

Assicurazione per gli Infortuni e Malattia



Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Documento predisposto a cura di LLOYD'S Insurance Company S.A. registrato in Belgio. LLOYD'S Insurance Company S.A. è autorizzato da Banca Nazionale del Belgio. Numero di registrazione: 3094

Il presente documento fornisce un riepilogo della copertura assicurativa, delle esclusioni e restrizioni. I termini e le condizioni integrali della presente assicurazione, compresi i limiti generali di polizza, possono essere consultati nel documento di polizza, ottenibile a richiesta presso il proprio intermediario assicurativo. Presso il proprio intermediario assicurativo sono disponibili anche altre informazioni precontrattuali.

Che tipo di assicurazione è?

E' una polizza che assicura le persone per gli infortuni (e la malattia, se richiamata) durante l'attività professionale ed extraprofessionale, o solo professionale (se richiesto dall'assicurato) o solo extraprofessionale (se richiesto dall'assicurato). Può essere sia in forma Individuale o Collettiva (per gruppi di persone).

	Che cosa è assicurato?		Che cosa non è assicurato?
<p>Garanzie di copertura (se selezionate)</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Morte: una somma assicurata prestabilita ai beneficiari indicati in polizza in caso di premorienza per infortunio✓ Invalidità Permanente: una somma assicurata prestabilita a fronte della perdita definitiva, totale o parziale della capacità lavorativa a seguito di infortunio✓ Inabilità Temporanea da Infortunio: una somma assicurata prestabilita a fronte dell'impossibilità di svolgere la propria occupazione per infortunio per un periodo di tempo limitato✓ Indennità giornaliera da Ricovero per Infortunio: una somma assicurata prestabilita in caso di ricovero presso un istituto di cura✓ Indennità giornaliera da Ingessatura: una somma assicurata prestabilita in caso di gessatura o apparecchio immobilizzante a seguito di infortunio.✓ Indennità giornaliera da convalescenza a seguito di ricovero: una somma assicurata prestabilita in conseguenza di un ricovero ospedaliero per infortunio✓ Rimborso Spese Mediche da Infortunio: una somma assicurata prestabilita per le spese sostenute, rese necessarie a seguito di ricovero✓ Invalidità Permanente conseguente a Malattia: una somma assicurata prestabilita a fronte della perdita definitiva, totale o parziale della capacità lavorativa a seguito di Malattia.✓ Indennità giornaliera in caso di ricovero da malattia: una somma assicurata prestabilita in conseguenza di un ricovero ospedaliero per infortunio. <p>Solo per i Medici e il personale Sanitario:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Contagio accidentale da HIV, Epatite B e C: Protegge il personale Sanitario da eventuali contagi di queste patologie durante lo svolgimento dell'attività professionale.		<p>Sono esclusi dall'Assicurazione gli infortuni derivanti da:</p> <ul style="list-style-type: none">✗ suicidio, tentato suicidio o autolesione intenzionale, o azione delittuosa o sediziosa compiuta dalla/e persona/e assicurata/e;✗ 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;✗ guida di veicoli o natanti per i quali l'Assicurato non sia in possesso della relativa abilitazione o dell'età prescritta dalla legge;✗ partecipazione a competizioni sportive professionali, corse o gare, salvo che si tratti di gare automobilistiche di regolarità pura, regate veliche o raduni cicloturistici o altre manifestazioni di carattere ricreativo che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore;✗ pratica a qualunque titolo di paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere;✗ pratica di alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., speleologia, caccia a cavallo, concorsi ippici, la pratica di rugby, boxe o qualunque altra forma di arte marziale;✗ ogni forma di malattia non inclusa nel precedente Art. 12; in qualsiasi caso la morte dell'Assicurato dovuta a malattia è esclusa da questa Assicurazione.✗ gli infarti.✗ stato di guerra ed attività terroristica.✗ l'attività subacquea con l'uso di apparato respiratorio ad eccezione di quella effettuata ad una profondità non superiore ai 30 metri ed in compagnia, in qualsiasi momento, di un altro subacqueo.✗ le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da un infortunio.✗ sono totalmente esclusi i sinistri direttamente o indirettamente risultanti dalla partecipazione ad: ice hockey, alla guida di luge o skeleton o di slitta trainata da cani; inoltre il salto con gli sci, lo sci acrobatico, il bob sledding e lo sci-joring. <p>Esclusione per contaminazione Nucleare Questa Assicurazione esclude qualsiasi sinistro direttamente o indirettamente conseguente o causato da:</p> <ul style="list-style-type: none">✗ radiazioni ionizzanti o contaminazioni radioattive derivanti da qualsiasi combustibile nucleare o da qualsiasi scoria nucleare derivante dalla combustione del propellente di cui sopra;✗ esplosioni radioattive tossiche o altre proprietà pericolose di qualsiasi altro assemblaggio nucleare o componente nucleare del detto assemblaggio, indipendentemente da come la emissione o esplosione si sia verificata.	



Ci sono limiti di copertura?

Principali limitazioni:

- ! 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 di copertura;
 - limiti massimi di età dell'assicurato



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale per i sinistri che avvengono nel mondo intero



Che obblighi ho?

Principali 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
- In caso di sinistro occorre comunicare agli Assicuratori eventuali altre polizze per gli stessi rischi
- 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 devo pagare?

- Il premio è dovuto alla data di decorrenza della copertura.
- Salvo diversa indicazione nella Scheda di Copertura, il Premio è dovuto con periodicità annuale.
- I mezzi di pagamento del Premio consentiti dall' Assicuratore sono i seguenti: ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico che abbiano quale beneficiario l' Assicuratore oppure l'intermediario da questi incaricato, espressamente in tale qualità, o il Coverholder..



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- L'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno concordato ed indicato nella Scheda di polizza, se è stato pagato il premio, altrimenti decorrerà dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio. L'assicurazione termina alle ore 24 del giorno di scadenza.
- La durata del presente contratto è di 12 mesi, salvo se diversamente indicato nella Scheda di Copertura.



Come posso disdire la polizza?

- Non è previsto il tacito rinnovo, pertanto non occorre disdire la polizza.

Assicurazione per gli Infortuni e la Malattia

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

Compagnia assicurativa: **Lloyd's Insurance Company S.A.**
Product: Polizza Infortuni, Malattie e Garanzie Accessorie
Numero di versione di DIP Aggiuntivo Danni: prima versione
Data di realizzazione del DIP Aggiuntivo Danni: 14 marzo 2024
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.lloydsbrussels.com

E-mail: lloydsbrussels@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 ed in Libera Prestazione di Servizi. La sede legale della Lloyd's Insurance Company S.A. in Italia è Corso Garibaldi 86, Milano 20121.

E-mail: informazioni@lloyds.com

Telefono: +39 02 6378 8870

Il patrimonio azionario di Lloyd's Insurance Company S.A. è di EUR 201.412.500,00, ed è interamente capitale sociale. Il requisito patrimoniale di solvibilità della società (SCR) è pari a EUR 23.686.189,54 e l'importo dei fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR è pari a EUR 169.168.344,09. Il coefficiente di solvibilità della società è pari al 714%. Il suo requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a EUR 5.921.547,39 e l'ammontare dei fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR è di EUR 165.615.415,66. La relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria di Lloyd's Insurance Company S.A. è disponibile su www.lloydsbrussels.com/about/lloyds-brussels-hub/

Al contratto si applica la legge Italiana.



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto riportato nel DIP Danni, sono comprese in garanzia, a titolo esemplificativo e non limitativo, e subordinatamente alle condizioni ed esclusioni previste dalla polizza, sono considerati infortuni anche:

- le lesioni sofferte in occasione di aggressioni, vandalismo, rapina ed atti violenti in generale a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte volontaria o attiva;
- gli infortuni provocati da qualsiasi evento naturale (quali ad esempio: terremoto, tempeste, eruzioni vulcaniche, franamento del terreno e simili).
- gli infortuni derivanti dall'uso e guida di veicoli e natanti in genere, compresi mezzi di terzi e/o pubblici (salvo quanto disposto nell'art. 14 - Esclusioni lettera c) ed d));
- gli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei in qualità di puro passeggero nei limiti e nei termini di quanto disposto nelle Condizioni Generali di Assicurazione;
- i colpi di sole e di calore, la disidratazione, l'assideramento e il congelamento, le vertigini nonché, in genere, gli effetti della temperatura esterna, degli agenti atmosferici e di altre influenze termiche ed atmosferiche;
- l'asfissia dovuta ad involontaria aspirazione di gas o vapori;
- l'avvelenamento, le intossicazioni e le lesioni prodotte dall'ingestione accidentale di cibi o dall'assorbimento di bevande o sostanze in genere;
- i morsi ed i calci, le punture e le ustioni provocate da animali, insetti e vegetali (con esclusione però delle malattie da essi direttamente o indirettamente provocate)
- le infezioni, comprese quelle tetaniche, conseguenti ad infortuni risarcibili a termini di polizza;
- l'annegamento;
- le lesioni muscolari e tendinee determinate da sforzi (escluso infarto e colpi apoplettici) e le ernie traumatiche;
- 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;
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza (purché non alla guida di veicoli, motoveicoli o natanti), di malore e di incoscienza;
- gli infortuni 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;
- gli Assicuratori 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;
- gli infortuni subiti in occasione di dirottamento o pirateria aerea;
- gli infortuni subiti durante la pratica non professionale di qualsiasi sport eccettuati quelli specificatamente esclusi all'Art. 14 Esclusioni;
- Ernie da sforzo Art. 13;
- Rischio Guerra Art. 15;
- Attività Terroristica Art. 15 BIS;
- Anticipo Indennizzi Art. 20.

Estensioni gratuite previste con la garanzia Invalidità Permanente da Infortunio:

- Lesioni al viso che determinano deturpazioni o sfregi permanenti (non derivanti da ustione);
- Qualità della vita;
- Adattamento abitazione e mezzo di trasporto;
- Ustioni.

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?	
OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO	
Limitazione dell'assicurazione ai soli rischi professionali	E' possibile limitare la copertura agli infortuni subiti nello svolgimento della propria attività professionale indicata in polizza. L'opzione prevede uno sconto.
Limitazione dell'assicurazione ai soli rischi extraprofessionali	E' possibile limitare la copertura agli infortuni subiti nella vita privata e nel tempo libero. L'opzione prevede uno sconto.
Aumento delle franchigie	E' possibile concordare franchigie più alte rispetto a quelle previste nelle Condizioni di Polizza per ogni singolo rischio, con l'applicazione dello sconto.
<p>Riduzione dei Premi per determinate professioni esercitate in qualità di Amministratore o Dirigente – Dipendente o Libero Professionista (applicazione di uno sconto dal 20% al 42%, variabile per le tipologie di garanzie scelte).</p> <p>E' possibile concordare delle riduzioni per Convenzioni.</p>	<p>La riduzione dei premi è applicabile alle seguenti professioni:</p> <p>Area Tecnica: Ingegnere, Architetto, Geologo, Perito Industriale, Geometra, Perito Agrario, Agronomo, Forestale, Agrotecnico, Certificatore Energetico, Interior Design, Consulente Energetico, Consulente Gestionale, Tecnico del controllo qualità, Biotecnologo agrario, Botanico, Tecnologo Alimentare, Chimico</p> <p>Area Economico-Giuridica: Commercialista, Consulente del Lavoro, Tributarista, Revisore, Operatore Centro Elaborazione Dati, Avvocato</p> <p>Area Sanitaria: Medico, Dentista, Veterinario, Biologo, Farmacista, Infermieri, Assistente Sanitario, Dietista, Educatore Professionale, Fisioterapista, Igienista Dentale, Logopedista, Odontotecnico, Ortottista e Assistente di Oftalmologia, Ostetrica, Podologo, Tecnico Audiometrista, Tecnico Audioprotesista, Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Tecnico di neurofisiopatologia, Tecnico fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, Tecnico Ortopedico, Tecnico Sanitario di laboratorio biomedico, Tecnico Sanitario di Radiologia Medica, Terapista della Neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Terapista occupazionale</p> <p>Area Finanziaria Assicurativa: Agente di Assicurazioni, Agente in Attività Finanziaria, Broker Assicurativo, Intermediario Assicurativo iscritto alla sez. E del RUI, Mediatore Creditizio, Operatore – Dipendente di Banca</p> <p>Altre Professioni: Agente Immobiliare, Arredatore, Assistente Sociale, Attuario, Farmacologia, Operatore socio sanitario, Ottico, Psicologo.</p>
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
TABELLA "SCALA 225%"	Tabella specifica di maggiorazione Indennità per Invalidità Permanente da Infortunio in sostituzione della TABELLA "A"- INAIL, dove viene previsto l'indennizzo sino al 225% del Capitale Assicurato.
TABELLA "B"	Tabella specifica di super valutazione per Invalidità Permanente da Infortunio che sostituisce la Tabella "A" – INAIL per alcune tipologie di lesioni.
TABELLA "B - EXTRA" Solo per Medici e Medici Dentisti	Tabella specifica di super valutazione per Invalidità Permanente da Infortunio che sostituisce la Tabella "A" – INAIL per alcune tipologie di lesioni
Accesso ai cantieri	Estensione di copertura per l'attività svolta anche presso i cantieri e/o siti e/o clienti.

**Che cosa NON è assicurato?**

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite con il DIP Danni - Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo.

**Ci sono limiti di copertura?**

Ad integrazione di quanto descritto nel DIP Danni ed a maggior chiarimento dello stesso, viene precisata la franchigia di base:

- L'indennizzo per Invalidità Permanente da Infortunio viene determinato applicando la franchigia del 3% sulla somma assicurata fino ad € 500.000, del 5% sulla somma assicurata che eccede € 500.000,00 e fino a € 1.000.000, del 10% sulla somma assicurata che eccede € 1.000.000 e fino a € 1.500.000, del 15% sulla somma assicurata che eccede € 1.500.000 fino a € 2.000.000, del 20% sulla somma che eccede € 2.000.000.
- L'inabilità temporanea da infortunio 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, con l'applicazione di una franchigia di 7 giorni.
- L'indennità giornaliera in caso di ricovero per infortunio viene erogata per un massimo di 180 giorni e in caso di day hospital viene erogata al 50%. Non viene applicata la franchigia.
- L'indennità giornaliera da ingessatura o altro presidio terapeutico che comporti una immobilizzazione rigida (che non può essere rimosso autonomamente dall'assicurato), viene erogata per un massimo di 90 giorni per sinistro e per anno assicurativo. Detta indennità non si cumula con i giorni del ricovero. Si applica una franchigia di 5 giorni.
- L'indennità giornaliera da convalescenza e seguito di ricovero viene erogata per un massimo di 90 giorni per evento. L'indennità non si cumula con l'indennità giornaliera da ingessatura. Non si applica la franchigia.
- La garanzia rimborso spese mediche da infortunio, prevede il rimborso delle spese mediche sostenute in Istituto di cura pubblico o privato (ma regolarmente riconosciuto). La somma assicurata rappresenta il massimo esborso, nel corso dell'anno, a cui l'Assicuratore sarà tenuto qualsiasi sia il numero dei sinistri. Per ogni sinistro si applica una franchigia di € 75. La presente garanzia include, gratuitamente, anche le cure dentarie da infortunio e il rimborso spese per psicoterapia.
- L'indennizzo per Invalidità permanente da malattia viene calcolato applicando una franchigia del 24%, che si riduce secondo la tabella prevista, fino ad essere eliminata per una invalidità accertata pari ad almeno il 66%.
- L'indennità giornaliera in caso di ricovero da malattia, operante solo se rilasciata congiuntamente alla garanzia invalidità permanente da malattia, viene corrisposta per un massimo di 90 giorni, con l'applicazione di una franchigia di 7 giorni.




Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?


Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: 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 all'Intermediario o al Coverholder dell'Assicuratore, entro 30 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità / conoscenza, questo ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile.
	Assistenza diretta / in convenzione: Non sono previste prestazioni fornite direttamente all'Assicurato da enti o strutture convenzionate con l'Assicuratore.
	Gestione da parte di altre imprese: la trattazione del sinistro potrà avvenire per il tramite del Loss Adjuster incaricato dall' Assicuratore.
	Prescrizione: i diritti derivanti 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	Ad integrazione di quanto riportato dal DIP Danni, si precisa che l'Assicuratore ha determinato il Premio in base alle dichiarazioni dell'Assicurato riportate nella Proposta/Questionario di assicurazione. Le dichiarazioni inesatte e/o le reticenze dell'Assicurato relative a Circostanze tali che l'Assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono regolate dagli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile i quali prevedono la totale o parziale perdita del diritto all'Indennizzo. Tali disposizioni si applicano anche ad ogni estensione, appendice, proroga o rinnovo della presente Polizza.
Obblighi dell'impresa	L' Assicuratore provvederà al pagamento dell'Indennizzo nel termine di 60 giorni dalla data dell'atto di liquidazione debitamente sottoscritto dall'Assicurato.





Quando e come devo pagare?

Premio	Ad integrazione di quanto riportato dal DIP Danni, si precisa che Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno stabilito in Polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. Se alle scadenze convenute il Contraente / Assicurato non paga i premi successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello di scadenza, e riprende dalle ore 24 del giorno del pagamento.
Rimborso	Il premio verrà rimborsato al Contraente, al netto delle imposte e per la quota relativa alla copertura assicurativa non goduta, in caso di anticipata risoluzione della polizza per motivi diversi dal mancato pagamento del premio.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Se il Contraente o l'Assicurato non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo alla scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Il contratto non prevede il diritto del Contraente di recedere dal contratto entro un determinato termine dalla stipulazione.
Risoluzione	Al contratto si applica la disciplina legale in materia di risoluzione.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
<ul style="list-style-type: none"> - Polizze Individuali: a tutte le persone che svolgono un'attività di libero professionista o di dipendente o di dirigente o di amministratore, compreso benestanti e casalinghe. Condizioni specifiche per alcune tipologie di attività. - Polizze collettive (anche per durate limitate): per nuclei familiari, per gruppi omogenei di qualsiasi tipo di attività. Prodotto, con condizioni specifiche, per i Consiglieri di Ordini-Collegi, di Federazioni, di Consulte, di Fondazioni, e loro dipendenti-collaboratori, Componenti dei Consigli di Disciplina. 	

 Quali costi devo sostenere?	
Il premio pagato dal Contraente è comprensivo delle provvigioni riconosciute a tutti gli intermediari, fino ad un massimo del 29,50% del premio netto.	

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 E-mail: lloydsbrussels.servizioreclami@lloyds.com o lloydsbrussels.servizioreclami@pec.lloyds.com</p> <p>Conferma di ricezione verrà fornita per iscritto tempestivamente. Un riscontro scritto al reclamo verrà fornito entro 45 (quarantacinque) giorni 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 dal 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)</p>

	<p>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>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
<p>Mediazione</p>	<p>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)</p>
<p>Negoziazione assistita</p>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.</p>
<p>Altri sistemi alternative di risoluzione delle controversie</p>	<p>In caso di controversia tra Assicurato ed Assicuratore sulla natura della Richiesta di Risarcimento e sull'operatività della presente Polizza si dovrà ricorrere ad Organismo di mediazione ai sensi del D.lgs. n.28/2010. A tal fine l'Assicurato proporrà all'Assicuratore il nominativo di almeno 5 (cinque) Organismi di Conciliazione registrati presso il Ministero della Giustizia.</p> <p>Qualora il tentativo di mediazione non andasse a buon fine si ricorrerà ad un arbitro rituale, ai sensi dell' art. 809 e seguenti del Codice di Procedura Civile, composto da tre arbitri uno nominato dall'Assicurato, uno dall'Assicuratore e il terzo arbitro sarà nominato dai primi due o in caso di disaccordo dal Presidente del Tribunale della Circoscrizione presso cui risiede (ovvero abbia sede legale) l'Assicurato. L'arbitrato dovrà svolgersi in Italia. Ciascuna delle Parti risponde delle spettanze del proprio arbitro e della metà di quelle del terzo arbitro. Le decisioni del Collegio arbitrale sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di Legge e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei suoi componenti si rifiuti di firmare il relativo verbale.</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, LEGGA 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 NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA, NE' UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO

Lloyd's Insurance Company S.A.

POLIZZA INFORTUNI MALATTIE E GARANZIE ACCESSORIE

L'Assicuratore del presente contratto assicurativo è Lloyd's Insurance Company S.A..

Lloyd's Insurance Company S.A. è una società a responsabilità limitata belga (société anonyme / naamloze vennootschap) con sede legale · Bastian Tower, Marsveldplein 5, 1050 Bruxelles, Belgio, e registrata presso la Banque-Carrefour des reprises / Kruispuntbank van Ondernemingen con il numero 682.594.839 RLE (Bruxelles). È una società assicurativa soggetta alla supervisione della Banca Nazionale del Belgio. Il numero, o i numeri, di registrazione dell'impresa e altre informazioni sono disponibili su www.nbb.be.
Sito web: www.lloyds.com/brussels. E-mail: enquiries.lloydsbrussels@lloyds.com

Il presente contratto è rilasciato dalla sede italiana di Lloyd's Insurance Company S.A., sita in Corso Garibaldi 86, 20121 Milano e registrata presso la Camera di Commercio di Milano con il numero REA MI2540259. Codice fiscale 10548370963. E-mail: informazioni@lloyds.com. Tel: +39 02 6378 8870.



Contratto redatto sulla base delle Linee Guida emanate dal Tavolo Tecnico ANIA – ASSOCIAZIONE CONSUMATORI – ASSOCIAZIONE INTERMEDIARI per la semplificazione dei contratti assicurativi
“Contratti Semplici e Chiari”

POLIZZA INFORTUNI MALATTIE E GARANZIE ACCESSORIE

**Contratto redatto sulla base delle Linee Guida emanate dal Tavolo Tecnico
ANIA – ASSOCIAZIONE CONSUMATORI – ASSOCIAZIONE INTERMEDIARI
per la semplificazione dei contratti assicurativi
“Contratti Semplici e Chiari”**

Le presenti condizioni di polizza sono redatte **anche** in base alle disposizioni dell'art. 166 comma 2 del Nuovo Codice delle Assicurazioni Private (D.Lgs. n. 209/2005) che stabilisce “le clausole che indicano decadenza, nullità o limiti delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono riportate mediante “**caratteri di particolare evidenza**”.

INDICE ARTICOLI

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1	DECORRENZA DELL'ASSICOURAZIONE	pag. 4
Art. 2	DIMINUZIONE O AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO	pag. 4
Art. 3	RECESSO A SEGUITO DI SINISTRO	pag. 4
Art. 4	ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI	pag. 5
Art. 5	ONERI FISCALI	pag. 5
Art. 6	FORO COMPETENTE	pag. 5
Art. 7	DOMANDE GIUDIZIALI	pag. 5
Art. 8	VALITITA' TERRITORIALE	pag. 5
Art. 9	RINNOVO DEL CONTRATTO	pag. 5
Art. 10	LIQUIDAZIONE	pag. 5
Art. 11	RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA	pag. 5
Art. 12	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	pag. 6
Art. 13	ERNIE DA SFORZO	pag. 7
Art. 14	ESCLUSIONI	pag. 7
Art. 15	ESTENSIONE RISCHIO GUERRA	pag. 8
Art. 15 BIS	ESTENSIONE ATTIVITA' TERRORISTICA	pag. 8

Art. 16	MORTE, MORTE PRESUNTA E RIMPATRIO DELLA SALMA	pag. 8
Art. 17	INVALIDITA' PERMANENTE	pag. 9
Art. 17 BIS	FRANCHIGIA PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO	pag. 11
Art. 18	CUMULO DI INDENNITA'	pag. 11
Art. 19	CRITERI DI INDENNIZZIBILITA'	pag. 12
Art. 20	ANTICIPO INDENNIZZI	pag. 12
Art. 21	BUONA FEDE	pag. 12
Art. 22	LIMITI DI ETA'	pag. 12
Art. 23	PERSONE NON ASSICURABILI	pag. 12
Art. 24	DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI	pag. 13
Art. 25	CONTROVERSIE SULL'ASSICURABILITA' DELLE PERSONE E SULLE CONSEGUENZE DELLE LESIONI	pag. 13
Art. 26	BENEFICIARI	pag. 13
Art. 27	RISCHIO VOLO	pag. 14
Art. 28	CONCENTRAZIONE	pag. 14
Art. 29	CLAUSOLA PROCEDURA PER I RECLAMI SU POLIZZE LINEA PERSONE	pag. 14
Art. 30	EMBARGHI E SANZIONI	pag. 14
Art. 31	GESTIONE DELLA POLIZZA – CLAUSOLA BROKER	pag. 14
	TABELLA "A" - INAIL	pag. 16

CONDIZIONI SPECIALI

(Valide solo se richiamate nella Scheda di Copertura)

Art. 1	TABELLA "SCALA 225%" – SPECIFICA DI MAGGIORAZIONE INDENNITA' PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO – CALCOLO DELLA INDENNITA' MAGGIORATA – CRITERI E TERMINI DI LIQUIDIZIONE	pag. 20
Art. 2	TABELLA "B" – SPECIFICA DI SUPER VALUTAZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO	pag. 21
Art. 2 BIS	TABELLA "B – EXTRA" – SPECIFICA DI SUPER VALUTAZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO	pag. 22
Art. 3	INDENNIZZI ALLA CONTRAENTE	pag. 22
Art. 4	LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI	pag. 23
Art. 5	LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI PROFESSIONALI	pag. 23

CONDIZIONE SPECIALE AGGIUNTIVA

Contagio Accidentale da HIV – Epatite
 (Valide se richiamate nella Scheda di Copertura e se ne sia stato
 corrisposto il relativo premio addizionale)

DEFINIZIONI

Art. 1	Limitazione dell'Assicurazione agli Infortuni Professionali	pag. 24
Art. 2	Condizioni di efficacia del contratto e procedura per la valutazione del danno	pag. 24
Art. 3	Ulteriori esclusioni	pag. 25

CONDIZIONI AGGIUNTIVE

(Valide se espressamente indicate nella Scheda di Copertura e se ne sia
 stato corrisposto il relativo premio addizionale)

Art. 1	INABILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNIO	pag. 26
Art. 2	INDENNITA' GIORNALIERA IN CASO DI RICOVERO ED INGESSATURA	pag. 26
Art. 3	INDENNITA' GIORNALIERA DA CONVALESCENZA A SEGUITO DI RICOVERO	pag. 27
Art. 4	RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO	pag. 27
Art. 5	GARANZIA DI INVALIDITA' PERMANENTE CONSEGUENTE A MALATTIA	pag. 28
Art. 6	INDENNITA' GIORNALIERA IN CASO DI RICOVERO DA MALATTIA	pag. 30

ALLEGATO: ULTERIORI CONDIZIONI

(sempre valide purchè applicabili al rischio)

1.	ASPETTATIVA	pag. 32
2.	REGOLAZIONE DEL PREMIO	pag. 32
3.	ESONERO DENUNCIA INFERMITA' E DIFETTI FISICI	pag. 32
4.	AVVENIMENTO ACCIDENTALE (esclusivo per polizze di gruppo)	pag. 32
	GLOSSARIO	pag. 34

POLIZZA INFORTUNI, MALATTIE E GARANZIE ACCESSORIE

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

(Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge)

ART. 1 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Ai sensi dell'art. 1901 C.C. l'Assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno concordato ed indicato nel contratto, ferme restando le scadenze stabilite per il pagamento dei premi o delle rate di premio successivi.

Il pagamento dei premi deve essere eseguito presso il Broker o il Coverholder della Lloyd's Insurance Company S.A. che gestisce la polizza.

Se alle scadenze convenute il **Contraente/Assicurato** non paga i premi successivi, l'**Assicurazione** resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza, e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui il **Contraente/Assicurato** paga quanto da lui dovuto, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite ed il diritto degli **Assicuratori** al pagamento dei premi scaduti.

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

I mezzi di pagamento del Premio consentiti dall'Assicuratore sono i seguenti: ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico che abbiano quale beneficiario l'Assicuratore, oppure l'intermediario da questi incaricato, espressamente in tale qualità, o il Coverholder.

Salvo diversa indicazione nella Scheda di Copertura, il Premio è dovuto con periodicità annuale.

ART. 2 - DIMINUZIONE O AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'**Assicurato/Contraente** deve dare comunicazione scritta agli **Assicuratori** di ogni diminuzione del rischio. Gli **Assicuratori** sono tenuti a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del **Contraente/Assicurato**, ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinunciano al relativo diritto di recesso.

Tale obbligo vale anche, ai sensi dell'art. 1898 C.C., per l'aggravamento del rischio; in tali casi gli **Assicuratori** avranno il diritto di richiedere un aumento del premio o di recedere dalla presente **Assicurazione** dando avviso di disdetta con preavviso di almeno 30 giorni. Gli aggravamenti di rischio non accettati o non conosciuti dagli **Assicuratori** possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'**Assicurazione**.

Ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 C.C. le dichiarazioni inesatte o le reticenze del **Contraente/Assicurato** relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'**Assicurazione**.

ART. 3 - RECESSO A SEGUITO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 60mo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo gli **Assicuratori** ed il **Contraente/Assicurato** possono recedere dall'**Assicurazione** o, nel caso che siano assicurate più persone, possono far cessare l'**Assicurazione** relativa alla sola persona infortunata, dando un preavviso di 30 giorni. In tale caso al **Contraente/Assicurato** spetta il rimborso della parte di premio relativa al periodo di rischio non corso

ART. 4 - ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

A meno che non sia specificamente richiesto nella proposta di polizza 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. 5 - ONERI FISCALI

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza e agli atti da essa dipendenti, sono a carico del **Contraente/Assicurato** o dei suoi aventi diritto, anche se il pagamento ne sia stato anticipato dagli **Assicuratori**.

ART. 6 - FORO COMPETENTE

A meno che non sia specificamente concordato tra le parti il foro competente, a scelta della parte attrice è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria dove ha sede il **Contraente/Assicurato** o il **Broker** o il **Coverholder della Lloyd's Insurance Company**.

ART. 7 - DOMANDE GIUDIZIALI

Lloyd's Insurance Company S.A. conviene che tutte le citazioni, notifiche o procedure finalizzate ad istituire procedimenti legali a proprio carico in relazione alla presente Assicurazione dovranno ritenersi correttamente notificate se indirizzate e consegnate all'attenzione di:

**Rappresentante per l'Italia
Lloyd's Insurance Company S.A.
Corso Garibaldi 86
Milano 20121 – Italia**

Il quale è a tal fine delegato all'accettazione delle notifiche processuali per conto della società. Fornendo tale delega Lloyd's Insurance Company S.A. non rinuncia al proprio diritto ad eventuali proroghe o ritardi eventualmente spettanti alla stessa per la notifica di tali citazioni, notifiche o procedimenti in considerazione della propria residenza o domicilio in Belgio.

ART. 8 - VALIDITÀ TERRITORIALE

L'**Assicurazione** vale per il mondo intero.

ART. 9 - RINNOVO DEL CONTRATTO

Il periodo di questa **Assicurazione** non potrà essere superiore ai 12 mesi a meno che non preventivamente diversamente concordato e cessa alla sua naturale scadenza, senza rinnovo automatico e senza obbligo di disdetta.

ART. 10 - LIQUIDAZIONE

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso l'Assicuratore liquida l'indennità dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento **entro 60 giorni**. L'indennità viene corrisposta in Italia ed in valuta europea (Euro).

ART. 11 - 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. 12 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L' **Assicurazione** vale per gli infortuni che l' **Assicurato** subisca durante il periodo di validità della polizza nello svolgimento:

- delle attività professionali dichiarate, nonché delle eventuali diverse attività professionali non dichiarate che, se fossero state preventivamente conosciute dagli **Assicuratori** non avrebbero determinato alcuna maggiorazione del premio;
- di ogni altra attività svolta che non abbia carattere professionale.

A titolo esplicativo e non limitativo sono considerati infortuni anche:

- a) le lesioni sofferte in occasione di aggressioni, vandalismo, rapina ed atti violenti in generale a condizione che l' **Assicurato** non vi abbia preso parte volontaria o attiva;
- b) gli infortuni provocati da qualsiasi evento naturale (quali ad esempio: terremoto, tempeste, eruzioni vulcaniche, franamento del terreno e simili).
- c) gli infortuni derivanti dall'uso e guida di veicoli e natanti in genere, compresi mezzi di terzi e/o pubblici (salvo quanto disposto nell'art. 14 - Esclusioni lettera c) ed d));
- d) gli infortuni che l' **Assicurato** subisca durante viaggi aerei in qualità di puro passeggero nei limiti e nei termini di quanto disposto nelle Condizioni Generali di Assicurazione all'Art. 27 - RISCHIO VOLO;
- e) i colpi di sole e di calore, la disidratazione, l'assideramento e il congelamento, le vertigini nonché, in genere, gli effetti della temperatura esterna, degli agenti atmosferici e di altre influenze termiche ed atmosferiche;
- f) l'asfissia dovuta ad involontaria aspirazione di gas o vapori;
- g) l'avvelenamento, le intossicazioni e le lesioni prodotte dall'ingestione accidentale di cibi o dall'assorbimento di bevande o sostanze in genere;
- h) i morsi ed i calci, le punture e le ustioni provocate da animali, insetti e vegetali (con esclusione però delle malattie da essi direttamente o indirettamente provocate)
- i) le infezioni, comprese quelle tetaniche, conseguenti ad infortuni risarcibili a termini di polizza;
- j) l'annegamento;
- k) le lesioni muscolari e tendinee determinate da sforzi (escluso infarto e colpi apoplettici) e le ernie traumatiche;
- l) l'azione di fulmine, la folgorazione e le lesioni provocate da scariche elettriche;
- m) le lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive, nonché le lesioni prodotte da fiamma o da corpi incandescenti;
- n) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio;
- o) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza (purché non alla guida di veicoli, motoveicoli o natanti), di malore e di incoscienza;
- p) gli infortuni subiti dall' **Assicurato** derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave del **Contraente/Assicurato**;
- q) le lesioni subite in occasione di legittima difesa o di atti compiuti per solidarietà umana;
- r) gli **Assicuratori** 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.
- s) gli infortuni subiti in occasione di dirottamento o pirateria aerea.
- t) gli infortuni subiti durante la pratica non professionale di qualsiasi sport eccettuati quelli specificatamente esclusi all'Art. 14- Esclusioni.

ART. 13 - ERNIE DA SFORZO

Ai fini della garanzia di cui alla presente assicurazione, si considerano a tutti gli effetti, quali infortuni garantiti 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.

ART. 14 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'**Assicurazione** gli infortuni derivanti 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) partecipazione a competizioni sportive professionali, corse o gare, salvo che si tratti di gare automobilistiche di regolarità pura, regate veliche o raduni cicloturistici o altre manifestazioni di carattere ricreativo che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore;
- e) pratica a qualunque titolo di paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere;
- f) pratica di alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., speleologia, caccia a cavallo, concorsi ippici, la pratica di rugby, boxe o qualunque altra forma di arte marziale;
- g) ogni forma di malattia non inclusa nel precedente Art. 12; in qualsiasi caso la morte dell'**Assicurato** dovuta a malattia è esclusa da questa **Assicurazione**.
- h) gli infarti.
- i) stato di guerra ed attività terroristica.
- j) l'attività subacquea con l'uso di apparato respiratorio ad eccezione di quella effettuata ad una profondità non superiore ai 30 metri ed in compagnia, in qualsiasi momento, di un altro subacqueo.
- k) le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da un infortunio.
- l) Sono totalmente esclusi i sinistri direttamente o indirettamente risultanti dalla partecipazione ad: ice hockey, alla guida di luge o skeleton o di slitta trainata da cani; inoltre il salto con gli sci, lo sci acrobatico, il bob sledding e lo sci-joring.

Esclusione per contaminazione Nucleare

Questa **Assicurazione** esclude qualsiasi sinistro direttamente o indirettamente conseguente o causato da:

1. radiazioni ionizzanti o contaminazioni radioattive derivanti da qualsiasi combustibile nucleare o da qualsiasi scoria nucleare derivante dalla combustione del propellente di cui sopra;
2. esplosioni radioattive tossiche o altre proprietà pericolose di qualsiasi altro assemblaggio nucleare o componente nucleare del detto assemblaggio, indipendentemente da come la emissione o esplosione si sia verificata.

ART. 15 - ESTENSIONE RISCHIO GUERRA

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 14 delle Condizioni Generali di **Assicurazione** la garanzia è estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata e non dichiarata) per il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità, se e in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace. Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpissero l'**Assicurato** nel territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

La presente estensione di garanzia non opera per coloro che prestano il servizio militare.

ART. 15 BIS - ESTENSIONE ATTIVITÀ TERRORISTICA

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 14 delle Condizioni Generali di **Assicurazione** la garanzia è estesa agli infortuni derivanti da atti di terrorismo compiuti tramite armi e/o ordigni di tipo convenzionale. Questa estensione si intende operante per gli infortuni professionali ed extra-professionali nel mondo intero ma viene limitata in tutti paesi appartenenti all'area geografica di Asia ed Africa ai soli infortuni extra-professionali intendendosi per questi quelli occorsi a seguito di viaggi di piacere e/o di turismo rimanendo pertanto esclusi i viaggi dove lo scopo, totale o anche parziale dello stesso, sia di tipo professionale a prescindere che la professione sia retribuita o meno.

Rimangono sempre e totalmente esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti da atti terroristici posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche qualunque sia il tipo di arma e/o ordigno e/o congegno utilizzato per portare a termine l'azione, come rimangono inoltre sempre esclusi dalla garanzia tutti gli infortuni derivanti da atti di terrorismo (compiuti in qualsiasi modo) in cui l'**Assicurato** vi abbia partecipato in modo volontario.

Per attività terroristica si intende quanto riportato nelle definizioni.

ART. 16 - MORTE, MORTE PRESUNTA e RIMPATRIO DELLA SALMA

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.

In caso di infortunio indennizzabile a termini della presente polizza ed avvenuto all'estero, gli **Assicuratori** corrisponderanno, fino ad un massimo di Euro 5.000,00, per ogni assicurato, il rimborso delle spese sostenute, in caso di decesso, per il rimpatrio della salma dell'**Assicurato** fino al luogo di sepoltura in Italia. Gli **Assicuratori** effettueranno il rimborso agli aventi diritto, previa presentazione in originale dei giustificativi di spesa debitamente quietanzati.

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. 17 - 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** liquidano 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 (**tabella "A" - INAIL** delle presenti condizioni di polizza) 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 richiamata nella scheda di copertura e con l'intesa che l'indennizzo verrà effettuato in capitale e non sotto forma di rendita.

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 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 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.

La presente garanzia include a titolo gratuito anche le seguenti estensioni:

1 - Lesioni al viso che determinano deturpazioni o sfregi permanenti (non derivanti da ustione)

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 12.500,00.

2 - Qualità della Vita

Se l'infortunio ha per conseguenza una riduzione della qualità della vita dell'Assicurato che sia costante e continua per un periodo di almeno dodici mesi, gli Assicuratori liquideranno per tale titolo una somma pari ad Euro 15.000,00.

Per riduzione della qualità della vita si intende una menomazione che costringe l'Assicurato all'utilizzo di un'altra persona o di un apparecchio meccanico per svolgere due o più delle seguenti attività:

- Vestirsi e svestirsi;
- Lavarsi;
- Mangiare e bere;

- Effettuare le normali incombenze domestiche, fare acquisti e guidare.

Rimangono escluse dalla presente garanzia tutte le patologie nervose o mentali che determinano la perdita delle capacità cognitive.

3 - Adattamento abitazione e mezzo di trasporto

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente che prevenga totalmente e permanentemente la deambulazione e che pertanto richieda l'adattamento dell'abitazione principale e/o del veicolo dell'infortunato, gli Assicuratori rimborseranno le spese sostenute entro un anno dall'infortunio per:

- Modifiche all'accesso dell'abitazione e quelle al fabbricato pertinente ove l'Assicurato risulti residente quali ad esempio la costruzione di rampe e scivoli, di sistemi di sopraelevazione, di allargamento dei valichi di accesso e correlativa sostituzione delle porte.
- Sostituzione presso l'abitazione ove l'Assicurato risulti residente, della vasca, della doccia, dei sanitari ed installazione di maniglie speciali per il loro utilizzo

Gli Assicuratori liquideranno per tale titolo una somma fino ad un limite massimo pari ad Euro 25.000,00 per persona e per periodo di assicurazione (somma che include sia i costi di progettazione che di realizzazione) a condizione che si verifichino tutte le seguenti circostanze:

- I lavori di ristrutturazione delle parti condominiali del fabbricato siano deliberate entro 6 mesi dalla data dell'infortunio e abbiano inizio entro 45 giorni dalla delibera;
- a seguito dell'infortunio sia stata resa dal medico curante una prognosi che preveda un deficit permanente e totale nella deambulazione tale da essere necessario l'utilizzo della sedia a rotelle.

Ai fini dell'indennizzo l'Assicurato deve presentare la seguente documentazione:

- Copia del progetto di modifica dell'abitazione e del fabbricato pertinente e della delibera condominiale di inizio lavori;
- Copia della prognosi attestante il diritto all'indennizzo;
- Originale delle fatture comprovanti il dettaglio delle spese sostenute;
- Certificato di residenza.

4 - Ustioni

Per le ustioni che siano conseguenza di un infortunio risarcibile ai termini di polizza gli Assicuratori liquideranno una indennità calcolata sulla somma assicurata per la Garanzia Invalidità Permanente da Infortunio indicata in Scheda di Copertura, secondo le percentuali previste dalla Tabella che segue e tenendo in considerazione il tipo di ustione riportata (N.B. 1% di superficie corporea corrisponde al palmo di una mano, dita comprese).

Per le Ustioni di secondo, terzo e quarto grado :

a) almeno il 27% della superficie corporea	100%
b) tra il 18% e il 27% della superficie corporea	60%
c) tra il 9% e il 18% della superficie corporea	35%
d) tra il 4,5% e il 9% della superficie corporea	20%

Per le Ustioni di primo grado:

e) tra lo 0,5% a il 5%	1%
f) tra il 5% e il 10%	3%
g) tra il 10% e il 20%	5%
h) tra il 20% e il 30%	7%

i)	tra il 30% e il 40%	10%
j)	tra il 40% a il 50%	20%
k)	tra il 50% e il 60%	25%
l)	tra il 60% e il 70%	30%
m)	tra il 70% e l'80%	40%
n)	tra l' 80% e il 90%	60%
o)	oltre il 90%	80%
p)	Ustione alle vie respiratorie	30%

In caso di ustione alla testa e/o al collo, l'indennizzo viene maggiorato del:

- 5% se l'ustione interessa fino al 5% della superficie corporea;
- 10% se l'ustione interessa un'area compresa tra il 5% e il 10% della superficie corporea.

In caso di ustione del perineo l'indennizzo viene maggiorato del 10% ed in caso di diagnosi da shock, conseguente ad ustione, l'indennizzo viene maggiorato del 20%.

ART. 17 BIS - FRANCHIGIA PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Salvo se diversamente indicato nella Scheda di Copertura, la somma assicurata per Invalidità Permanente da Infortunio è soggetto ad una franchigia articolata come segue:

- Da Euro 0 e fino ad Euro 500.000,00: non verrà corrisposta alcuna indennità per invalidità permanenti non superiori al 3% della totale. Se invece l'invalidità è superiore al 3% della totale, verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente; nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado uguale o superiore al 10% della totale, l'Assicuratore liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia;
- eccedente Euro 500.000,00 e fino ad Euro 1.000.000,00: non verrà corrisposta alcuna indennità per invalidità permanenti 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;
- eccedente Euro 1.000.000,00 e fino ad Euro 1.500.000,00: non verrà 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;
- eccedente Euro 1.500.000,00 e fino ad Euro 2.000.000,00: non verrà 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;
- eccedente Euro 2.000.000,00: non verrà corrisposta alcuna indennità per invalidità permanenti non superiori al 20% della totale. Se invece l'invalidità è superiore al 20% 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%.

ART. 18 - CUMULO DI INDENNITÀ

Se dopo il pagamento di una indennità per Invalidità Permanente da Infortunio, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli Assicuratori corrispondono ai beneficiari designati o, in difetto alle altre persone indicate nell'Art. 26, 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 da un infortunio la cui indennità sia stata concordata o offerta in misura determinata, l'**Assicuratore** paga agli eredi l'importo liquidato o offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

ART. 19 - CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

Gli **Assicuratori** corrispondono 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. 17, saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 20 - ANTICIPO INDENNIZZI

L'**Assicurato** ha diritto di ottenere, prima della definizione del sinistro, il pagamento di un acconto pari al 50% dell'importo minimo che dovrebbe essere indennizzato in base alle risultanze acquisite, a condizione che non siano sorte riserve o contestazioni sull'indennizzabilità o quantificazione del sinistro stesso e che l'indennizzo complessivo sia prevedibile in almeno Euro 100.000,00.

L'obbligo degli **Assicuratori** verrà in essere entro 90 giorni dalla data di denuncia del sinistro, sempre che siano trascorsi 30 giorni dalla richiesta dell'anticipo.

ART. 21 - 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, sempreché 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. 22 - 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. Gli **Assicuratori** si riservano il diritto di concordare eventuali modifiche di condizioni e premio per gli **Assicurati** di età compresa tra i 75 e gli 85 anni.

ART. 23 - 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. 24 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED 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 all'**Intemerdiario o al Coverholder della Lloyd's Insurance Company S.A.** entro trenta giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'**Assicurato** o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità/conoscenza, 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 ritengano 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. 25 - CONTROVERSIE SULL'ASSICURABILITA' DELLE PERSONE E SULLE CONSEGUENZE DELLE LESIONI

In caso di divergenza sull'assicurabilità delle persone ed ai sensi del precedente Art. 19 sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni e/o sul grado di Invalidità Permanente, le parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine 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 o al Coverholder della Lloyd's Insurance Company S.A.** 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 rifiuti di firmare il relativo verbale.

ART. 26 - 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, a sua scelta, ai competenti uffici del **Broker o del Coverholder della Lloyd's Insurance Company S.A.** o degli stessi **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. 27 – RISCHIO VOLO

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni che l'**Assicurato** subisca durante i viaggi effettuati in qualità di passeggero (ma non come pilota od altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri:

- in servizio pubblico di linee aeree regolari;
- eserciti da società che effettuano voli charter o comunque di proprietà e gestiti da aziende commerciali;
- plurimotori (escluse le trasvolate oceaniche), eserciti da ditte o privati (sempreché non di proprietà dell'**Assicurato**).

In ogni caso gli **Assicuratori** non corrisponderanno un importo superiore ad Euro 10,000,000.00 per il numero totale delle persone che viaggiano sullo stesso aereo al momento del sinistro. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano l'importo sopraindicato le indennità spettanti saranno adeguate, in caso di sinistro, con riduzione e imputazione proporzionale.

ART. 28 – CONCENTRAZIONE

Salvo se diversamente indicato nella Scheda di Copertura, nel caso di sinistro che colpisca più persone assicurate l'esborso massimo complessivo a carico degli Assicuratori non potrà essere superiore a € 10,000,000.00.

Se gli indennizzi complessivamente dovuti dovessero eccedere tale importo gli Assicuratori procederanno alla loro proporzionale riduzione. Detta riduzione verrà effettuata in modo proporzionale alla somma assicurata per persona.

ART. 29 – CLAUSOLA PROCEDURA PER I RECLAMI SU POLIZZE LINEA PERSONA

Il nostro obiettivo è quello di offrire un servizio che sia di alta qualità che sia costante durante tutto il corso della polizza. Se Lei dovesse ritenere che il servizio ricevuto non sia di alta qualità La preghiamo di seguire le procedure qui di seguito riportate e noi ci impegniamo a fare il possibile per risolvere il problema.

Domande o dubbi: Se Lei dovesse avere qualsiasi domanda o dubbio in relazione alla Sua **Assicurazione** o sulla gestione di un sinistro La preghiamo di contattare in prima istanza il Intermediario indicato in Polizza;

Problemi: Se Lei dovesse avere qualsiasi problema in relazione a qualsiasi aspetto della Sua **Assicurazione** La preghiamo di contattare l'Intermediario indicato in Polizza;

Reclami: Per eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri veda il fascicolo informativo consegnatole.

ART. 30 – EMBARGHI E SANZIONI

In ogni caso gli Assicuratori non forniranno copertura assicurativa e non saranno tenuti a pagare alcun indennizzo né comunque alcuna somma in base alla presente Assicurazione nei casi in cui tale copertura o pagamento possa esporre gli Assicuratori o loro dipendenti/collaboratori a sanzioni, o possa comportare violazione di divieti o restrizioni rispetto a quanto previsto da risoluzioni delle Nazioni Unite in materia di embarghi e sanzioni economiche o commerciali, o da leggi e/o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

ART. 31 - GESTIONE DELLA POLIZZA – CLAUSOLA BROKER

La gestione della presente polizza è affidata al Coverholder della Lloyd's Insurance Company S.A..

Tutte le comunicazioni, escluse quelle giudiziarie alle quali il Contraente/Assicurato è tenuto, devono essere fatte per iscritto al Corrispondente. Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, gli Assicuratori danno atto che:

- ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Coverholder suindicato si intenderà come fatta agli Assicuratori stessi;
- ogni comunicazione fatta dal Coverholder al Contraente/Assicurato si intenderà come fatta dall'Assicuratore;
- ogni comunicazione fatta dal Coverholder agli Assicuratori si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato.

Qualora il Contraente/Assicurato si avvallesse di un Broker (eventualmente indicato nella scheda di copertura), con la sottoscrizione della presente polizza lo stesso Contraente/Assicurato conferisce mandato a tale broker di rappresentarlo ai fini di questa polizza.

È convenuto pertanto che ogni comunicazione fatta al Broker dal Coverholder si considererà come fatta al Contraente/Assicurato e ogni comunicazione fatta dal Broker al Coverholder si considererà come fatta dal Contraente/Assicurato.

Ai sensi dell'Art. 118 del D. Lgs 209/2005, gli Assicuratori autorizzano il Corrispondente o il Broker ad incassare i premi; il pagamento del premio eseguito in buona fede al Coverholder o al Broker, ha effetto liberatorio per il Contraente/Assicurato nei confronti degli Assicuratori e conseguentemente impegna gli Assicuratori (e, in caso di coassicurazione, tutte le Compagnie coassicuratrici) a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto.

IL CONTRAENTE

**Il Coverholder della
LLOYD'S INSURANCE COMPANY S.A.**

CLAUSOLE VESSATORIE

Clausole da approvare esplicitamente per iscritto

Agli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di aver preso conoscenza e di approvare espressamente le seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni Generali di Assicurazione:

- Art. 3 Recesso a seguito di sinistro;
- Art. 7 Validità territoriale;
- Art. 14 Esclusioni
- Art. 17BIS Franchigia per Invalidità Permanente da Infortunio
- Art. 23 Persone non assicurabili: Cessazione dell'Assicurazione alla diagnosi di tossicodipendenza, alcolismo, AIDS, HIV, infermità mentali (come definite);
- Art. 25 Controversie sull'assicurabilità delle persone e sulle conseguenze delle lesioni: Deferimento di controversie ad un collegio medico
- Art. 28 Concentrazione
- Art. 30 Embarghi e Sanzioni
- Art. 31 Gestione della Polizza - Clausola Broker

IL CONTRAENTE

TABELLA "A" - INAIL

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)

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.

Lesione	Indennità	
	a destra	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 tabella specifica)	---	
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 efficace	11%	
b. senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	
Per la perdita di un testicolo non si corrispondono indennità	---	
Esiti di 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%	

Lesione	Indennità	
	a destra	a sinistra
Perdita totale del mignolo	12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	
Perdita della falange ungueale 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°-75°:		
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 totale 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 dà luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3%
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%
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%

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

Visus perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (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%

Note

1. In caso di menomazione binoculare, si procede al conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
2. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempreché la correzione stessa sia tollerata, in caso diverso la valutazione è riferita al visus normale.
3. 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 refrazione.
4. La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16%
5. 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

-
6. In caso 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.
 7. In caso di minorazione di un organo o di un altro arto, le percentuali della tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

CONDIZIONI SPECIALI

(Valide solo se richiamate nella Scheda di Copertura)

ART. 1. TABELLA "SCALA 225%" - SPECIFICA DI MAGGIORAZIONE INDENNITA' PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO - CALCOLO DELLA INDENNITA' MAGGIORATA - CRITERI E TERMINI DI LIQUIDAZIONE

(La presente Tabella "SCALA 225%" sostituisce quanto previsto dall'ART. 17 BIS ed è valida solo se espressamente indicata nella Scheda di Copertura e/o se richiesta con la compilazione del questionario e sia stato corrisposto il relativo premio addizionale).

In caso di infortunio che abbia per conseguenza una Invalidità Permanente di grado superiore al 3%, l'Assicuratore liquida 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 3% della totale.

A = % INVALIDITA PERMANENTE ACCERTATA

B = % DA LIQUIDARE SULLA SOMMA ASSICURATA

Invalidità permanente					
A	B	A	B	A	B
1	0	26	32	51	83
2	0	27	34	52	86
3	0	28	36	53	89
4	2	29	38	54	92
5	3	30	40	55	95
6	4	31	42	56	98
7	5	32	44	57	101
8	6	33	46	58	104
9	8	34	48	59	107
10	10	35	50	60	110
11	11	36	52	61	113
12	12	37	54	62	116
13	13	38	56	63	119
14	14	39	58	64	125
15	15	40	60	65	128
16	16	41	62	66	131
17	17	42	64	67	134
18	18	43	66	68	137
19	19	44	68	69	140
20	20	45	70	70	143
21	22	46	72	71	146
22	24	47	74	72	149
23	26	48	76	73	152
24	28	49	78	74	155
25	30	50	80	dal 75 al 100	225

NB: la massima percentuale (%) di indennizzo non potrà mai superare il 225% del Capitale Assicurato per Invalidità Permanente da Infortunio.

ART. 2. TABELLA "B" - SPECIFICA DI SUPER VALUTAZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

(La presente Tabella "B" sostituisce la Tabella "A" – INAIL solo per le lesioni sotto riportate ed è valida solo se espressamente indicata nella Scheda di Copertura e/o se richiesta con la compilazione del questionario e sia stato corrisposto il relativo premio addizionale).

TIPO DI LESIONE	DESTRO	SINISTRO
per la perdita totale della facoltà visiva di un occhio	100%	100%
per la perdita totale, anatomica di un arto superiore	100%	100%
per la perdita totale, anatomica di un avambraccio	100%	100%
per la perdita totale, anatomica di una mano	100%	100%
per la perdita totale, anatomica del pollice	60%	50%
per la perdita totale, anatomica dell'indice	60%	50%
per la perdita totale, anatomica del medio	30%	25%
per la perdita totale, anatomica anulare	20%	20%
per la perdita totale, anatomica mignolo	20%	20%
per la perdita totale della falange ungueale del pollice	40%	35%
per la perdita totale della falange ungueale dell'indice	40%	35%
per la perdita totale della falange ungueale del medio	20%	15%
per la perdita totale o parziale contemporanea di due dita della stessa mano	100%	
per la sordità totale bilaterale	100%	
per la perdita totale sordità totale di un orecchio	30%	
per la perdita totale di un piede	70%	
per la perdita totale della voce	49%	

NB: la massima percentuale (%) di indennizzo non potrà mai superare il 100% del Capitale Assicurato per Invalidità Permanente da Infortunio.

ART. 2. BIS TABELLA "B – EXTRA" – SPECIFICA DI SUPER VALUTAZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

(La presente Tabella "B - EXTRA" sostituisce la Tabella "A" – INAIL solo per le lesioni sotto riportate ed è valida solo se espressamente indicata nella Scheda di Copertura e/o se richiesta con la compilazione del questionario e sia stato corrisposto il relativo premio addizionale).

TIPO DI LESIONE	DESTRO	SINISTRO
per la perdita totale della facoltà visiva di un occhio	100%	100%
per la perdita totale, anatomica di un arto superiore	100%	100%
per la perdita totale, anatomica di un avambraccio	100%	100%
per la perdita totale, anatomica di una mano	100%	100%
per la perdita totale, anatomica del pollice	100%	100%
per la perdita totale, anatomica dell'indice	100%	100%
per la perdita totale, anatomica del medio	100%	100%
per la perdita totale, anatomica anulare	20%	20%
per la perdita totale, anatomica mignolo	20%	20%
per la perdita totale della falange ungueale del pollice	100%	100%
per la perdita totale della falange ungueale dell'indice	100%	60%
per la perdita totale della falange ungueale del medio	40%	40%
per la perdita totale o parziale contemporanea di due dita della stessa mano	100%	
per la sordità totale bilaterale	100%	
per la perdita totale sordità totale di un orecchio	30%	
per la perdita totale di un piede	70%	
per la perdita totale della voce	50%	

NB: la massima percentuale (%) di indennizzo non potrà mai superare il 100% del Capitale Assicurato per Invalidità Permanente da Infortunio.

ART. 3. INDENNIZZI ALLA CONTRAENTE

A parziale deroga dell'Art. 26 delle condizioni generali di assicurazione, poiché la presente assicurazione è stipulata dal **Contraente** per garantirsi, nei limiti ed alle condizioni convenute, dal danno economico che allo stesso possa derivare da infortuni subiti dalle persone indicate in polizza come **Assicurati**, si conviene che:

- I rapporti fra l'**Assicuratore** e le persone infortunate si limiteranno all'accertamento delle conseguenze dell'infortunio, mentre la liquidazione del danno verrà effettuata unicamente nei confronti del **Contraente**;
- le indennità liquidate a termini di polizza verranno versate unicamente al **Contraente** che ne rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per gli **Assicuratori**.

Agli effetti del disposto di cui all'Art. 1919 C.C. la **Contraente** dichiara che gli assicurati hanno dato il proprio consenso alla conclusione del presente contratto.

La mancanza di tale consenso, che dovrà essere provata per iscritto, comporterà che l'indennizzo sarà liquidato all'**Assicurato** o ai suoi eredi legittimi e/o testamentari.

ART. 4. LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI

L'Assicurazione vale esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolga senza carattere professionale.

ART. 5. LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI PROFESSIONALI

L'Assicurazione vale esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolga con carattere di professionalità. L'Assicurazione vale anche durante il percorso dell'Assicurato dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa.

CONDIZIONE SPECIALE AGGIUNTIVA

Contagio Accidentale da HIV – Epatite

(Valide se richiamate nella Scheda di Copertura e se ne sia stato corrisposto il relativo premio addizionale)

(Per quanto qui di seguito non regolato valgono le Condizioni Generali di Assicurazione)

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

- Per Infortunio: È considerato infortunio il contagio percutaneo o mono cutaneo fortuito, improvviso, violento ed esterno che produca all'organismo come conseguenza diretta ed esclusiva un'infezione da Virus HIV, HBV, HCB;
- Per Sinistro: Evento dal quale deriva che la Persona Assicurata abbia contratto il virus dell'Immunodeficienza Umana Acquisita (HIV) o Epatite (HBV; HCB) in conseguenza di un Infortunio occorso nello svolgimento delle mansioni relative alla Sua professione;
- Per Test: Il test ELISA seguito, in caso di positività, dal test Western Blot effettuato da personale autorizzato o test equivalenti.
- Per Virus HIV: Il Virus dell'Immunodeficienza Umana nelle sue due forme HIV-1 e HIV-2.
- Per Virus Epatite B: Il Virus dell'Epatite Umana HBV
- Per Virus Epatite C: Il Virus dell'Epatite Umana HCV

ART. 1. Limitazione dell'Assicurazione agli Infortuni Professionali

La presente condizione speciale aggiuntiva vale solo ed esclusivamente per gli Infortuni Professionali intendendosi per questi quelli derivanti da attività che l'Assicurato svolge con carattere di professionalità.

ART. 2. Condizioni di efficacia del contratto e procedura per la valutazione del danno

L'Assicurato dovrà garantire la comunicazione immediata scritta all'Assicuratore di ogni circostanza che possa dar luogo a una richiesta di indennizzo;

Ai fini della presente Polizza, una Persona Assicurata che ha subito un Infortunio è ritenuta infetta da HIV, HBV o HCV a termine della presente Polizza se e soltanto se:

- 01) 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;
- 02) 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, HBV o HCV;
 - 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, HBV o HCV 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, HBV o HCV;
 - 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, HBV o HCV da un'autorità competente con diagnosi conforme ai criteri di

laboratorio e clinici che rappresentano la prassi clinica standard vigente. L' Assicuratore avrà la facoltà di fare effettuare una ripetizione dei Test da parte del proprio consulente medico.

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

04) La presente Assicurazione cessa a tutti gli effetti con la diagnosi del Virus HIV, HBV o HCV.

ART. 3. Ulteriori esclusioni

Nessuna richiesta d'indennizzo a titolo della presente Assicurazione sarà pagabile nei confronti di una Persona Assicurata che:

01) abbia il contagio trasmesso per via sessuale e conseguente allo stile di vita;

02) 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;

03) manca o si rifiuta di rendersi disponibile tempestivamente per visita medica da parte del consulente medico dell'Assicuratore (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);

04) manca o si rifiuta di rendersi disponibile tempestivamente all'Assicuratore e al loro consulente medico.

IL CONTRAENTE

CLAUSOLE VESSATORIE

Clausole da approvare esplicitamente per iscritto

Agli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di aver preso conoscenza e di approvare espressamente le disposizioni di cui alle Definizioni e gli Articoli 1,2,3 della Condizione Speciale Aggiuntiva: Contagio Accidentale da HIV – Epatite.

IL CONTRAENTE

CONDIZIONI AGGIUNTIVE

(Valide se espressamente indicate nella Scheda di Copertura e se ne sia stato corrisposto il relativo premio addizionale)

ART. 1. INABILITÀ TEMPORANEA DA INFORTUNIO

Se l'infortunio ha per conseguenza una Inabilità Temporanea dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni dichiarate, gli **Assicuratori** liquidano l'indennità assicurata:

- 01) integralmente, per ogni giorno in cui l'**Assicurato** si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- 02) al 50% di quanto sopra per ogni giorno in cui l'**Assicurato** ha potuto attendere solo in parte alle sue occupazioni.

Salvo se diversamente indicato nella Scheda di Copertura, l'indennizzo per Inabilità Temporanea, viene corrisposto per un periodo massimo di 180 giorni, a decorrere dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato con le modalità dell'Art. 24 delle Condizioni Generali di Assicurazione (dedotta la franchigia di 7 giorni, se non diversamente stabilito nella Scheda di Copertura) o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia (dedotta la franchigia di 7 giorni, se non diversamente stabilito nella Scheda di Copertura) e cessa con il giorno della avvenuta guarigione risultante da certificato medico, o in mancanza di tale certificato viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato. L'indennizzo per Inabilità Temporanea è cumulabile con quelli dovuti per Morte o Invalidità Permanenti.

La garanzia di Inabilità Temporanea da Infortunio sarà riconosciuta esclusivamente nel caso in cui l'infortunio abbia tutti i requisiti contemplati nella definizione di polizza alla voce "Infortunio", e non si procederà al riconoscimento di alcuna Inabilità Temporanea da Infortunio quando l'infortunio sia oggetto di preesistenze e/o situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipula del contratto.

ART. 2. INDENNITÀ GIORNALIERA IN CASO DI RICOVERO ED INGESSATURA

Se in conseguenza di un infortunio risarcibile ed indennizzabile a termine di polizza:

- A.** L'**Assicurato** viene ricoverato in un Istituto di Cura, gli **Assicuratori** liquideranno una indennità per ogni giorno di ricovero con il limite giornaliero stabilito in polizza e per un periodo massimo di 180 giorni per evento - anche se non consecutivi - da quello del primo ricovero.

Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

In detta limitazione giornaliera rientrano anche le somme eventualmente assicurate per lo stesso titolo con altre polizze infortuni che l'**Assicurato** ha in corso con gli **Assicuratori**.

Pertanto, in caso di denuncia di sinistro, il **Contraente** dovrà comunicare l'esistenza di altre polizze infortuni delle quali sia beneficiario l'**Assicurato** e, nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedessero l'importo sopraindicato, l'indennità sarà adeguata con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Gli **Assicuratori**, a richiesta dell'**Assicurato** e su presentazione dei documenti giustificativi, corrispondono anticipi sull'indennità dovuta, da imputarsi nella liquidazione definitiva.

In caso di Day Hospital, gli **Assicuratori** liquidano una speciale indennità pari al 50% della indennità giornaliera prevista per il caso di ricovero in Istituto di Cura.

B. Viene applicato mezzo di contenzione gessato o altro presidio terapeutico che comporti una immobilizzazione rigida (che non possa essere rimosso autonomamente dall'**Assicurato**), gli **Assicuratori** liquideranno una indennità pari alla somma assicurata - per un periodo massimo di 90 giorni - fino alla rimozione di suddetti mezzi.

Detta indennità non si cumula con quella prevista dalla precedente lett."A" per il tempo di ricovero in istituto di cura e viene corrisposta a partire dal sesto giorno successivo a quello dell'applicazione rigida con le medesime modalità di cui al paragrafo "A" che precede.

ART. 3. INDENNITÀ GIORNALIERA DA CONVALESCENZA A SEGUITO DI RICOVERO

Se in conseguenza di un ricovero ospedaliero come definito nell'articolo precedente, all'**Assicurato** viene prescritto, dal medico che lo ha seguito durante il ricovero, un periodo di convalescenza, da trascorrere presso il proprio domicilio o residenza, gli **Assicuratori** liquideranno un'indennità, pari alla somma assicurata, per ogni giorno di convalescenza per un periodo massimo di 90 giorni per evento.

Quando la presente indennità viene venduta a se stante (quindi senza ricovero ospedaliero) la franchigia è pari ad un giorno.

Resta convenuto che la presente indennità non si può cumulare con il beneficio indennità giornaliera da ingessatura.

ART. 4. RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

Gli **Assicuratori** rimborseranno agli **Assicurati** per i quali è prestata la garanzia, in caso di infortunio risarcibile ai termini della presente **Assicurazione**, il costo delle spese mediche sostenute in Istituto di cura pubblico o privato (ma regolarmente riconosciuto) fino alla concorrenza, per ogni evento, dell'importo indicato in polizza.

Per spese mediche sostenute intendiamo a titolo esemplificativo e non limitativo:

- a) onorari dei medici, chirurghi, assistenti, anestesisti e di ogni altro soggetto che partecipi all'intervento;
- b) l'uso della sala operatoria, del materiale di intervento (compreso il costo della prima protesi, ma escludendo le protesi dentarie), del materiale di cura e dei medicinali, degli accertamenti radiografici e radioscopici, degli esami ed analisi in genere e della terapia fisica;
- c) rette di degenza in ospedali o cliniche;
- d) le spese di trasporto, su ambulanze e /o mezzi speciali di soccorso, dal luogo dell'incidente all'Istituto di cura o ambulatorio;
inoltre,
- e) le spese sostenute dopo la cessazione del ricovero o rese necessarie dall'intervento chirurgico ambulatoriale, per esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche e fisioterapeutiche effettuate nei trecentosessanta giorni successivi. La domanda di rimborso, corredata dalle ricevute originali delle spese sostenute per i titoli suindicati, dovrà essere presentata agli **Assicuratori** entro tre mesi dal termine della cura medica. Qualora gli originali delle notule, distinte e ricevute siano stati presentati a terzi per ottenere il rimborso, gli **Assicuratori** effettueranno il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia ed in valuta Europea al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Il rimborso sarà effettuato all'Assicurato o, in caso di sua morte, ai suoi beneficiari.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di Invalidità Permanente e come comunque riportato all'Art 17 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

La somma assicurata indicata in polizza rappresenta il massimo esborso, nel corso dell'anno, a cui la compagnia sarà tenuta qualsiasi sia il numero dei sinistri.

La garanzia è prestata con una franchigia fissa di EURO 75,00 (a meno che non sia diversamente stabilito nella scheda di copertura) per ogni singolo evento, importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato.

Limitatamente alla presente condizione aggiuntiva non è operante l'Art. 11 (Rinuncia al diritto di rivalsa) delle Condizioni Generali di Assicurazione.

La presente garanzia include a titolo gratuito anche le seguenti estensioni:

1 - Cure dentarie da infortunio

Per i danni odontoiatrici che siano conseguenza di un infortunio risarcibile a termini di polizza ed occorsi entro due anni dall' infortunio stesso gli Assicuratori rimborseranno all'Assicurato le spese sostenute per le cure dentarie fino alla concorrenza massima del massimale indicato alla Garanzia Rimborso Spese Mediche da Infortunio. Il professionista che presterà la cura dovrà essere un medico odontoiatra abilitato e non assicurato dalla presente copertura o un familiare diretto dell'Assicurato o un dipendente del Contraente.

2 - Rimborso Spese per Psicoterapia

Si conviene tra le parti contraenti che sono rimborsabili le spese psicoterapeutiche sostenute a seguito di un infortunio risarcibile a termini di polizza se la terapia viene prescritta dal medico curante dell'assicurato ed entro 90 giorni dalla data dell'infortunio stesso. In aggiunta le spese saranno rimborsate solo se congrue rispetto alle tariffe normalmente praticate per sedute terapeutiche analoghe nel luogo nel quale è stata sostenuta la spesa e se le stesse non includano costi che non sarebbero stati sostenuti in assenza di assicurazione.

ART. 5. GARANZIA DI INVALIDITÀ PERMANENTE CONSEGUENTE A MALATTIA

La presente garanzia è valida ed operante solo se rilasciata congiuntamente alla garanzia invalidità permanente da infortunio.

Le Condizioni Particolari che seguono prevalgono, in caso di discordanza, sulle Condizioni Generali di Assicurazione della presente polizza.

Punto 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.

Punto 2. Definizioni

E' 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.

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

Punto 3. Esclusioni per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia

In aggiunta a quanto già stabilito all'Art. 14 delle Condizioni Generali di Assicurazione, sono escluse dall'Assicurazione le Invalidità Permanenti derivanti, direttamente od indirettamente, da:

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

Punto 4. Persone non assicurabili per la Garanzia Invalidità Permanente da Malattia

L'Assicurazione non vale:

- per le persone di età superiore ai 65 (sessantacinque) anni, mentre per quelle assicurate cessa automaticamente alla scadenza annuale del contratto immediatamente successiva al compimento del 65° (sessantacinquesimo) anno di età;
- 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.

Punto 5. Criteri e termini di liquidazione per la Garanzia Invalidità Permanente da Malattia

- In caso di malattia che abbia per conseguenza una Invalidità Permanente di grado superiore al 24%(ventiquattro per cento) l'Assicuratore liquida 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.

Invalidità permanente			
accertata	da liquidare	accertata	da liquidare
Up to 24%	0	46	51
25	9	47	53
26	11	48	55
27	13	49	57
28	15	50	59
29	17	51	61
30	19	52	63
31	21	53	65
32	23	54	67
33	25	55	69
34	27	56	71
35	29	57	73
36	31	58	76
37	33	59	79
38	35	60	82
39	37	61	85
40	39	62	88
41	41	63	91
42	43	64	94
43	45	65	97
44	47	66	100
45	49	ed oltre	

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 single percentuali dovute per ciascuna menomazione, con il massimo del 100%.

Punto 6. Accertamento dell' Invalidita' Permanente conseguente a 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.

Punto 7. Diritto all'Indennita' per la Garanzia Invalidita' Permanente da Malattia

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, l'**Assicuratore** paga ai beneficiari dell'**Assicurato** l'indennizzo valutato come previsto dal precedente Punto 5 comma b) - Criteri e termini di liquidazione.

Punto 8. Denuncia del sinistro ed obblighi relativi per la Garanzia Invalidita' Permanente da Malattia.

L'**Assicurato** deve denunciare all'**Intermediario/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 giorni dal rilascio del relativo certificato ed in ogni caso non oltre 30 giorni dopo la scadenza e/o recesso del presente contratto.

Gli **Assicuratori** si impegnano ad accertare l'invalidità non prima che sia decorso un anno e non oltre i due anni dalla data del timbro postale della lettera raccomandata di cui sopra.

ART. 6. INDENNITÀ GIORNALIERA IN CASO DI RICOVERO DA MALATTIA

La presente garanzia è valida ed operante solo se rilasciata congiuntamente alla garanzia Invalidità Permanente da Malattia.

In caso di ricovero in ospedale o istituto di cura a seguito di malattia, gli **Assicuratori** liquideranno all'Assicurato l'indennità giornaliera prevista e indicata nella Scheda di Copertura, con il limite di 90 (novanta) giorni. L'importo dell'indennità giornaliera verrà corrisposto all'Assicurato dopo che sia trascorso un periodo minimo di 7 (sette) giorni e tale termine decorre dal giorno di ricovero dell'Assicurato.

La prestazione non è corrisposta a seguito di:

- 1). Trattamenti per disturbi nervosi o psichici, indipendentemente dalla loro classificazione;

- 2). Rieducazione professionale e riadattamento funzionale in centri per convalescenza, i soggiorni in case di infanzia, in istituti medico-pedagogici, in ospizi per anziani ed in servizi di gerontologia, i trattamenti per il ringiovanimento e il dimagrimento, le cure termali, elio marine, cure di riposo, del sonno o di disintossicazione, le cure dietetiche per la correzione di insufficienze e eccessi ponderali, così come tutti i casi di ricovero di persone che non godono più – in modo irreversibile – della loro autonomia, e le cui condizioni di salute richiedono una costata assistenza e/o trattamenti terapeutici;
- 3). Accertamenti, operazioni o trattamenti di natura puramente estetica o finalizzata al trattamento dell'obesità o dell'impotenza ovvero atti a favorire il concepimento;
- 4). Gravidanza o parto;
- 5). Malattie, difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione della polizza;
- 6). Malattie direttamente o indirettamente causate da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia, AIDS o sindromi correlate, malattie trasmissibili per via sessuale, diabete;
- 7). Check up, esami periodici o di controllo.
- 8).

IL CONTRAENTE

CLAUSOLE VESSATORIE

Clausole da approvare esplicitamente per iscritto

Agli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di aver preso conoscenza e di approvare espressamente le disposizioni dei Punti 3, 4, 5, 6, 7, 8, delle Condizioni Aggiuntive relative all' Art. 5 - Garanzia di Invalidità Permanente conseguente a Malattia.

IL CONTRAENTE

ALLEGATO: ULTERIORI CONDIZIONI (sempre valide purché applicabili al rischio)

1. ASPETTATIVA

La garanzia assicurativa si intende estesa al personale dipendente che per qualsiasi motivo possa essere in aspettativa per malattia, infortunio o maternità o possa essere soggetto ad altre forme di prestazioni lavorative parziali quali ad esempio part-time, orario ridotto, cassa integrazione; sia esso senza retribuzione o con retribuzione ridotta. Per la determinazione dei capitali assicurati si farà riferimento alla retribuzione annua di fatto virtuale riferita al momento dell'infortunio. Per retribuzione di fatto virtuale si intende la retribuzione equivalente a quella che sarebbe stata corrisposta qualora il dipendente fosse stato regolarmente in servizio al momento dell'infortunio.

2. REGOLAZIONE DEL PREMIO

Se il Premio è convenuto in tutto o in parte, in base ad elementi di Rischio fluttuanti, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in Polizza ed è regolato alla fine di ogni periodo assicurativo secondo le risultanze delle variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del Premio, fermo il Premio minimo eventualmente stabilito. A tale scopo entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo devono essere forniti per iscritto alla Società i dati necessari. Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate nei trenta giorni dalla relativa comunicazione effettuata dalla Società. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società. Se il Contraente / Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti, o il pagamento delle differenze attive dovute, il Premio versato in anticipo in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente / Assicurato abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del Contratto. Per i contratti scaduti per qualsiasi motivo, se il Contraente / Assicurato non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del Premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente / Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie. Qualora il Premio consuntivo risultasse superiore al 50% rispetto a quello anticipato, il Contraente acconsente che la Società modifichi quest'ultimo con effetto dall'annualità immediatamente successiva, portandolo ad importo non inferiore al 75% dell'ultimo Premio consuntivo.

3. ESONERO DENUNCIA INFERMITÀ E DIFETTI FISICI

Fermo restando quanto disposto dalle Condizioni Generali di Assicurazione si dà atto che il Contraente è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del Contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di infortunio l'indennità per Invalidità Permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, conformemente a quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

4. AVVENIMENTO ACCIDENTALE (esclusivo per polizze di gruppo)

Il termine "evento accidentale", indicato in questa clausola, si attribuisce a tutti i sinistri e/o danni individuali che sorgono e che sono causati da un avvenimento improvviso, fortuito ed impreveduto e che avviene in un momento ed un luogo preciso e definito. La durata e la portata di un "evento

accidentale” come qui definito è limitata ad un periodo di 24 ore consecutive ed ad un raggio di 16 km per ciascun “evento accidentale”, e nessun sinistro e/o danno che avviene fuori questo periodo e/o al di fuori di questo raggio sarà incluso nel relativo “evento accidentale”. L’assicurato ha la facoltà di scegliere la data e l’ora d’inizio del periodo di tempo consecutivo ed anche di definire il raggio di 16 km che determina “l’evento accidentale”. Se qualsiasi evento ha una durata superiore a 24 ore, l’assicurato può suddividere tale periodo in due o più “eventi accidentali”, a condizione che non vi siano sovrapposizioni di due periodi e a condizione che nessun periodo inizi prima della data e dell’ora del primo danno o del momento in cui l’assicurato sostiene che sia iniziato il primo danno.

GLOSSARIO

Definizioni, nel testo che segue, si intendono per:

Assicurato:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione;
Assicuratori:	Lloyd's Insurance Company S.A.;
Assicurazione:	il contratto di Assicurazione, composto dalla Scheda, dalla Scheda di Copertura e dalle presenti Condizioni di Polizza;
Attività Professionale:	quella inerente al lavoro remunerato;
Attività Terroristica:	per attività terroristica s'intendono l'atto o gli atti perpetrati da un soggetto o da gruppo/i di soggetti, compiuti per ragioni politiche, religiose, ideologiche o analoghe, con l'intenzione di influenzare il governo e/o di seminare il terrore tra l'opinione pubblica o parti della stessa. L'attività terroristica può comprendere, senza essere a questo limitata, il ricorso alla forza o alla violenza e o la minaccia di ricorrervi. Inoltre potranno essere ritenuti responsabili di attività terroristiche soggetti che agiscano individualmente, ovvero per conto di, o in collaborazione con organizzazione/i o governo/i.
Contraente:	il soggetto che stipula il contratto nell'interesse proprio o di altre persone;
Convalescenza:	il periodo di riposo da trascorrere presso il proprio domicilio e/o residenza;
Coverholder della Lloyd's Insurance Company S.A. :	l'intermediario di assicurazioni indicato nella Scheda di Polizza incaricato dagli Assicuratori di ricevere e trasmettere le comunicazioni inerenti l'Assicurazione nonché di incassare il Premio;
Day Hospital:	la degenza senza pernottamento presso un Istituto di Cura
Franchigia:	la percentuale o il numero di giorni deducibili dal computo dell'indennizzo dovuto dalla Società;
Gessatura:	mezzo di contenzione costituito da: fasce, docce o altri apparecchi, confezionati con gesso da modellare; contenzione con fasce rigide od altri apparecchi ortopedici immobilizzanti rimovibili unicamente da personale medico – paramedico o, comunque, solo alla fine della cura;
Indennizzo:	la somma dovuta dagli Assicuratori in caso di sinistro;
Infortunio:	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza uno degli eventi garantiti in polizza;
Intermediario:	BROKER: si intende l'intermediario iscritto nel Registro Unico degli Intermediari (RUI) Sez. B (D.lgs. 209/2005 e successive modifiche e/o integrazioni) e relativi ed eventuali sezioni E; AGENTE: si intende l'intermediario iscritto nel Registro Unico degli Intermediari (RUI) Sez. A (D.lgs. 209/2005 e successive modifiche e/o integrazioni) e relativi ed eventuali sezioni E;
Invalità permanente:	la perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile a seguito di infortunio/malattia della capacità a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente della professione svolta;
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;
Malattia:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
Polizza:	il documento che prova l'Assicurazione;
Premio:	la somma dovuta dall'Assicurato/Contraente agli Assicuratori;
Ricovero:	la degenza con pernottamento presso un istituto di cura;
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro;
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.