposte.

**Quando comincia la copertura e quando finisce?**

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP – Documento Informativo Precontrattuale
Sospensione	Non è possibile sospendere la garanzia assicurativa in corso di contratto.

**Come posso disdire la polizza?**

Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite del DIP – Documento Informativo Precontrattuale.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite del DIP – Documento Informativo Precontrattuale

**A chi è rivolto questo prodotto?**

Questo prodotto è rivolto alla copertura dei danni da Infortuni e Malattie della persona, del nucleo familiare e delle imprese.

 Quali costi devo sostenere?	
Gli Intermediari per la vendita di questa assicurazione percepiscono in media il 23% del premio imponibile pagato dal Contraente per remunerazioni di tipo provvigionale.	
COME POSSO PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	<p>I reclami vanno presentati per iscritto a:</p> <p>Servizio Reclami Lloyd's Insurance Company S.A. Corso Garibaldi 86 - 20121 Milano Fax: +39 02 6378 8857</p> <p>E-mail: lloydseurope.servizioreclami@lloyds.com o lloydseurope.servizioreclami@pec.lloyds.com</p> <p>Conferma di ricezione verrà fornita per iscritto tempestivamente. Un riscontro scritto al reclamo verrà fornito entro 45 (quarantacinque) di calendario dalla presentazione del reclamo.</p>
All'IVASS	<p>In caso di insoddisfazione con riferimento alla decisione finale, ovvero in caso di mancata ricezione di una decisione in merito entro quarantacinque (45) di calendario dalla presentazione del reclamo, l'assicurato avrà il diritto di presentare il proprio reclamo all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) ai seguenti recapiti:</p> <p>IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni via del Quirinale 21 - 00187 Roma Tel. 800 486661 (chiamate dall'Italia) Tel.: +39 06 42021 095 (chiamate dall'estero) Fax : +39 06 42133 206 E-mail: ivass@pec.ivass.it</p> <p>Il sito IVASS www.ivass.it fornisce ulteriori informazioni sulle modalità di presentazione del reclamo, oltre a mettere a disposizione l'apposito modulo disposto a tale scopo.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori).	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternative di risoluzione delle controversie	<p>In caso di controversia tra le Parti relativa a questioni mediche si può ricorrere ad un collegio medico arbitrale come previsto dalle condizioni di assicurazione.</p> <p>Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere, i reclami presentati all'IVASS possono essere indirizzati direttamente al sistema di risoluzione delle controversie all'estero, richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o l'applicazione della normativa applicabile.</p>

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTI IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

GLOSSARIO

Indicazione del significato dei principali termini utilizzati nelle condizioni di assicurazione del Prodotto Infortuni e Malattia.

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto da questa assicurazione;

Assicuratori

Lloyd's Insurance Company S.A.;

Assicurazione

Il contratto in forza del quale gli Assicuratori assumono, nei limiti, scheda di copertura e appendici, termini e condizioni ivi previsti, i rischi nello stesso specificati.

Attività professionale

i servizi forniti dall'Assicurato, realizzati nel campo professionale di sua competenza e per i quali è legalmente autorizzato, notificato e accreditato in ottemperanza alle vigenti leggi e regolamenti;

Corrispondente

il soggetto che emette e amministra il contratto assicurativo;

Contraente

il soggetto che stipula il contratto;

Danni materiali o morte

Il pregiudizio economico conseguente a danneggiamenti a cose, lesioni personali o morte;

Franchigia

L'ammontare che, per ogni reclamo, resta a carico dell'Assicurato. Gli Assicuratori rispondono per la parte dell'indennizzo e delle spese, che supera la franchigia;

Indennizzo

la somma dovuta dagli Assicuratori in caso di sinistro;

Massimale

la massima esposizione degli Assicuratori per ogni sinistro;

Polizza

il documento che prova l'Assicurazione;

Premio

la somma dovuta agli Assicuratori;

Sinistro

la comunicazione agli Assicuratori di un evento per il quale è prestata l'Assicurazione.

Sommario

- Art. 1 – Richiamo alle definizioni;
- Art. 2 – Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio;
- Art. 3 – Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia;
- Art. 3.1 – Diritto di recesso in caso di vendita a distanza;
- Art. 4 – Modifiche dell'Assicurazione / Aggravamento del rischio / Diminuzione del rischio;
- Art. 5 – Recesso in caso di sinistro;
- Art. 6 – Proroga dell'Assicurazione e periodo di Assicurazione;
- Art. 7 – Altre Assicurazioni;
- Art. 8 – Modalità di gestione del Sinistro e obblighi relativi
- Art. 9 – Liquidazione del danno;
- Art. 10 – Rinuncia al diritto di Rivalsa;
- Art. 11 – Richieste di risarcimento fraudolente;
- Art. 12 – Comunicazione e variazioni del Contratto;
- Art. 12.1 – Clausola Intermediario;
- Art. 13 – Oneri fiscali;
- Art. 14 – Rinvio alle norme di legge;
- Art. 15 – Foro competente;
- Art. 16 – Limiti territoriali;
- Art. 17 – Oggetto dell'Assicurazione;
- Art. 18 – Esclusioni;
- Art. 19 – Morte;
- Art. 19.1 – Morte presunta;
- Art. 20 – Invalidità Permanente;
- Art. 20.1 – Franchigia per Invalidità Permanente;
- Art. 21 – Cumulo di indennità;
- Art. 22 – Criteri di indennizzabilità;
- Art. 23 – Buona fede;
- Art. 24 – Limiti di età;
- Art. 25 – Persone non assicurabili;
- Art. 26 – Controversie sull'assicurabilità delle persone e sulle conseguenze delle lesioni;
- Art. 27 – Beneficiari;
- Art. 28 – Rischio volo;
- Art. 29 – Tipologia di copertura;

Garanzie Aggiuntive (operanti solo se richiamate nella scheda di copertura)

- Art. 30 – Rimborso spese mediche da infortuni;
- Art. 30.1 - Criteri di liquidazione;
- Art. 31 – Diaria da ingessatura;
- Art. 31.1 - Criteri di liquidazione;
- Art. 32 – Diaria da ricovero;
- Art. 32.1 - Day hospital;
- Art. 32.2 - Indennità di convalescenza post-ricovero;
- Art. 32.3 - Criteri di liquidazione;
- Art. 33 – Inabilità Temporanea;
- Art. 33.1 - Franchigia assoluta per inabilità temporanea
- Art. 33.2 - Modalità di valutazione del danno
- Art. 34 – Invalidità permanente da malattia;
- Art. 34.1 – Oggetto dell'Assicurazione;
- Art. 34.2 – Definizioni;
- Art. 34.3 – ESCLUSIONI;
- Art. 34.4 – Persone non assicurabili / L'Assicurazione non vale;
- Art. 34.5 – Criteri e termini di liquidazione;
- Art. 34.6 – Accertamento dell'invalidità permanente da malattia;
- Art. 34.7- Diritto all'indennità;
- Art. 34.8 – Denuncia del sinistro e obblighi relative;
- Art. 35 – Contagio da HIV ed Epatite;
- Art. 36 – Supervalutazione Arti;
- Art. 37 – Accesso ai cantieri;

CONDIZIONI DI POLIZZA

Definizioni comuni a tutte le garanzie

Si conviene inoltre che le informazioni contenute nel Questionario / Modulo proposta costituiscono la base di quest'Assicurazione e che il Questionario stesso è parte integrante della Polizza.

Nel testo che segue si intende per:

Ambulatorio

Struttura o Centro Medico attrezzato e regolarmente autorizzato dalla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

Assicurato

il/i soggetto/i indicato/i nella Scheda di Copertura il cui interesse è protetto da quest'assicurazione. E' Assicurato il Contraente stesso nonché ciascuno dei singoli professionisti che, a seconda del caso, compongono la Società o lo Studio purché abilitati alla professione in base alle norme vigenti.

Assicuratori

Lloyd's Insurance Company S.A.

Attività Professionale

l'attività professionale esercitata indicata nella Scheda di Copertura, purché l'Assicurato sia legittimato ad esercitarla in base alle norme vigenti in materia e/o iscritto ai relativi Ordini Professionali (ove previsto).

Assicurazione

Il contratto in forza del quale gli Assicuratori assumono, nei limiti, scheda di copertura e appendici, termini e condizioni ivi previsti, i rischi nello stesso specificati

Beneficiario

Beneficiari in caso di morte ed in caso di Invalidità Permanente si intendono:

- in caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, salvo diversa dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato e rilasciata, ai competenti uffici degli Assicuratori;
- in caso di Invalidità Permanente gli Assicurati stessi, con l'intesa che le quietanze di liquidazione degli indennizzi dovranno essere sottoscritte sia dall'Assicurato e/o dal Contraente.

Contratto di Assicurazione / Polizza

Il contratto in forza del quale gli Assicuratori assumono, nei limiti, scheda di copertura e appendici, termini e condizioni ivi previsti, i rischi nello stesso specificati.

Contraente

Il Professionista, lo Studio Associato, o la Società che stipula questo Contratto di Assicurazione e paga il relativo premio per conto proprio e per conto dell'Assicurato come sopra definito. Si applica il disposto dell'art. 1891 del Codice Civile.

Corrispondente dei Lloyd's

L'intermediario di assicurazioni indicato nella Scheda di Copertura al quale gli Assicuratori hanno conferito il mandato per la ricezione e trasmissione della corrispondenza relativa al presente contratto, nonché per l'incasso dei premi.

Day Hospital

Degenza senza pernottamento presso un Istituto di Cura.

Franchigia

Importo prestabilito che, in caso di Sinistro, rimane a carico dell'Assicurato. Tale importo va a ridurre l'ammontare dell'indennizzo/risarcimento che sarebbe spettato all'Assicurato se tale Franchigia non fosse esistita.

HIV

Il virus dell'immunodeficienza Umana nelle sue forme HIV – 1 e HIV – 2.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Ingessatura

Mezzo di contenzione costituito da:

- fasce;
- docce;
- altri apparecchi, confezionati con gesso da modellare o contenzione con fasce rigide od altri apparecchi ortopedici immobilizzanti che non possono essere rimossi autonomamente ma unicamente da personale medico e, comunque, solo alla fine della cura.

Non sono considerati mezzi di contenzione i collari ortopedici applicati a seguito di distorsione o contusione del rachide cervicale

Istituto di Cura

Ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità alla erogazione dell'assistenza ospedaliera anche in regime di degenza diurna. Non sono considerati tali gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Invalidità Permanente

Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile, della capacità a svolgere, in tutto o in parte, un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

Intermediario

la persona fisica o giuridica, iscritta nel Registro Unico degli intermediari Assicurativi e Riassicurativi (R.U.I.) di cui all'articolo 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005 n. 209

Limite di Indennizzo / Massimale

L'ammontare che rappresenta l'entità massima dell'obbligazione di pagamento degli Assicuratori in forza del Contratto d'Assicurazione.

Malattia

È considerata malattia ogni alterazione corporale obiettivamente constatabile dello stato di salute non dipendente da infortunio e che sia diagnosticata per la prima volta durante il periodo di validità di questo contratto e che risulti in una Invalidità Permanente la quale deve essere accertata entro e non oltre due anni dalla data della denuncia.

È considerata Invalidità Permanente la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità lavorativa generica dell'Assicurato.

Modulo di Proposta / Questionario

Il formulario attraverso il quale gli Assicuratori prendono atto di tutte le notizie ritenute essenziali per la valutazione del rischio, fermo l'obbligo dell'Assicurato di comunicare le informazioni a lui note che potrebbero avere influenza sulla valutazione del rischio da parte degli Assicuratori anche ai sensi degli Artt.1892-1893-1894 del Codice Civile. La Proposta forma parte integrante del Contratto.

Modulo di Polizza e Scheda di Copertura

I documenti facenti parte del Contratto d'Assicurazione che contengono i dati del Contraente / Assicurato, il Periodo di Assicurazione, il Premio, il Massimale, i Sotto limiti, condizioni speciali, gli eventuali altri dettagli del Contratto d'Assicurazione.

Periodo di Assicurazione

Il periodo di efficacia della Polizza le cui date di inizio e termine sono stabilite nel Modulo di Polizza, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile.

Premio

Il corrispettivo dovuto dal Contraente agli Assicuratori.

Radiazione

L'emissione, lo scarico, la dispersione, il rilascio o la fuoriuscita di materiale fissile che emette un livello di radioattività in grado di provocare invalidità invalidante o morte tra persone o animali.

Ricovero

La degenza, comportante pernottamento in Istituto di Cura.

Sinistro

Fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Test

Il test di ELISA seguito, in caso di positività, dal test di Western Bolt effettuato da personale autorizzato o test equivalenti.

Utilizzo di armi biologiche di distruzione di massa

L'emissione, lo scarico, la dispersione, il rilascio o la fuoriuscita di microrganismi patogeni (produttori di malattie) e / o tossine prodotte biologicamente (compresi organismi geneticamente modificati e tossine sintetizzate chimicamente) che sono in grado di causare invalidità invalidante o morte tra persone o animali.

Utilizzo di armi chimiche di distruzione di massa

Emissione, scarico, dispersione, rilascio o fuoriuscita di qualsiasi composto chimico solido, liquido o gassoso che, opportunamente distribuito, è in grado di provocare invalidità invalidante o morte tra persone o animali.

Utilizzo delle armi nucleari di distruzione di massa

L'uso di qualsiasi arma o dispositivo nucleare esplosivo o l'emissione, lo scarico, la dispersione, il rilascio o la fuoriuscita di materiale fissile che emette un livello di radioattività in grado di causare invalidità invalidante o morte tra persone o animali.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 – Richiamo alle Definizioni

Le parti convengono che le Definizioni menzionate, fanno parte integrante di questa polizza e vengono tutte richiamate per l'interpretazione di queste condizioni e di ogni altro disposto riguardante questa assicurazione

Art. 2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo/risarcimento e la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 C.C.

Art. 3 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 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 di pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'articolo 1901 C.C.

I premi devono essere pagati all'Intermediario a cui è assegnata la polizza oppure agli Assicuratori.

Art. 3.1 – Diritto di recesso in caso di vendita a distanza

in caso di vendita mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente ha diritto di recedere dal contratto nei 14 giorni successivi al perfezionamento della polizza avvenuto con il pagamento del premio, effettuando richiesta scritta da inviare tramite lettera raccomandata a/r a Aec Underwriting Spa – Piazza delle Muse 7 – 00197 Roma. In tal caso l'Impresa trattiene la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto

Art. 4 – Modifiche dell'assicurazione – Aggravamento del rischio – Diminuzione del rischio

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto. Il Contraente, o l'Assicurato, deve dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni aggravamento del rischio entro 7 (sette) giorni dalla data del loro accadimento. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dagli Assicuratori, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'articolo 1898 C.C. Nel caso di diminuzione del rischio gli Assicuratori sono tenuti a ridurre il premio, o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato, ai sensi dell'articolo 1897 C.C.; Gli Assicuratori rinunciano al relativo diritto di recesso.

Art. 5 – Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte del Contraente; il recesso da parte degli Assicuratori ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della documentazione. Gli Assicuratori, entro 30 (trenta) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborseranno la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa la periodo di assicurazione non goduto.

Art. 6 – Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente, ad esclusioni che, durante il Periodo di validità della polizza, venga notificato agli Assicuratori e/o all'Assicurato, una Richiesta di Indennizzo;

Art. 7 – Altre Assicurazioni

Il Contraente / Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare preventivamente altre eventuali assicurazioni in corso o che venissero successivamente stipulate per le stesse persone o categorie di persone, ma in caso di sinistro il Contraente/Assicurato deve darne avviso agli Assicuratori della presente polizza.

Art. 8 – Modalità di gestione del Sinistro e obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata da un certificato medico, deve essere fatta per iscritto agli Assicuratori entro 30 (trenta) giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, questo ai sensi dell'art. 1913 Codice Civile.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.

Il decorso delle lesioni subite dovrà essere documentato da eventuale ulteriore certificazione medica successiva alla denuncia dell'evento fino alla guarigione clinica.

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

L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono consentire alla visita dei medici degli Assicuratori ed a qualsiasi indagine o accertamento che questi riterranno 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 - fatta eccezione per i medici designati dagli Assicuratori.

Se dolosamente non vengono adempiuti l'obbligo della denuncia e gli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato e gli aventi diritto perdono il diritto all'indennità. Se tali obblighi non vengono adempiuti colposamente, gli Assicuratori hanno il diritto di ridurre le indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 9 – Liquidazione del Danno

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso gli Assicuratori liquideranno l'indennità dovuta, ne daranno comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederanno al pagamento. L'indennità viene corrisposta in Italia ed in valuta europea (Euro).

Art 9.1 Clausula di limitazione delle sanzioni

Nessun (ri)assicuratore sarà tenuto a fornire alcuna copertura e nessun (ri)assicuratore sarà tenuto a pagare alcun sinistro o fornire alcun beneficio ai sensi del presente nella misura in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale sinistro o la fornitura di tale beneficio esporrebbero il (ri)assicuratore a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione derivante da qualsiasi risoluzione delle Nazioni Unite o sanzioni economiche e commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

LMA3100A

15 settembre 2010

Art. 10 – Rinuncia al diritto di Rivalsa

Gli Assicuratori rinunciano a favore del Contraente/Assicurato o degli aventi diritto ad ogni azione di regresso di cui all'art. 1916 C.C. verso gli autori o terzi responsabili dell'infortunio causato alle persone assicurate con il presente contratto.

Art. 11 – Richieste di Risarcimento fraudolente

Nel caso in cui l'Assicurato dia comunicazione o faccia una Richiesta di Risarcimento risultante in tutto o in parte falsa o fraudolenta, la stessa, si intenderà integralmente esclusa dalla presente copertura assicurativa.

Gli Assicuratori avranno il diritto di scegliere se, a loro discrezione, limitarsi a rigettare il sinistro o recedere dal contratto con effetto immediato. In tal caso, verrà meno ogni e qualsiasi diritto all'indennizzo previsto dalla copertura assicurativa e tutti i premi si intenderanno pienamente acquisiti dagli Assicuratori e non rimborsabili.

Art. 12 – Comunicazioni e variazioni del Contratto

Ogni modifica o variazione al presente contratto di Assicurazione, dovrà essere formulata dalle parti per iscritto, pena la nullità del

contratto stesso.

Art. 12.1 – Clausola Intermediario

Con la sottoscrizione della presente polizza il Contraente/Assicurato prende atto che:

- a) Ogni comunicazione effettuata all'Intermediario indicato nella scheda di copertura da Aec Underwriting S.p.a. si considererà come effettuata al Contraente/Assicurato;
- b) Ogni comunicazione effettuata dall'Intermediario indicato nella scheda di copertura a Aec Underwriting S.p.a. si considererà come effettuata dal Contraente/Assicurato stesso.

Gli Assicuratori conferiscono alla Società Aec Underwriting S.p.a. la facoltà di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa alla presente polizza, pertanto:

- a) Ogni comunicazione effettuata a Aec Underwriting S.p.a. si considererà come effettuata agli Assicuratori;
- b) Ogni comunicazione effettuata da Aec Underwriting S.p.a. si considererà come effettuata dagli Assicuratori.

Art. 13 – Oneri fiscali

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

Art. 14 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

Art. 15 – Foro competente

Salvo diversa pattuizione fra le parti, il Foro competente sarà quello ove ha sede il Contraente.

Art. 16 – Limiti territoriali

La presente Copertura è valida per il mondo intero, con l'eccezione di:

- Afghanistan,
- Repubblica Centrafricana,
- Cecenia,
- Crimea
- Repubblica Democratica del Congo,
- Egitto,
- Iran,
- Iraq,
- Nigeria,
- Cisgiordania e striscia di Gaza,
- Libia,
- Corea del Nord,
- Somalia,
- Sud Sudan,
- Sudan,
- Siria,
- Yemen.
- Russia e le cosiddette regioni della Repubblica Popolare di Donetsk e/o della Repubblica Popolare di Luhansk dell'Ucraina
- Ucraina
- Bielorussia
- Venezuela
- Cuba
- Israele
- Gaza
- Cisgiordania

Art. 17 - Oggetto dell'Assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di:

- a) attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- b) ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

A titolo esplicativo e non limitativo sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- i morsi di animali e le punture di insetti, le malattie tropicali nonché le malattie per le quali gli insetti sono in genere portatori necessari;
- le lesioni determinate da sforzi;
- le ernie da sforzo, con l'intesa che:
 - a) se l'ernia non fosse operabile secondo parere medico, verrà corrisposta una indennità a titolo di Invalidità Permanente non superiore al 10% della somma assicurata per il caso stesso. In caso di contestazione circa l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico secondo la procedura stabilita oltre;

- b) se l'ernia risultasse operabile e dopo l'intervento residuasse una Invalidità Permanente, la stessa verrà indennizzata con i normali criteri previsti per i casi di Invalidità Permanente da infortunio ed entro un massimo del 5% della somma assicurata a tale titolo.
- gli esiti di rotture tendinee sottocutanee di:
 - a) tendine di Achille (trattata chirurgicamente o non);
 - b) tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale);
 - c) tendine dell'estensore del pollice;
 - d) tendine del quadricipite femorale;
 - e) cuffia dei rotatori.
- le conseguenze dirette di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche, resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza.
- malore od in stato di incoscienza;
- imperizia, imprudenza e negligenza anche gravi;
- tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva, nonché quelli causati da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni ed alluvioni, a parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile;
- colpa grave del Contraente, dell'Assicurato e del Beneficiario, a parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile.
- derivanti dall'uso e guida di veicoli e natanti in genere, compresi mezzi di terzi e/o pubblici.
- che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei in qualità di puro passeggero.
- gli effetti della temperatura esterna, degli agenti atmosferici e di altre influenze termiche ed atmosferiche;
- le infezioni, comprese quelle tetaniche, conseguenti ad infortuni risarcibili a termini di polizza;
- l'azione di fulmine, la folgorazione e le lesioni provocate da scariche elettriche;
- le lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive, nonché le lesioni prodotte da fiamma o da corpi incandescenti;
- sofferti in stato di ubriachezza (purchè non alla guida di veicoli, motoveicoli o natanti), di malore e di incoscienza;
- subiti dall'Assicurato derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave del Contraente/Assicurato;
- le lesioni subite in occasione di legittima difesa o di atti compiuti per solidarietà umana;
- in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato, corrisponderanno le somme assicurate per uno degli eventi garantiti in polizza anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano causa diretta dell'infortunio, ma conseguenza della zona, del clima, o di altre situazioni concomitanti e l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.
- subiti in occasione di dirottamento o pirateria aerea.

Art. 18 - ESCLUSIONI

L'assicurazione non opera per gli infortuni derivanti da:

- 18.1) suicidio, tentato suicidio o autolesione intenzionale, o azione delittuosa o sediziosa compiuta dalla/e persona/e assicurata/e;
- 18.2) uso di sostanze stupefacenti, allucinogeni o simili non prescritto da ricetta medica di un dottore specialista o se prescritto non usato in conformità con la prescrizione;
- 18.3) guida di veicoli o natanti per i quali l'Assicurato non sia in possesso della relativa abilitazione o dell'età prescritta dalla legge;
- 18.4) partecipazione a competizioni sportive agonistiche, corse o gare, salvo che si tratti di gare automobilistiche di regolarità indette dall'ACI, regate veliche o raduni cicloturistici o altre manifestazioni di carattere ricreativo che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore;
- 18.5) pratica a qualunque titolo di paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere;
- 18.6) partecipazione a qualsiasi forma di alpinismo e speleologia che di norma implicino l'uso di ramponi, funi o guide, caccia a cavallo, concorsi ippici, la pratica di rugby, boxe o qualunque altra forma di arte marziale;
- 18.7) ogni forma di malattia non inclusa nel successivo Art. 34; in qualsiasi caso la morte dell'Assicurato dovuta a malattia è esclusa da questa Assicurazione.
- 18.8) gli infarti.
- 18.9) l'attività subacquea con l'uso di apparato respiratorio ad eccezione di quella effettuata ad una profondità non superiore ai 50 metri ed in compagnia, in qualsiasi momento, di un altro subacqueo.
- 18.10) le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da un infortunio.
- 18.11) Sono totalmente esclusi i sinistri direttamente o indirettamente risultanti dalla partecipazione ad:
 - hockey ed ice hockey;
 - alla guida di luge o skeleton o di slitta trainata da cani;
 - il salto con gli sci;
 - lo sci acrobatico;
 - il bob sledging;
 - lo sci-joring;
 - pugilato, arti marziali, lotta nelle sue varie forme;
 - football americano, rugby;
 - rafting con qualsiasi mezzo;
 - regate o traversate in alto mare effettuate in solitaria;
- 18.12) Guerra, insurrezioni e stato di tensione o crisi come stabilito dal Ministero degli Esteri.
- 18.13) Dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- 18.14) Da atti commessi volontariamente dall'Assicurato contro la sua persona o da lui consentiti.

- 18.15) Perdita, distruzione o danno a qualsiasi proprietà, o qualsiasi perdita o spesa derivante o causata da, o qualsiasi perdita consequenziale o responsabilità legale di qualsiasi natura derivante da:
! Radiazioni ionizzanti o contaminazione da radioattività da qualsiasi combustibile nucleare o da eventuali scorie nucleari dalla combustione di combustibile nucleare; o
! L'esplosivo tossico radioattivo o altre proprietà pericolose di qualsiasi assemblaggio nucleare esplosivo o componente nucleare di esso;
- 18.16) L'uso, il rilascio o la fuoriuscita di materiali nucleari che direttamente o indirettamente provocano reazioni nucleari o radiazioni o contaminazione radioattiva;
- 18.17) Il rilascio, la dispersione o l'applicazione di materiali biologici o chimici patogeni o velenosi.
- 18.18) Virus e dati del computer: qualsiasi sinistro dovuto alla trasmissione di qualsiasi virus informatico e/o software, codice o e-mail dannoso o inappropriato;

Art. 19 – Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, gli Assicuratori liquideranno la somma assicurata per il caso di morte ai beneficiari designati, in difetto di designazione gli Assicuratori liquideranno la detta somma agli eredi.

Art. 19.1 – 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, gli Assicuratori liquideranno ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi in parti uguali il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli artt. 60 e 62 C.C.

Tuttavia in caso di affondamento, naufragio di nave o caduta di aeromobili, sempreché sia stata accertata dalla competente autorità la presenza a bordo dell'Assicurato, se entro sei mesi dalla data del sinistro il corpo dell'Assicurato non venisse ritrovato, gli Assicuratori corrisponderanno l'indennità prevista per il caso di morte (art. 211 e 838 del Codice della Navigazione).

Resta inteso che, se dopo che gli Assicuratori hanno pagato l'indennità risulterà che l'Assicurato è vivo, gli Assicuratori hanno diritto all'immediata restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere gli eventuali diritti derivatigli dalla polizza.

Art. 20 – Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza un'Invalidità Permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, gli Assicuratori liquideranno a tale titolo un'indennità calcolata in percentuale della somma assicurata per Invalidità Permanente totale usando la tabella delle percentuali di Invalidità Permanente allegata al regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30/06/65 n. 1124 e successive modifiche ed integrazioni e con rinuncia da parte degli Assicuratori all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa in caso di infortunio (INAIL), ma fermo restando l'applicazione della franchigia (Art. 20.1) e con l'intesa che l'indennizzo verrà effettuato in capitale e non sotto forma di rendita.

Il grado di invalidità permanente va accertato facendo riferimento ai valori e criteri di seguito elencati.

VALUTAZIONI DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE SECONDO I CRITERI STABILITI PER LE ASSICURAZIONI SOCIALI CONTRO GLI INFORTUNI LEGGE INFORTUNI SUL LAVORO (T.U. 30 GIUGNO 1965 - N° 1124)

	LESIONE A destra	INDENNITA' A sinistra
Sordità completa di un orecchio		15%
Sordità completa bilaterale		60%
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di protesi		40%
Altre menomazioni della facoltà visiva (si veda la relativa tabella sul retro)		
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficaci		11%
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficaci		30%
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%
Perdita della milza senza alterazioni della crasi amatica		15%

Per la perdita di un testicolo non si corrispondono indennità		-----	
Esiti della frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio			5%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola.	50%		40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola.	40%		30%
Perdita del braccio:			
a) per disarticolazione scapolo omerale	85%		75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%		70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%		65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%		60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%		55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%		30%
Perdita totale del pollice	28%		23%
Perdita totale dell'indice	15%		13%
Perdita totale del medio		12%	
Perdita totale dell'anulare		8%	
Perdita totale del mignolo		12%	
Perdita della falange uneguale del pollice	15%		12%
Perdita della falange uneguale dell'indice	15%		12%
Perdita della falange uneguale del medio		5%	
Perdita della falange uneguale dell'anulare		3%	
Perdita della falange uneguale del mignolo		5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%		9%
Perdita delle due ultime falangi del medio		8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110 gradi e 75 gradi:			
a) in semipronazione	30%		25%
b) in pronazione	35%		30%
c) in supinazione	45%		40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%		20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%		50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:			
a) in semipronazione	40%		35%
b) in pronazione	45%		40%
c) in supinazione	55%		50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%		30%
Anchilosi completa dell'articolazione radiocarpica in estensione rettilinea	18%		15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:			
a) in semipronazione	22%		18%
b) in pronazione	25%		22%
c) in supinazione	35%		30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore, quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		16%	
Perdita totale del solo alluce		7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si da luogo ad			

alcuna indennità, ma dove concorra perdita di piu' dita ogni altro dito perduto è valutato il	3%
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%
Perdita totale della voce	35%

In caso di constatato mancinismo le percentuali stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto superiore sinistro e quelle del sinistro al destro.

Nei casi di invalidità permanente non specificati in questa tabella l'indennità è stabilita con riguardo alle percentuali dei casi elencati, tenendo conto della diminuita capacità generica dell'Assicurato al lavoro.

**TABELLA DI VALUTAZIONE DELLE MENOMAZIONI
DELL'ACUTEZZA VISIVA**

VISUS PERDUTO	VISUS RESIDUO	Indennità per l'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennità per l'occhio con acutezza visiva minore (occhio migliore)
1/10	9/10	1	2
2/10	8/10	3	6
3/10	7/10	6	12
4/10	6/10	10	19
5/10	5/10	14	26
6/10	4/10	18	34
7/10	3/10	23	42
8/10	2/10	27	50
9/10	1/10	31	58
10/10	0	35	65

Nota:

- In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
- La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
- Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di rifrazione.
- La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16%.
- In caso di afachia monolaterale:

con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10	15%
con visus corretto di 7/10	18%
con visus corretto di 6/10	21%
con visus corretto di 5/10	24%
con visus corretto di 4/10	28%
con visus corretto di 3/10	32%
con visus corretto inferiore a 3/10	35%
- In casi di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressochè uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15%, per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.
- In caso di minorazione di un organo o di un altro arto, le percentuali della tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

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 sopraindicate 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% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale.

L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà della percentuale stabilita per il pollice, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito di un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

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 di esercitare qualsiasi attività generica lavorativa, indipendentemente dalla sua professione.

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

In caso di provato e constatato mancinismo le percentuali di Invalidità Permanente riferite all'arto destro si intendono riferite all'arto sinistro e viceversa.

Per le persone fino a 65 anni di età, se l'infortunio ha per conseguenza lesioni al viso che determinano deturpazioni o sfregi permanenti, gli Assicuratori liquideranno una somma a titolo di ulteriore indennità per il rimborso delle spese documentate e sostenute per l'intervento cosmetico chirurgico riparatore fino ad un massimo di Euro 15.000.

Art. 20.1 – Franchigia per Invalidità Permanente

Salvo quanto diversamente indicato nella Scheda di Copertura, le somme assicurate per Invalidità Permanente da infortunio sono soggette ad una franchigia articolata come segue sulla somma assicurata:

OPZIONE A – con franchigia

Da Euro 0 e fino ad Euro 250.000:

- non verrà corrisposta alcuna indennità per invalidità permanenti accertate inferiori al 3%;
- verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente, se l'invalidità permanente accertata è superiore al 3%;
- verrà corrisposta l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia nel caso in cui l'invalidità permanente accertata sia di grado uguale o superiore al 10%.

Da Euro 250.001 e fino ad Euro 500.000:

- Non sarà corrisposta alcuna indennità per invalidità permanenti accertate non superiori al 5% della totale. Se invece l'invalidità è superiore al 5% della totale, verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente;

Da Euro 500.001 e fino ad Euro 750.000:

- Non sarà corrisposta alcuna indennità per invalidità permanenti non superiori al 10% della totale. Se invece l'invalidità è superiore al 10% della totale, verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente;

Oltre Euro 750.001:

- Non sarà corrisposta alcuna indennità per invalidità permanenti non superiori al 15% della totale. Se invece l'invalidità è superiore al 15% della totale, verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente.

OPZIONE B – senza franchigia

Da Euro 0 e fino ad Euro 150.000:

- non verrà applicata nessuna franchigia;

Da Euro 150.001 e fino ad Euro 250.000:

- Non sarà corrisposta alcuna indennità per invalidità permanenti accertate non superiori al 5% della totale. Se invece l'invalidità è superiore al 5% della totale, verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente;

Da Euro 250.001 e fino ad Euro 500.000:

- Non sarà corrisposta alcuna indennità per invalidità permanenti non superiori al 10% della totale. Se invece l'invalidità è superiore al 10% della totale, verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente;

Oltre Euro 500.001:

- Non sarà corrisposta alcuna indennità per invalidità permanenti non superiori al 15% della totale. Se invece l'invalidità è superiore al 15% della totale, verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente.

Qualora, in conseguenza di un infortunio, l'Assicurato riporti una Invalidità Permanente di grado superiore al 50% la somma assicurata per il caso Invalidità Permanente verrà liquidata al 100%.

Esempio di franchigia espressa in percentuale: OPZIONE A

- Franchigia 3%;
- Somma assicurata € 50.000;
- Invalidità permanente accertata 9%.

Viene liquidato un indennizzo di € 3.000 (ottenuto con il seguente conteggio: 9% - 3% = 6% da applicare sulla somma assicurata di € 50.000)

Esempio di franchigia espressa in percentuale: OPZIONE B

- Franchigia 0%;
- Somma assicurata € 50.000;
- Invalidità permanente accertata 9%.

Viene liquidato un indennizzo di € 4.500 (ottenuto con il seguente conteggio: 9% - 0% = 9% da applicare sulla somma assicurata di € 50.000)

Art. 21 – Cumulo di indennità

Se dopo il pagamento di una indennità per Invalidità Permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli Assicuratori corrisponderanno ai beneficiari designati o, in difetto alle altre persone indicate nell'Art. 27 Condizioni Generali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore, e non richiederanno il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente e Inabilità Temporanea 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, se non liquidata, dopo il consolidamento di uno stato di invalidità permanente obiettivamente verificabile o verificata e documentata nella sua entità, l'assicuratore paga agli eredi l'importo dovuto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 22 – Criteri di indennizzabilità

Gli Assicuratori corrisponderanno l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o perdita funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di liquidazione, di cui all'art. 20, saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 23 – Buona Fede

L'omissione da parte del Contraente/Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, semprechè ciò sia avvenuto in buona fede, non pregiudicheranno il diritto all'indennità, fermo restando il diritto degli Assicuratori, una volta venuti a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano state conosciute dagli Assicuratori o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità in corso).

Art. 24 – Limiti di età

L'Assicurazione non vale per le persone di età maggiore di 75 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'Assicurazione mantiene la sua validità fino alla scadenza annuale della polizza corrente.

Art. 25 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S., le persone sieropositive per H.I.V. o affette dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoidi. L'Assicurazione cessa con la diagnosi di una di tali affezioni, restando precisato che sono comunque escluse le conseguenze di questa prima diagnosi. Quando questa diagnosi comporti la cessazione della polizza durante il periodo di questa copertura gli Assicuratori rimborseranno la proporzione di premio relativa al periodo di copertura non goduto.

Art. 26 – Controversie sull'assicurabilità delle persone e sulle conseguenze delle lesioni

In caso di divergenza sull'assicurabilità delle persone ed ai sensi del precedente Art. 22 sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni e/o sul grado di Invalidità Permanente, le parti possono 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 di Medici avente giurisdizione del luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico dovrà risiedere nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato o al luogo di residenza del Broker/Corrispondente dei Lloyd's che gestisce la polizza.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà alle spese e competenze del 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.

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.

Per la risoluzione di eventuali controversie tra le Parti, l'Assicurato in alternativa a quanto precede, ha sempre facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria

Art. 27 - Beneficiari

Beneficiari in caso di morte ed in caso di Invalidità Permanente si intendono:

- in caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, salvo diversa dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato e rilasciata, ai competenti uffici degli Assicuratori;
- in caso di Invalidità Permanente gli Assicurati stessi, con l'intesa che le quietanze di liquidazione degli indennizzi dovranno essere sottoscritte sia dall'Assicurato che dal Contraente.

Art. 28 – Rischio volo

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi effettuati in qualità esclusiva di passeggero su velivoli ed elicotteri in genere.

Art. 29 – Tipologia di copertura

La presente polizza copre gli infortuni subiti dal Contraente / Assicurato come di seguito indicato e riportato nella scheda di copertura:

- I. Copertura agli infortuni extraprofessionali
L'Assicurazione vale esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolge senza carattere professionale.
Sulla scheda di copertura questa tipologia è menzionata con la lettera "E"
- II. Copertura agli infortuni professionali
L'Assicurazione vale esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolge con carattere di professionalità e durante il percorso dell'Assicurato dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa.
Sulla scheda di copertura questa tipologia è menzionata con la lettera "P"
- III. Copertura completa h24
L'Assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante lo svolgimento delle attività professionali o di ogni altra attività svolta senza carattere di professionalità.
Sulla scheda di copertura questa tipologia è menzionata con "h24"

GARANZIE AGGIUNTIVE

(Operanti solo se richiamate nella Scheda di copertura)

Art. 30 - Rimborso spese mediche da infortunio

Gli Assicuratori rimborseranno, sino alla concorrenza della somma indicata sulla scheda di copertura, per ogni sinistro e per anno assicurativo, le spese sostenute dall'Assicurato, rese necessarie a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza come di seguito indicato.

in caso di sinistro che comporti un ricovero, con o senza intervento chirurgico:

- a) gli onorari dei medici chirurghi e aiutanti in genere in caso di intervento;
- b) gli accertamenti diagnostici, le analisi di laboratorio e i relativi tickets;
- c) l'assistenza medica e i medicinali prescritti dal medico curante;
- d) le cure e i trattamenti fisioterapici e rieducativi (incluse le cure termali);
- e) le rette di degenza, esclusa ogni spesa di natura alberghiera;
- f) il trasporto dell'Assicurato dal luogo dell'infortunio all'Istituto di cura, con qualsiasi mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo, entro il limite del 20% della somma assicurata;
- g) i diritti di sala operatoria e materiale di intervento.

in caso di sinistro senza ricovero:

- a) gli onorari dei medici chirurghi;
- b) gli accertamenti diagnostici, le analisi di laboratorio e i relativi tickets;
- c) l'assistenza medica e i medicinali prescritti dal medico curante;
- d) le cure e i trattamenti fisioterapici e rieducativi in genere (incluse le cure termali), fino a concorrenza di un importo non superiore al 25% della somma assicurata con il limite massimo di € 15.000.
- e) il trasporto dell'Assicurato in autoambulanza o altro mezzo di soccorso, dal luogo dell'infortunio all'Istituto di cura, entro il limite del 15% della somma assicurata con il massimo di € 1.500.
- f) cure odontoiatriche e ortodontiche;
- g) protesi dentarie necessitate dalla perdita cruenta di uno o più denti, escluso rifacimento di protesi preesistenti, fino a concorrenza di un importo non superiore al 15% della somma assicurata con il limite massimo di € 10.000.

Art. 30.1 - Criteri di liquidazione

Gli Assicuratori effettueranno il pagamento di quanto dovuto su presentazione in originale dei documenti giustificativi, debitamente quietanzati e della certificazione medica (compresa l'eventuale cartella clinica completa).

A richiesta dell'Assicurato gli Assicuratori restituiranno i documenti giustificativi previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale dei predetti documenti per ottenere il rimborso, gli Assicuratori effettueranno il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza, su presentazione di una certificazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi saranno corrisposti in Italia, in valuta europea (Euro).

Il pagamento dell'indennizzo sarà effettuato, per ogni sinistro, con detrazione della franchigia di Euro 100,00 (cento).

Art. 31 – Diaria da ingessatura

Se a seguito di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, all'Assicurato sia stata applicata un'ingessatura, gli Assicuratori corrisponderanno l'indennità assicurata in polizza per ogni giorno in cui l'Assicurato stesso non sia stato in grado di attendere

autonomamente e totalmente alle occupazioni professionali principali e secondarie dichiarate, per un periodo massimo di 90 (novanta) giorni per ogni sinistro e per ogni anno assicurativo.

Detta indennità non è cumulabile con quella da ricovero per infortunio compresa l'eventuale indennità di convalescenza post-ricovero; nel caso di coesistenza viene riconosciuta quella più favorevole all'Assicurato.

Art. 31.1 - Criteri di liquidazione

Gli Assicuratori effettueranno il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza dietro presentazione dei documenti giustificativi che ne riportino l'esatta durata. La giornata di applicazione dell'ingessatura e quella di rimozione sono considerate un'unica giornata.

Art. 32 – Diaria da ricovero

Gli Assicuratori corrisponderanno l'indennità assicurata in polizza per ciascun giorno di degenza con pernottamento, in caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, reso necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza.

L'indennità verrà corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni, anche non consecutivi, per ogni ricovero.

Art. 32.1 - Day hospital

Gli Assicuratori corrisponderanno un'indennità pari al 50% di quella garantita in caso di ricovero anche nei casi di day hospital, quando questo si protragga per almeno 2 (due) giorni anche non consecutivi, sino ad un massimo di 15 (quindici) giorni per sinistro e per anno assicurativo a condizione che abbia riguardato prestazioni relative a terapie chirurgiche e mediche conseguenti ad infortunio indennizzabile a termini di polizza.

Sono esclusi i day hospital per visite specialistiche, analisi cliniche ed esami strumentali eseguiti ai soli fini diagnostici.

Art. 32.2 - Indennità di convalescenza post-ricovero

Gli Assicuratori corrisponderanno a seguito di ricovero che abbia determinato almeno 3 (tre) pernottamenti, un'indennità supplementare pari al 75% di quella garantita in caso di ricovero.

Detta indennità verrà corrisposta a decorrere dal giorno successivo a quello di dimissione dall'Istituto di cura e per un numero di giorni pari al doppio di quelli del ricovero con il massimo di 15 (quindici) giorni.

Art. 32.3 - Criteri di liquidazione

Gli Assicuratori effettueranno il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza su presentazione della cartella clinica completa rilasciata dall'Istituto di cura, dalla quale risulti la diagnosi circostanziata, il numero dei pernottamenti o dei giorni di day hospital. Per i ricoveri e i day hospital avvenuti all'estero l'indennità verrà corrisposta al rientro dell'Assicurato in Italia, in valuta europea (Euro).

Art. 33 – Inabilità temporanea da Infortunio

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- b) parzialmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennizzo per inabilità temporanea, che è corrisposto per il periodo della necessaria cura medica, decorre dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni ed è cumulabile con quelli dovuti per le altre garanzie indennizzabili a termini di polizza.

Art. 33.1 - Franchigia assoluta per inabilità temporanea

In caso di infortunio che determini un'inabilità temporanea resta inteso che:

- a) l'indennizzo sarà corrisposto dalle ore 24:00 del settimo giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato;
- b) è ridotta a 5 (cinque) giorni quando le prime cure mediche conseguenti all'infortunio siano prestate e certificate da Pronto Soccorso o da un presidio ospedaliero;
- c) è ridotta a 3 (tre) giorni qualora l'infortunio comporti un periodo di ricovero pari o superiore a tre giorni in Istituto di cura.

In caso di ritardata denuncia, le franchigie di cui sopra verranno computate a partire dal giorno successivo a quello della denuncia anziché a quello dell'infortunio.

Art. 33.2 - Modalità di valutazione del danno

Nel caso sorgessero divergenze sulla valutazione del danno relativo alla presente garanzia, la valutazione è demandata per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede 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 metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo. L'applicazione delle disposizioni contenute nel presente articolo è facoltativa per entrambe le Parti, qualora il Contraente debba essere considerato "consumatore" ai sensi dell'art. 3 del Codice del consumo (D.Lgs. 206/2005).

Art. 34 – Invalidità permanente da malattia

N.B.1 - La presente garanzia è concedibile ed operante solo se rilasciata congiuntamente alla garanzia Invalidità Permanente da infortunio.

N.B.2 - Le Condizioni Particolari che seguono prevalgono, in caso di discordanza, sulle Condizioni Generali della presente polizza.

Art. 34.1 – Oggetto dell'Assicurazione

Questa estensione è prestata esclusivamente per il caso di Invalidità Permanente conseguente a malattia diagnosticata unicamente durante il periodo di validità del presente contratto.

Art. 34.2 – Definizioni

È considerata malattia ogni alterazione corporale obiettivamente constatabile dello stato di salute non dipendente da infortunio e che sia diagnosticata per la prima volta durante il periodo di validità di questo contratto e che risulti in una Invalidità Permanente la quale deve essere accertata entro e non oltre due anni dalla data della denuncia.

È considerata Invalidità Permanente la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità lavorativa generica dell'Assicurato.

Art. 34.3 - ESCLUSIONI

In aggiunta a quanto già stabilito all'Art. 18, sono escluse dall'Assicurazione le Invalidità Permanenti derivanti, direttamente od indirettamente, da:

- a - malattie dell'Assicurato diagnosticate precedentemente alla stipulazione della presente polizza;
- b - intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici od uso, a scopo non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti, narcotici;
- c - dolo dell'Assicurato;

Art. 34.4 – Persone non assicurabili / L'Assicurazione non vale:

- a) per le persone di età superiore ai 64 (sessantaquattro) anni, mentre per quelle assicurate cessa automaticamente alla scadenza annuale del contratto immediatamente successiva al compimento del 64 (sessantaquattresimo) anno di età;
- b) per le persone affette da epilessia, tossicodipendenza, infermità mentali, alcolismo, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), o simili o correlate sindromi comunque esse siano state contratte e denominate.

L'Assicurazione cessa con la diagnosi di una delle predette condizioni, restando precisato che sono comunque escluse le conseguenze della prima diagnosi.

Art. 34.5 – Criteri e termini di liquidazione

- a) In caso di malattia che abbia per conseguenza una Invalidità Permanente di grado superiore al 24% (ventiquattroper cento) gli Assicuratori liquideranno una indennità calcolata sulla somma assicurata in base alla seguente tabella. Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado pari od inferiore al 24% della totale.

A = % INVALIDITA PERMANENTE ACCERTATA

B = % DA LIQUIDARE SULLA SOMMA ASSICURATA

A	B	A	B	A	B
Fino a	24%	Niente	38	35	52
25	9	39	37	53	65
26	11	40	39	54	67
27	13	41	41	55	69
28	15	42	43	56	71
29	17	43	45	57	73
30	19	44	47	58	76
31	21	45	49	59	79
32	23	46	51	60	82
33	25	47	53	61	85
34	27	48	55	62	88
35	29	49	57	63	91
36	31	50	59	64	94
37	33	51	61	65	97
			66 ed oltre		100

- b) La valutazione del grado di Invalidità Permanente verrà effettuata secondo quanto previsto dalla tabella annessa al Testo Unico sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, approvata con D.P.R. del 30/06/1965 n.1124 e successive modificazioni.

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 lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla propria attività o professione.

Per gli organi od arti che abbiano subito una minorazione, le percentuali di invalidità previste dalla tabella sopra citata con la perdita totale degli stessi vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta da detti organi o arti. La minorazione e/o perdita totale, anatomica o funzionale di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna menomazione, con il massimo del 100%.

Art. 34.6 – Accertamento dell'invalidità permanente da malattia

La prova dell'esistenza delle condizioni per la richiesta dell'indennità è a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dagli Assicuratori, fornire agli stessi ogni informazione e produrre ogni copia delle eventuali cartelle cliniche compilate e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno curato e visitato.

Art. 34.7- Diritto all'indennità

Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasferibile. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'invalidità sia stata liquidata o offerta in misura determinata, gli Assicuratori pagheranno ai beneficiari dell'Assicurato l'indennizzo valutato come previsto dal comma b) dell'art. 34.5 – Criteri e termini di liquidazione.

Art. 34.8 – Denuncia del sinistro e obblighi relativi

L'Assicurato deve denunciare al Broker/Corrispondente dei Lloyd's, a mezzo lettera raccomandata, il verificarsi di qualsiasi invalidità che, secondo parere medico, possa essere indennizzabile a termini di polizza. La denuncia deve essere effettuata entro 30 (trenta) giorni dal rilascio del relativo certificato ed in ogni caso non oltre 30 (trenta) giorni dopo la scadenza e/o recesso del presente contratto.

Gli Assicuratori si impegneranno ad accertare l'invalidità non prima che sia decorso 1 (uno) anno e non oltre i 2 (due) anni dalla data del timbro postale della lettera raccomandata di cui sopra.

Art. 35 – Contagio da HIV ed Epatite

(Valida esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolge con carattere di professionalità)

Nel caso in cui l'Assicurato dovesse subire un Infortunio nel corso della validità della presente Polizza, gli Assicuratori corrisponderanno all'Assicurato il capitale riportato nella scheda di copertura previa applicazione dei termini, le definizioni, esclusioni, condizioni della presente Polizza.

Art. 35.1 – Validità della copertura e procedura per la valutazione del danno

- a) L'Assicurato dovrà garantire la comunicazione immediata scritta agli Assicuratori di ogni circostanza che possa dar luogo a una richiesta di indennizzo;
- b) Ai fini della presente garanzia, la Persona Assicurata che ha subito un Infortunio è ritenuta infetta da HIV a termine della presente Polizza se e soltanto se:
1. entro un periodo di 24 ore successivo all'Infortunio la Persona Assicurata fa una formale denuncia dell'Infortunio medesimo all'ufficio del personale dell'Assicurato e alla persona responsabile all'interno dell'organizzazione dell'Assicurato;
 2. entro un periodo di 72 ore successivamente all'Infortunio stesso:
 - I. la Persona Assicurata si sottopone a un Test per HIV conforme ai criteri di laboratorio e clinici che rappresentano la prassi clinica standard vigente ed effettuato da personale autorizzato che dimostri che la Persona Assicurata che ha subito l'infortunio non è affetta da Virus HIV;
 - II. la Persona Assicurata dia comunicazione scritta all'Assicuratore dell'Infortunio subito.
 - III. entro un periodo di 3 mesi successivamente all'Infortunio stesso la Persona Assicurata si sottopone a un Test per HIV conforme ai criteri di laboratorio e clinici che rappresentano la prassi clinica standard vigente ed effettuato da personale autorizzato che dimostri che la Persona Assicurata che ha subito l'infortunio non è affetta da Virus HIV;
 - IV. entro un periodo di 7 mesi solari a partire dalla data dell'incidente stesso in seguito a successivi Test la Persona Assicurata venga per la prima volta diagnosticata come soggetto positivo a HIV da un'autorità competente con diagnosi conforme ai criteri di laboratorio e clinici che rappresentano la prassi clinica standard vigente.

Gli Assicuratori avranno la facoltà di fare effettuare una ripetizione dei Test da parte del proprio consulente medico.

- c) Qualora una Persona Assicurata diviene così infetta da HIV, la data della propria infezione sarà considerata, in assenza di dimostrazione contraria, la data dell'Infortunio non intenzionale di cui sopra.

Art. 35.2 – Liquidazione del danno

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso gli Assicuratori liquideranno l'indennità dovuta, ne daranno comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento. L'indennità viene corrisposta in Italia ed in valuta europea (Euro).

Art. 35.3 - ESCLUSIONI

In aggiunta alle esclusioni previste all'articolo 18, sono esclusi dalla presente garanzia gli infortuni derivanti direttamente o indirettamente da:

- a) suicidio, tentato suicidio o autolesione intenzionale, o azione delittuosa o sediziosa compiuta dalla/e persona/e assicurata/e;
- b) uso di sostanze stupefacenti, allucinogeni o simili non prescritto da ricetta medica di un dottore specialista o se prescritto non usato in conformità con la prescrizione;
- c) guida di veicoli o natanti per i quali l'Assicurato non sia in possesso della relativa abilitazione o dell'età prescritta dalla legge;
- d) attività che l'Assicurato svolga senza carattere professionale;
- e) contagio trasmesso per via sessuale e conseguente allo stile di vita dell'Assicurato

Inoltre:

- 1) Nessuna richiesta d'indennizzo a titolo della presente assicurazione sarà pagabile nei confronti di una Persona Assicurata che assuma o che abbia assunto narcotici per via endovena o sottocutanea diversamente dal corso normale di cure mediche secondo le prescrizioni di un medico debitamente abilitato;
- 2) Nessuna richiesta d'indennizzo a titolo della presente assicurazione sarà pagabile qualora questa fosse direttamente o indirettamente causata da o avvenisse con il contributo di una condizione medica conosciuta alla Persona Assicurata stessa al momento della sua prima elencazione a titolo di Persona Assicurata, salvo annotazione nel modulo dell'eventuale dichiarazione effettuata della condizione agli Assicuratori per iscritto, e l'accettazione concessa dagli Assicuratori stessi della copertura delle eventuali richieste derivanti da detta causa;
- 3) Nessuna richiesta sarà pagabile nei confronti di una Persona Assicurata che manca o si rifiuta di rendersi disponibile tempestivamente per visita medica da parte del consulente medico degli Assicuratori (ivi compreso il prelievo di campioni che il consulente medico possa ritenere necessario) ogni qualvolta questo fosse ritenuto necessario da parte del consulente medico stesso);
- 4) Nessuna richiesta d'indennizzo sarà pagabile nei confronti di una Persona Assicurata che manca o si rifiuta di rendersi disponibile tempestivamente agli Assicuratori e al loro consulente medico;

Art. 35.4 – Controversie sull'assicurabilità delle persone e sulle conseguenze delle lesioni

In caso di controversie di natura medica sulla natura o sull'esistenza dell'infortunio nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dalle condizioni di assicurazione, le parti si obbligano a conferire, per iscritto, 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 dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio stesso. Il Collegio Medico risiede, a scelta dell'Assicurato, nel Comune - sede di Istituto di Medicina Legale - più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, oppure più vicino al luogo in cui l'Assicurato ha eletto il proprio domicilio.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ciascuna delle parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

È data facoltà al Collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso, entro tre anni; in tal caso il Collegio potrà proporre una somma da computarsi nella liquidazione definitiva dell'infortunio.

Art. 36 – Supervalutazione Arti

(Valida esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolge con carattere di professionalità)

Le percentuali di invalidità permanente di cui all'art 20 sono parzialmente abrogate e sostituite da quelle qui di seguito riportate.

Resta inteso che, per perdite e menomazioni parziali degli arti superiori e per le percentuali qui non riportate, si intendono operanti quelle di cui al citato articolo.

Perdita totale, anatomica o funzionale:	DESTRO	SINISTRO
Del braccio o della mano	100 %	100 %

Del pollice	60 %	50 %
Della falange del pollice	40 %	35 %
Dell'indice	60 %	50 %
Della falange dell'indice	40 %	35 %
Del medio	30 %	25 %
Della falange del medio	20 %	15 %
Dell'anulare	15 %	10 %
Del mignolo	15 %	10 %
Percentuale massima per la perdita totale del pollice, indice e medio di una mano o di due delle dita anzidette	80 %	80 %
Della facoltà visiva di un occhio	50 %	
Della facoltà auditiva di ambedue le orecchie	75 %	
Della facoltà auditiva di un orecchio	20 %	

Art. 37 – Accesso ai cantieri

(Valida esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolge con carattere di professionalità)

Le garanzie di polizza s'intendono estese agli infortuni che subisce l'Assicurato accedendo all'interno di cantieri e/o siti.

Art. 37.1 - Criteri di liquidazione

Nel caso in cui, fra le garanzie colpite da sinistro, vi sia anche la garanzia Invalidità Permanente, gli Assicuratori effettueranno il pagamento di quanto dovuto applicando le seguenti franchigie:

Da Euro 0,00 e fino ad Euro 250.000:

- Non sarà corrisposta alcuna indennità per invalidità permanenti accertate non superiori al 5% della totale.
Se invece l'invalidità è superiore al 5% della totale, verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente;

Da Euro 250.001 e fino ad Euro 500.000:

- Non sarà corrisposta alcuna indennità per invalidità permanenti non superiori al 10% della totale.
Se invece l'invalidità è superiore al 10% della totale, verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente;

Oltre Euro 500.001:

- Non sarà corrisposta alcuna indennità per invalidità permanenti non superiori al 15% della totale.
Se invece l'invalidità è superiore al 15% della totale, verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente.

Clausola Sanzioni, Limitazioni ed Esclusioni

Gli Assicuratori non saranno tenuti a fornire copertura, non saranno obbligati ad indennizzare alcun Sinistro o a fornire alcuna prestazione in virtù del presente Contratto nella misura in cui la fornitura di tale copertura, pagamento di tale Sinistro o fornitura di tale prestazione esporrebbe gli Assicuratori a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche e commerciali, leggi o disposizioni dell'Unione Europea, Regno Unito o Stati Uniti d'America. (LMA 3100 - 15 settembre 2010)

Approvazione di incidenti informatici ed esclusione di atti informatici (incidenti personali e malattie)

Eventuali benefici per lesioni personali o malattie causate da o derivanti da un incidente informatico sono pagabili in base ai termini, alle condizioni, alle limitazioni e alle esclusioni di questa polizza.

Questa polizza non fornisce copertura in nessun caso per qualsiasi lesione fisica o malattia derivante direttamente o indirettamente da qualsiasi atto informatico.

Cyber Act indica un atto non autorizzato, dannoso o criminale o una serie di atti non autorizzati, dannosi o criminali, indipendentemente dal tempo e dal luogo, o la minaccia o l'inganno che implicano l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi Sistema informatico.

Incidente informatico significa:

1.1 qualsiasi errore o omissione o serie di errori o omissioni correlati che comportino l'accesso a, elaborazione, utilizzo o funzionamento di qualsiasi Sistema informatico; o

1.2 qualsiasi indisponibilità parziale o totale o fallimento o serie di indisponibilità parziale o totale o mancato accesso, elaborazione, utilizzo o funzionamento di qualsiasi Sistema Informatico.

Sistema informatico indica qualsiasi computer, hardware, software, sistema di comunicazione, dispositivo elettronico (inclusi, a titolo esemplificativo, smartphone, laptop, tablet, dispositivo indossabile), server, cloud o microcontrollore compreso qualsiasi sistema simile o qualsiasi configurazione dei suddetti e incluso qualsiasi input, output, dispositivo di archiviazione dati, attrezzatura di rete o struttura di backup associata, di proprietà o gestito dall'utente o da qualsiasi altra parte.

LMA5417

28 febbraio 2020

LIBERA TRADUZIONE

Precisazione incidenti informatici ed esclusione di atti informatici (infortuni e malattie personali)

Eventuali benefici per **lesioni o malattie personali** causate da o derivanti da un **incidente informatico** sono pagabili in base ai termini, alle condizioni, alle limitazioni e alle esclusioni di questa polizza.

Questa polizza non fornisce copertura in nessun caso per qualsiasi **lesione fisica o malattia** derivante direttamente o indirettamente da qualsiasi **Atto Informatico**.

Atto Informatico indica un atto non autorizzato, dannoso o criminale o una serie di atti non autorizzati, dannosi o criminali, indipendentemente dal tempo e dal luogo, o la minaccia o l'inganno che implicano l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi Sistema informatico.

Incidente informatico significa:

1.1 qualsiasi errore o omissione o serie di errori o omissioni correlati che comportino l'accesso a, elaborazione, utilizzo o funzionamento di qualsiasi **Sistema informatico**; o

1.2 qualsiasi indisponibilità parziale o totale o fallimento o serie di indisponibilità parziale o totale o mancato accesso, elaborazione, utilizzo o funzionamento di qualsiasi **Sistema Informatico**.

Sistema informatico indica qualsiasi computer, hardware, software, sistema di comunicazione, dispositivo elettronico (inclusi, a titolo esemplificativo, smartphone, laptop, tablet, dispositivo indossabile), server, cloud o microcontrollore compreso qualsiasi sistema simile o qualsiasi configurazione dei suddetti e incluso qualsiasi input, output, dispositivo di archiviazione dati, attrezzatura di rete o struttura di backup associata, di proprietà o gestito dall'utente o da qualsiasi altra parte.

LMA5417

28 febbraio 2020

CLAUSOLA DI LINGUA INGLESE

L'Assicurato dichiara di conoscere la lingua inglese e di avere quindi compiutamente ed inequivocabilmente compreso e valutato sia il contenuto letterale del presente contratto che la natura e l'estensione dei diritti e degli obblighi che le parti, ai sensi di esso, acquistano o si assumono.

NMA2336

Clausola Sanzioni, limitazioni ed esclusioni

Gli assicuratori non saranno tenuti a fornire alcuna copertura, indennizzare alcun reclamo o fornire alcun beneficio ai sensi del presente contratto nella misura in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale reclamo o la fornitura di tale beneficio esporrebbe gli assicuratori a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione derivante da qualsiasi risoluzione delle Nazioni Unite o sanzioni economiche e commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America. (LMA 3100 - 15 settembre 2010).

NOTA DI RECLAMI - ITALIA

Eventuali reclami dovranno essere indirizzati per iscritto a:

Ufficio Reclami
Lloyd's Insurance Company S.A.
Corso Garibaldi 86
20121 Milano
Fax: +39 02 6378 8857
E-mail: LloydsEurope.ServizioReclami@lloyds.com o LloydsEurope.ServizioReclami@pec.lloyds.com

La relativa decisione in merito sarà fornita per iscritto all'assicurato entro quarantacinque (45) giorni di calendario dalla presentazione del reclamo.

Qualora non si sia soddisfatti della risposta finale oppure se non si è ricevuto alcuna risposta finale entro quarantacinque (45) giorni di calendario dalla presentazione del reclamo, si avrà diritto a inoltrare il reclamo all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS). I dati di contatto sono i seguenti:

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS)
Via del Quirinale 21
00187 Roma
Italia
Telefono: 800 486661 (dall'Italia)
Telefono: +39 06 404 14 679 (dall'estero)
Fax: +39 06 42133 206
E-mail: tutela.consumatore@pec.ivass.it

Il sito IVASS contiene maggiori informazioni sulle modalità di presentazione del reclamo a IVASS e un modello di lettera che si può utilizzare. Di seguito il link:

www.ivass.it

In caso di acquisto di un contratto online è inoltre possibile presentare un reclamo attraverso la piattaforma UE per la risoluzione online delle controversie (ODR). Il sito della piattaforma ODR è il seguente www.ec.europa.eu/odr.

Il procedimento per dar seguito al reclamo di cui sopra lascia impregiudicato il diritto di intraprendere un'azione legale o un procedimento alternativo per la risoluzione della controversia, in conformità ai propri diritti contrattuali.

LBS0011D
26/04/2023

INFORMATIVA ASSICURATI

AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO N. 679/2016 E DEL D.LGS. N. 196/2003

Questa informativa viene resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo nr. 679/2016 ("Regolamento" o "GDPR") e del D.Lgs. nr. 196/2003 (di seguito "Codice della Privacy"), in materia di protezione dei dati personali da Lloyd's Insurance Company S.A. (di seguito "Lloyd's Europe"), società assicurativa belga con sede presso Bastion Tower, 5 Place du Champ de Mars / 5 Marsveldplein, (Bruxelles), nella persona del Rappresentante generale per l'Italia, domiciliato in Milano al Corso Garibaldi 86, quale Titolare del trattamento dei Suoi dati personali ai sensi della normativa applicabile

Secondo la normativa indicata, il trattamento dei Suoi Dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

1. Titolare della protezione dei dati

Titolare del trattamento è Lloyd's Insurance Company S.A., società assicurativa belga con sede presso Bastion Tower, 5 Place du Champ de Mars / 5 Marsveldplein (Bruxelles), nella persona del suo Rappresentante per l'Italia, domiciliato in Milano presso Corso Garibaldi, 86.

2. Finalità del trattamento dei dati e correlata base giuridica

Il trattamento è effettuato per lo svolgimento delle seguenti attività:

- a. Valutazione di eleggibilità vota alla sottoscrizione del rischio da parte di Lloyd's Europe: la base giuridica del trattamento è lo svolgimento di attività precontrattuale. Nel caso siano raccolti dati particolari la base giuridica del trattamento è il consenso;
- b. Espletamento delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione del contratto di assicurazione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui Lloyd's Europe è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge; la base giuridica del trattamento è lo svolgimento di attività contrattuale;
- c. Informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi di Lloyd's Europe, previo Suo consenso scritto; la base giuridica del trattamento è il Suo consenso.

3. Trattamento di categorie particolari di dati personali

In occasione delle operazioni di trattamento dei dati per le finalità di cui al punto 2, lett. (a), (b), Lloyd's Europe potrebbe venire a conoscenza anche di dati che la normativa definisce come appartenenti a categorie particolari di dati ai sensi dell'art. 9 GDPR: come, ad esempio, dati idonei a rivelare il Suo stato di salute. Le confermiamo che i Suoi dati particolari verranno trattati con la massima riservatezza e saranno utilizzate misure tecniche aggiuntive per garantirne la sicurezza in tutte le fasi del trattamento

La base giuridica del trattamento di questa categoria di dati è il suo consenso

4. Modalità del trattamento

Il Trattamento dei Suoi Dati avverrà mediante strumenti manuali, informatici, telematici ed in ogni caso mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza, la riservatezza.

I Suoi Dati personali saranno trattati da nostro personale specificamente formato in materia di protezione dei dati personali, e specificamente autorizzato a tal fine da parte del Titolare del trattamento.

5. Conservazione dei dati

I Suoi Dati saranno conservati rigorosamente per il tempo necessario a conseguire le finalità per le quali l'informazione è raccolta, in conformità con le leggi applicabili sulla protezione dei dati personali.

Venuta meno la necessità di utilizzo dei Suoi dati personali, gli stessi saranno rimossi da sistemi e registri Lloyd's Europe e/o saranno adottati provvedimenti per anonimizzarli in modo che Lei non possa più essere identificata tramite gli stessi.

6. Conferimento dei dati

La raccolta dei dati può essere effettuata presso l'interessato direttamente ovvero tramite società accreditate ad operare presso Lloyd's Europe, le quali svolgono per nostro conto compiti collegati alla intermediazione assicurativa (agenti, broker).

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a. obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, motorizzazione civile), limitatamente ai dati personali richiesti in forza di dette leggi, regolamenti o normativa comunitaria;
- b. obbligatorio per la conclusione di nuovi contratti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri; limitatamente ai dati personali contenuti nella modulistica in uso presso Lloyd's Europe;
- c. facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'assicurato stesso

7. Rifiuto di conferimento dei dati

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali:

- a. nei casi di cui al punto 2, lett. (a) e (b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- b. nel caso di cui al punto 2, lett. (c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità per Lloyd's Europe di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

8. Comunicazione dei dati

I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 2, lett. (a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assuntori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad es. banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; ad organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero delle Attività Produttive, AGCM, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ed altre banche dati nei confronti

delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione Civile e dei trasporti in concessione); altri enti pubblici.

Inoltre, i dati potranno essere comunicati in modo anonimizzato, ad enti pubblici in sede di partecipazione a bandi di gara, per fornire nostre referenze.

Tali soggetti operano quali autonomi titolari o quali responsabili ex art. 28 GDPR.

L'elenco di tali soggetti è disponibile presso la Filiale Italiana di Lloyd's Europe e può essere gratuitamente messo a conoscenza dell'interessato, mediante richiesta scritta all'indirizzo e-mail LloydsEurope.DataProtection@lloyds.com.

9. Trasferimento internazionale dei dati

I Suoi Dati potranno essere trasferiti a soggetti localizzati al di fuori dall'Unione Europea (a titolo esemplificativo e non esaustivo Canada, Regno Unito e Svizzera).

Il trasferimento dei Suoi Dati sarà quindi lecitamente effettuato sulla base:

- di decisioni di adeguatezza adottate da parte della Commissione Europea; oppure;
- di Standard Contractual Clauses ("SCC") adottate fra esportatore e importatore dei dati personali oggetto di trasferimento, secondo la documentazione e le indicazioni rilasciate in tema dalla Commissione Europea;
- del suo consenso espresso e informato circa i rischi inerenti al trasferimento; ciò in via residuale e solo qualora le precedenti casistiche di cui ai punti a) e b) non dovessero trovare applicazione.

10. Responsabile per la protezione dei dati

È possibile contattare il Responsabile per la Protezione dei Dati presso Lloyd's Europe utilizzando i dati di contatto inseriti di seguito:

Data Protection Officer
Lloyd's Insurance Company S.A. Place du Champ de Mars 5,
1050 Bruxelles, Belgium LloydsEurope.DataProtection@lloyds.com

11. Diritti dell'interessato

Lei ha il diritto di esercitare, in qualunque momento, i seguenti diritti in relazione ai Suoi Dati Personali oggetto di trattamento ai sensi della presente informativa, per come previsti e garantiti dal Regolamento e dal Codice della Privacy, tra cui (ove applicabile):

Diritto di accesso e rettifica (articoli 15 e 16 del GDPR): ha il diritto ad accedere ai Suoi dati personali e di chiedere che gli stessi siano corretti, modificati o integrati, potendo ottenere una copia dei dati in possesso del Titolare.

Diritto alla cancellazione dei dati (Art. 17 del GDPR): nei casi previsti dalla normativa vigente può chiedere la cancellazione dei Suoi dati personali. Ricevuta e analizzata la Sua richiesta, sarà cura del Titolare cessare il trattamento e cancellare i dati personali ove rinvenuta legittima.

Diritto di limitazione di trattamento (Art. 18 del GDPR): ha diritto di chiedere la limitazione del trattamento dei Suoi dati personali nel caso di trattamenti illeciti o contestazione dell'esattezza dei dati personali.

Diritto di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del trattamento (Art. 19 del GDPR): ha il diritto di veder comunicato a ciascuno dei destinatari cui sono stati trasmessi i Suoi dati personali le eventuali rettifiche o cancellazioni o limitazioni del trattamento effettuate a norma degli articoli 16, 17, par. 1, e 18 GDPR, salvo che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato. Il Titolare è tenuto a comunicareLe tali destinatari, qualora lo richieda.

Diritto alla portabilità dei dati (Art. 20 del GDPR): ha il diritto di chiedere di ottenere, da parte del Titolare del trattamento, i Suoi dati personali al fine di trasmetterli ad altro Titolare, nei casi previsti dall'articolo richiamato.

Diritto di proporre reclamo (Art. 77 del GDPR): ha il diritto di proporre reclamo innanzi alla competente Autorità Garante per la protezione dei Dati Personali qualora ritenga che sia avvenuta, o sia in corso, una violazione dei Suoi diritti in riferimento a(trattamento dei Suoi dati personali).

In aggiunta a quanto sopra, Lei ha diritto di revocare, in qualsiasi momento, il Suo consenso con riferimento alle attività di trattamento dei dati che trovano la loro base giuridica proprio sul Suo consenso.

Le richieste relative a all'esercizio uno o più dei diritti di cui sopra potranno essere rivolte al Titolare ovvero al DPO ai recapiti sopra indicati.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra, si richiede quindi di esprimere il consenso per i trattamenti dei dati strettamente necessari per le operazioni e i servizi richiesti e più precisamente per:

il trattamento e la comunicazione alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 3 della già menzionata informativa dei dati "particolari" per le finalità di cui al punto 2, lett. (a) dell'informativa e nelle modalità di cui al punto 4. La informiamo che i dati particolari oggetto del trattamento possono essere, ad esempio, dati personali idonei a rivelare lo stato di salute (*);

Data

Firma

lo svolgimento di attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato di cui al punto 2, lett. (c)

Data

Firma (facoltativa)

(*) Per specifici servizi che comportino la conoscenza da parte di Lloyd's Europe di ulteriori dati particolari (ad esempio, dati genetici e biometrici, relativi allo stato di salute, ecc.), verrà richiesto un consenso scritto di volta in volta.

QUESTIONARIO ASSUNTIVO / PROPOSAL FORM

Convenzione Prof. Tecnico/Giuridiche

1. **Contraente / Assicurato:**

Insured party / Company Name _____

Partita Iva e/o Codice Fiscale del Proponente

VAT number or fiscal code of Proposer _____

Indirizzo del Proponente

Address of proposer _____

Città /City _____ CAP/Post code _____ Provincia /Province _____

Professione: _____

2. **Assicurato se diverso dal Contraente:**

Insured if different from the Insured party _____

Partita Iva e/o Codice Fiscale del Proponente

VAT number or fiscal code of Proposer _____

Indirizzo del Proponente

Address of proposer _____

Città /City _____ CAP/Post code _____ Provincia /Province _____

3. **Garanzie richieste:**

GARANZIE		Opzione 1	Opzione 2	Opzione 3	Opzione 4	
1	Morte	€ 100.000	€ 200.000	€ 300.000	€ 500.000	
2	Invalità permanente	€ 100.000	€ 200.000	€ 300.000	€ 500.000	
3	Rimborso spese mediche	€ 2.500	€ 5.000	€ 7.500	€ 10.000	
4	I.T.	/	/	/	/	
Premio annuo lordo		€ 208,96	€ 417,90	€ 626,86	€ 1.070,86	
<i>Selezionare la combinazione desiderata</i>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
4	Ind.p/ricovero e gessatura	€ 25,00	€ 50,00	€ 75,00	€ 100,00	<i>Barra se desiderata</i>
<i>Premio annuo lordo garanzia</i>		+ € 52,23	+ € 104,48	+ € 156,71	+ € 208,95	<input type="checkbox"/>
5	Accesso ai cantieri	-	-	-	-	<i>Barra se desiderata</i>
<i>Premio annuo lordo garanzia</i>		+ € 32,65	+ € 58,77	+ € 91,41	+ € 156,71	<input type="checkbox"/>

4. **Soffrite di difetto alla vista o all'udito?**

Do you suffer from defects to sight or hearing?

Si/Yes

No

Se sì, fornire dettagli / If yes, please provide details

5. **Avete avuto infortuni e/o patologie negli ultimi 5 anni che vi hanno impedito di attendere alle Vostre normali occupazioni per periodi superiori ai 7 giorni negli ultimi 5 anni o Vi abbiano richiesto visite/o trattamenti medici o avete al momento altri sintomi che potrebbero necessitare visite in futuro?**

You have had injuries and / or illnesses in the last 5 years that have prevented you from carrying out your normal daily life for periods longer than 7 days in the last 5 years or have you requested medical examinations or treatment or had any other symptoms that may require examinations in the future?

Si/Yes

No

Se si, fornire dettagli / If yes, please provide details

6. **Vi è mai stata rifiutata, annullata, non rinnovata oppure accettata a condizioni speciali una assicurazione infortuni?**

Have you ever been refused, a policy cancelled, not renewed or accepted under special conditions, for Personal Accident insurance

Si/Yes

No

Se si, fornire dettagli / If yes, please provide details

7. **Avete situazioni da dichiarare sull'idoneità fisica utili all'Assicuratore per valutare l'assunzione del rischio?**

Do you have any situations to declare on your physical fitness that would be considered useful for the insurer to evaluate the acceptance of the risk?

Si/Yes

No

Se si, fornire dettagli / If yes, please provide details

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome di tutti gli Assicurandi:

- di prendere atto che questa Proposta non vincola nè gli Assicuratori nè il Proponente alla stipula del contratto di Assicurazione;
- che le informazioni rese sul presente modulo sono veritiere e complete;
- che nessuna compagnia assicurativa ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare una copertura assicurativa relativa alla sua copertura Infortuni e Malattia;
- di non aver sottaciato alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;

DECLARATION

The undersigned/proposer declares on their own behalf and on behalf of all other insured persons:

- of taking note that this proposal does not bind the Insurer or the proposer to the agreement of the contract of Insurance
- that the information provided in this module are true and complete
- that no insurance company has ever cancelled or refused to provide cover or renew an insurance policy relating to P.A. and Sickness cover.
- of not having omitted any element relevant for the assessment of risk

Il CONTRAENTE/ASSICURATO dichiara di aver preso visione del Se informativo redatto ai sensi del regolamento IVASS art. 41 del 2/08/2018 composto da: DIP, DIP Aggiuntivo, Glossario, condizioni generali di assicurazione.

THE INSURED PARTY declares of having seen and understood the information booklet created in accordance with the IVASS regulations art. 41 2/08/2018 and composed of: DIP, DIP Aggiuntivo, glossary, general conditions of insurance.

Data /Date _____

Firma /Signature _____

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni delle Condizioni Particolari elencate nella Scheda di Copertura.

In accordance with Articles 1322, 1341 and 1342 C.C The undersigned/proposer declares of specifically of agreeing with the provision of the Conditions listed in the Schedule of Cover.

Data/Date _____

Firma/Signature _____

Il presente questionario ha validità 30 giorni dalla data di validazione/compilazione, scaduti i quali, in caso di emissione contrattuale, l'assicurando dovrà firmare e compilare una dichiarazione senza sinistri (No Claims Declaration).

This Proposal Form is valid for 30 days from the date of assessment/completion, expiring in the case of issuing of contract when the Insured will have to complete and sign a No Claims Declaration