

A black and white photograph of an industrial facility, likely a refinery or chemical plant. The image shows a complex network of large, cylindrical pipes and metal scaffolding. The pipes are arranged in a way that creates a strong sense of depth and scale. The lighting is dramatic, with strong highlights and deep shadows, emphasizing the metallic textures and the intricate structure of the plant. The sky is overcast, adding to the industrial atmosphere.

LLOYD'S

**YOUR
INSURANCE
DOCUMENTS**

SECURING YOUR PEACE OF MIND

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI E MALATTIA

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO, CONTENENTE:

- a) Nota informativa;**
- b) Condizioni di assicurazione;**
- c) Glossario;**

**DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA
SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO O DOVE PREVISTO DELLA PROPOSTA DI
ASSICURAZIONE.**

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA
INFORMATIVA.**

NOTA INFORMATIVA

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	3
1. Informazioni generali	3
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's	4
B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO	4
3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni	4
4. Periodi di carenze contrattuali	7
5. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità	7
6. Aggravamento e diminuzione del rischio	8
7. Premi	8
8. Diritto di recesso	8
9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto	8
10. Legge applicabile al contratto	9
11. Regime fiscale applicabile al contratto	9
C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	9
12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo	9
13. Assistenza diretta – convenzioni	9
14. Reclami	9
15. Arbitrato	10

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**GLOSSARIO**

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza

* * * * *

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a. Lloyd's è un ente ("Society") costituito come società costituita per legge da una Legge del Parlamento del Regno Unito di Gran Bretagna del 1871. I membri della Society sono per legge assicuratori e possono assumere rischi assicurativi per proprio conto. Gli Assicuratori di questo contratto sono alcuni membri di Lloyd's che aderiscono ai Sindacati identificati nella Scheda di Polizza (e ogni altro assicuratore identificato nella Scheda di Polizza)

La responsabilità di ogni Assicuratore è disgiunta e non solidale con quello degli altri Assicuratori. Ogni Assicuratore è responsabile solo per la quota di rischio che ha assunto. Ogni Assicuratore non è responsabile per la quota di responsabilità assunta da qualsiasi altro Assicuratore.

Nel caso di Sindacato, ogni membro del Sindacato (e non il Sindacato stesso) è un Assicuratore. Ogni membro assume una quota di responsabilità dell'entità complessiva che viene specificata in relazione al Sindacato (essendo l'entità complessiva la somma delle quote di responsabilità assunte da tutti i membri del Sindacato considerati globalmente). La responsabilità di ciascun membro del Sindacato è disgiunta e non solidale. Ogni membro è responsabile solo per la sua quota. Un membro non è responsabile in solido per la quota degli altri membri. Né qualsiasi membro è altrimenti responsabile per qualsiasi obbligazione assunta da ogni altro membro per lo stesso contratto.

La quota di responsabilità assunta da un Assicuratore (o, in caso di un Sindacato, l'ammontare totale delle quote di tutti gli Assicuratori membri del Sindacato considerati globalmente) è specificata nel contratto e, in mancanza, può essere accertata mediante richiesta scritta da inviarsi presso la sede secondaria italiana di Lloyd's sotto indicata. Parimenti, mediante richiesta scritta inviata alla medesima sede secondaria è possibile accertare i nomi di ciascuno degli Assicuratori del Sindacato e le rispettive quote di responsabilità.

- b. Lloyd's ha la sua sede legale in Londra (EC3M 7HA), One Lime Street, Inghilterra, che è anche il domicilio di ciascun membro di Lloyd's.
- c. In Italia Lloyd's ha sede secondaria in Milano, CAP 20121, Corso Garibaldi, 86.
- d. Il recapito telefonico, l'indirizzo e-mail e il sito internet di Lloyd's sono, rispettivamente: +39026378881, servizioclienti@lloyds.com e www.lloyds.com.
- e. I membri di Lloyd's che assumono rischi assicurativi sono autorizzati all'esercizio dell'attività assicurativa in forza della legge inglese. L'Associazione di Assuntori di rischi assicurativi nota come Lloyd's svolge attività in Italia in regime di libero stabilimento (Iscrizione al n° I.00008 dell'elenco dell'Isvap delle imprese di assicurazione con sede legale in un altro Stato Membro

ammesse ad operare in Italia in regime di stabilimento) e, nel Regno Unito di Gran Bretagna, è soggetta al controllo della Financial Services Authority, con sede in 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's

Come riportato a pag. 55 del Rapporto Annuale di Lloyd's del 2011* il capitale del mercato di Lloyd's ammonta ad EUR 21.808 milioni** ed è composto dai Fondi dei membri presso Lloyd's di EUR 18.162 milioni, dai Bilanci dei membri di EUR 1.862 milioni e da riserve centrali di EUR 1.784 milioni.

Il mercato di Lloyd's ha un indice di solvibilità complessivo, non suddiviso per ramo vita e ramo danni. L'indice di solvibilità complessivo del mercato di Lloyd's al 31.12.2011 era il 2.691%. Tale percentuale è il risultato del rapporto tra il totale degli attivi centrali, ammontanti ad EUR 3.705 milioni e la somma dei deficit di solvibilità dei singoli membri. Quest'ultimo importo è stato determinato tenendo conto del margine minimo di solvibilità, ammontante ad EUR 138 milioni, calcolato in base alla vigente normativa inglese. Gli importi della solvibilità (espressi in sterline inglesi) possono essere letti a pag. 70 del Rapporto Annuale di Lloyd's del 2011*.

*Link al Rapporto annuale di Lloyd's del 2011: <http://www.lloyds.com/Lloyds/Investor-Relations/Financial-performance/Annual-Reports/Annual-results-2011>

** Tasso di cambio al 30.12.2011: EUR 1,00 = GBP 0.8353 (fonte: www.bancaditalia.it).

L'aggiornamento annuale delle Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's è consultabile al seguente link: <http://www.lloyds.com/Lloyds/Offices/Europe/L-Italia-in-Italiano/Fascicolo-informativo> (Art. 37, Regolamento ISVAP n. 35/2010).

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Durata e proroga del contratto

La durata prevista dal contratto è espressamente indicata in polizza e non potrà essere superiore ai 12 mesi a meno che non preventivamente concordato. Il contratto si risolve automaticamente alla sua naturale scadenza senza obbligo di alcuna comunicazione tra le parti (Art. 9 delle Condizioni Generali di Assicurazione).

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto offre le seguenti coperture ed è operativo in tutto il mondo:

1. Caso di **morte** o **invalidità** permanente conseguente ad **infortuni**, come definiti all'art. 12, 13, 15, 15BIS, 16 e 17 delle **Condizioni Generali di Assicurazione**.
2. Nelle **Condizioni Particolari** sono circostanziate le estensioni di copertura concernenti le seguenti garanzie, valide solo se espressamente richiamate nella scheda di copertura:
 - **Inabilità Temporanea da infortunio (Art. 1);**
 - **Indennità giornaliera in caso di ricovero e ingessatura (Art. 2);**
 - **Indennità giornaliera in caso da convalescenza a seguito di ricovero (Art. 2Bis)** (valida ed operante se richiamata nella scheda di copertura, e solo se rilasciata congiuntamente alla garanzia Indennità giornaliera in caso di ricovero e ingessatura);
 - **Rimborso spese mediche da infortunio (Art. 3);**
 - **Cure dentarie da infortunio (Art. 4)** (valida ed operante se richiamata nella scheda di copertura, e solo se rilasciata congiuntamente alla garanzia Rimborso spese mediche da infortunio);

- **Rimborso Spese per Psicoterapia (Art. 5)** (valida ed operante se richiamata nella scheda di copertura, e solo se rilasciata congiuntamente alla garanzia Rimborso spese mediche da infortunio);
- **Qualità della vita (Art. 6)** (sempre operante quando viene attivata la garanzia Invalidità Permanente da infortunio);
- **Adattamento abitazione e mezzi di trasporto (Art. 7)** (sempre operante quando viene attivata la garanzia Invalidità Permanente da infortunio);
- **Tabella specifica di super valutazione per Invalidità Permanente da infortunio (Art. 8);**
- **Invalidità Permanente da malattia (Art. 9)**, come definiti nel *glossario* allegato nel presente fascicolo (valida ed operante se richiamata nella scheda di copertura, e solo se rilasciata congiuntamente alla garanzia invalidità permanente da infortunio);
- **Diaria da ricovero a seguito di malattia (Art. 10)** (sempre operante quando viene attivata la garanzia Invalidità Permanente da malattia);
- **Ustioni (Art. 11);**
- **Estensione guerra e terrorismo con clausola di recesso entro le 168 ore (Art. 12)** (la presente garanzia è sempre operante).

Le estensioni di garanzia sono prestate su base *rischi nominati*, vale a dire che nell'ambito e limiti dell'oggetto dell' Assicurazione la garanzia copre unicamente le fattispecie di rischio richiamate nel contratto in aggiunta alle esclusioni o limitazioni espressamente contenute nel testo o concordate tra le Parti.

Avvertenza

Esclusioni e limiti delle coperture assicurative

Il contratto prevede alcune limitazioni ed esclusioni alle coperture assicurative, regolarmente esplicitate negli Artt. 14, 19, 22, 23, 27 e 28 delle **Condizioni Generali di Assicurazione**, negli Artt. 1, 2, 2BIS, 3, 4 (vd. Artt. 3 e 4), 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12 delle **Condizioni Particolari**.

Avvertenza

Presenza di franchigie, scoperti e massimali (massimo limite d'indennizzo)

La massima somma assicurata relativa alle garanzie di cui ai punti precedenti è quella concordata tra il contraente/assicurato e gli assicuratori e riportata sulla scheda di copertura. Il contratto prevede l'applicazione di franchigie e/o scoperti e/o massimali alle coperture assicurative di cui al presente punto della Nota Informativa. La loro applicazione può comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo.

Si rimanda specificatamente:

- **Alla Scheda di copertura**
- **All' Art. 13 delle Condizioni Generali di Assicurazione** "Ernie da sforzo"
- **All' Art. 15BIS delle Condizioni Generali di Assicurazione** "Rimpatrio della salma"
- **All' Art. 17 delle Condizioni Generali di Assicurazione** "Invalidità permanente"
- **All' Art. 17BIS delle Condizioni Generali di Assicurazione** "Franchigia per invalidità permanente"
- **All' Art. 17TRIS delle Condizioni Generali di Assicurazione** "Franchigia per invalidità permanente"
- **All' Art. 18 delle Condizioni Generali di Assicurazione** "Criteri di indennizzabilità"
- **All' Art. 27 delle Condizioni Generali di Assicurazione** "Rischio Volo"
- **All' Art. 28 delle Condizioni Generali di Assicurazione** "Concentrazione"
- **All' Art. 1 delle Condizioni Particolari** "Inabilità temporanea da infortunio"
- **All' Art. 2 delle Condizioni Particolari** "Indennità giornaliera in caso di ricovero ed ingessatura"
- **All' Art. 2Bis delle Condizioni Particolari** "Indennità giornaliera da convalescenza a seguito di ricovero"
- **All' Art. 3 delle Condizioni Particolari** "Rimborso Spese mediche da Infortunio"

- **All' Art. 4 delle Condizioni Particolari** "Cure dentarie da Infortunio"
- **All' Art. 5 delle Condizioni Particolari** "Rimborso Spese per psicoterapia"
- **All' Art. 6 delle Condizioni Particolari** "Qualità della vita"
- **All' Art. 7 delle Condizioni Particolari** "Adattamento abitazione e mezzo di trasporto"
- **All' Art. 8 delle Condizioni Particolari** "Tabella specifica di supervalutazione per Invalidità Permanente da infortunio"
- **All' Art. 9 delle Condizioni Particolari** "Garanzia di Invalidità Permanente da malattia" (vd. Art. 5 "Criteri e termini di liquidazione per la garanzia invalidità permanente da malattia")
- **All' Art. 10 delle Condizioni Particolari** "Diaria da ricovero a seguito di malattia"
- **All' Art. 11 delle Condizioni Particolari** "Ustioni"
- **All' Art. 12 delle Condizioni Particolari** "Estensione guerra e terrorismo con clausola di recesso entro le 168 ore"

Esempio di applicazione di franchigia – garanzia Invalidità Permanente conseguente ad Infortunio:

1° esempio (franchigia 3% dal primo euro relativa al 10% di invalidità)

Somma assicurata €500.000,00

Invalidità accertata 7%

Danno accertato €35.000,00

Franchigia 3% relativa al 10%: €500.000,00 X 3% = €15.000,00

Risarcimento €35.000,00 – 15.000,00 = €20.000,00

2° esempio (franchigia fissa del 15% dal primo euro)

Somma assicurata €1.650.000,00

Invalidità accertata 20%

Danno accertato €330.000,00

Franchigia 15%: €1.650.000,00 X 15% = €247.500,00

Risarcimento €330.000,00 – 247.500,00 = €82.500,00

3° esempio (franchigia 3% dal primo euro relativa al 10% di invalidità)

Somma assicurata €500.000,00

Invalidità accertata 13%

Danno accertato €65.000,00

Franchigia 3% relativa al 10%: €0

Risarcimento €65.000,00

Esempio di applicazione della franchigia – garanzia Invalidità Permanente conseguente a Malattia:

1° esempio (franchigia come da tabella presente nel testo di polizza in allegato)

Somma assicurata €500.000,00

Invalidità accertata 5%

Danno €25.000,00

Risarcimento Nessun risarcimento è dovuto, perché il danno è inferiore alla franchigia

2° esempio (franchigia come da tabella presente nel testo di polizza in allegato)

Somma assicurata €500.000,00

Invalidità accertata 40%

Danno accertato €200.000,00

Risarcimento €500.000,00 X 39% = €195.000,00

3° esempio

Somma assicurata €500.000,00

Invalidità accertata 67%

Danno accertato €335.000,00

Risarcimento €500.000,00 X 100% = €500.000,00

Esempio di applicazione della franchigia – garanzia Rimborso Spese Mediche da Infortunio**Esempio**

Somma assicurata €5.000,00

Spese mediche coperte da Assicurazione per esempio €1.500,00 Risarcimento €1.500,00 – €175,00
= €1.325,00**Avvertenza**

Se alle scadenze convenute il Contraente/Assicurato non paga i premi successivi, ai sensi dell'Art 1901 C.C. l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del giorno di 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.

Specificatamente:

All'Art 1 delle Condizioni Generali di Assicurazione "Decorrenza dell'assicurazione"

Avvertenza

I limiti di età per la validità dell'assicurazione sono, rispettivamente, anni 85 per gli infortuni e anni 64 per la malattia. Il raggiungimento dell'età nel corso del contratto esclude l'assicurazione solo al termine dell'annualità, salvo proroga espressa a determinate condizioni. *Specificatamente: All'Art. 22 delle Condizioni Generali di Assicurazione, al punto 4 -Art 4 delle Condizioni Particolari di Assicurazione "Persone non assicurabili per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia.*

ATTENZIONE: Gli Assicuratori si riservano il diritto di applicare condizioni più limitative e/o premio più elevato per gli Assicurati di età compresa tra i 75 e gli 85 anni.

4. Periodi di carenza contrattuali

Non sono previsti periodi di carenza contrattuale

5. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario sanitario – Nullità**Avvertenza**

Ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 C.C. le dichiarazioni non veritiere, 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, così come disposto dall'**Art. 2** delle **Condizioni Generali di Assicurazione**.

Avvertenza

Per l'assicurazione di invalidità permanente conseguente a malattia, le dichiarazioni false e reticenti in sede di compilazione del **questionario sanitario**, potrebbero comportare l'annullamento dello stesso con la perdita totale o parziale dell'indennizzo / risarcimento. Si richiama l'attenzione del contraente/assicurato sulla necessità di rispondere in maniera precisa e veritiera alle domande previste dal questionario sanitario anche nell'eventualità esso venga compilato da un terzo.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni della professione

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni aggravamento del Rischio. Gli aggravamenti di Rischio non comunicati o non accettati dagli Assicuratori possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 C.C. In caso di recesso gli Assicuratori rimborseranno la parte di Premio, al netto dell'imposta, dalla data in cui la comunicazione del recesso prende efficacia sino alla scadenza del contratto, così come disposto dall'**Art. 2** e l'**Art. 21** delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Ipotesi di circostanza rilevante che determina la modificazione del rischio

L'assicurazione vale per gli infortuni e le malattie che l'Assicurato subisca durante il periodo di validità della polizza sia nell'espletamento delle attività professionali, la cui principale è dichiarata nel Certificato, sia nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Ad esempio - relativamente alla garanzia Invalidità Permanente da Infortunio - al momento della stipula del contratto l'Assicurato dichiara di non praticare Sport pericolosi, quali ad esempio il pugilato. Nel caso in cui il l'Assicurato ampliasse la sua attività includendo anche Sport pericolosi, è tenuto a darne debita comunicazione alla società. Relativamente all'invalidità permanente conseguente a malattia un aggravamento del rischio può essere rappresentato da una variazione di ruolo (anche nell'ambito della stessa professione) comportante per Assicurato una esposizione ad agenti inquinanti che ne aumentano la probabilità di contrarre particolari patologie. Se il contraente non comunica alla Società questi aggravamenti di rischio, in caso di sinistro la Società si avvarrà di quanto stabilito all'**Art. 2 – diminuzione o aggravamento del rischio** – delle Condizioni Generali di Assicurazione.

7. Premi

Il contratto, salvo diversa pattuizione fra le parti, è stipulato con frazionamento annuale, dove per frazionamento deve intendersi la periodicità di pagamento del premio. Il premio è comunque sempre interamente dovuto anche se è stato concordato il frazionamento in più rate. Il pagamento del premio è effettuato in favore dell'intermediario che gestisce il contratto.

Gli intermediari possono ricevere dal contraente, a titolo di pagamento dei premi assicurativi (D.Lgs. 7 settembre 2005, N. 209 – Codice delle assicurazioni private):

- a. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'impresa per conto della quale operano o a quella di cui sono distribuiti i contratti, oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
- b. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati alla precedente lettera a).

Per i contratti di assicurazione contro i danni, di cui all'articolo 2, comma 3 del decreto, il divieto riguarda i premi di importo superiore a settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto.

Avvertenza

Sconti sul premio

Il contratto non prevede l'applicazione di sconti.

L'Intermediario/Agente non ha possibilità di applicare a titolo di sconto, nell'ambito di una flessibilità eventualmente concessa dalla compagnia, una riduzione sul premio di tariffa.

8. Diritto di recesso

Avvertenza

Diritti di recesso

Nel presente contratto di Assicurazione operano distintamente due diritti di recesso, il primo esercitabile sia dall'assicuratore che dall'Assicurato/Contraente dopo ogni sinistro o rifiuto dell'indennizzo (60 giorni); il secondo esercitabile esclusivamente dall'Assicuratore relativamente alla estensione della copertura alla Guerra e Terrorismo (168 ore). (**Art. 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione e Punto 12 delle Condizioni Particolari di Assicurazione**).

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (Art. 2952 C.C. 2° comma, così come modificato dalla Legge 27 ottobre 2008, n. 166), fermo restando quanto stabilito dal primo comma dell'art. 2952 del c.c.

10. Legge applicabile al contratto

Il contratto è regolato dalla legge italiana

11. Regime fiscale applicabile al contratto

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente. Al contratto si applicano le imposte in vigore al momento della stipula dello stesso. Sul modulo di polizza sono riportati oltre al premio totale anche i premi imponibili di rata e le relative imposte applicate.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza

Si richiama l'attenzione del Contraente/Assicurato all'individuazione del momento in cui insorge una malattia e a tale scopo si rimanda alla definizione di malattia, che ai fini di questa assicurazione, viene definita come 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 (si veda il glossario). Per la copertura dell'invalidità derivante da infortunio il sinistro si considera insorto al momento dell'infortunio.

Per le modalità ed i termini a carico del Contraente/Assicurato di denuncia di sinistro, le ipotesi in cui viene richiesta la visita medica, le spese di cura a carico dell'assicurato, ed i termini per l'accertamento della invalidità conseguente a malattia si rimanda:

- **All'Art 24 delle Condizioni Generali di Assicurazione “Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi”.**
- **Al Punto 4 – Art. 6 “Accertamento dell'invalidità permanente conseguente a malattia“ e Art. 8 “Denuncia del sinistro ed obblighi relativi per la garanzia invalidità permanente da malattia” delle Condizioni Particolari relative alla garanzia Invalidità Permanente da Malattia.**

13. Assistenza diretta – convenzioni

La copertura assicurativa di invalidità permanente conseguente a malattia non viene fornita in forma diretta

14. Reclami

Ogni reclamo relativo alla gestione del Contratto d'Assicurazione o alla liquidazione dei sinistri dovrebbe essere indirizzato al broker del Contraente per essere a tale fine assistiti.

Gli eventuali reclami possono anche essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo:

- Ufficio Italiano di Lloyd's

All'attenzione del Responsabile dell'ufficio “Regulatory & Compliance”
Corso Garibaldi, 86

20121 Milano
Fax n. 02 63788850
E-mail servizioclienti@lloyds.com

Il reclamo dovrà contenere l'indicazione del numero del contratto assicurativo cui si riferisce.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, oppure decorsi 45 giorni senza che sia stato dato riscontro al reclamo, se il reclamante è un Consumatore o un piccolo imprenditore, intendendosi per tale un imprenditore con un giro d'affari inferiore ad €2.000.000,00 e con meno di 10 dipendenti, potrà anche presentare il proprio reclamo avvalendosi della procedura per liti transfrontaliere "Fin-net", trasmettendo il proprio reclamo all'ISVAP e facendo richiesta di applicazione di tale procedura oppure rivolgendosi direttamente al sistema competente nel Regno Unito: Financial Ombudsman Service, South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, E14 9SR, UK; telefono +442079641000;; complaint.info@financial-ombudsman.org.uk.

La procedura di reclamo fa salvo il diritto di promuovere azioni legali o iniziare procedure alternative di risoluzione delle controversie, in conformità alle previsioni contrattuali.

15. Arbitrato

Avvertenza

Qualora per la risoluzione di eventuali controversie si dovesse ricorrere in arbitrato, così come regolamentato dall'art. 25 delle **Condizioni Generali di Assicurazione**, si rammenta la possibilità in ogni caso di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Il Collegio medico dovrà risiedere nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

* * * * *

Gli assuntori di rischi assicurativi di Lloyd's sono responsabili della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.


Il Rappresentante Generale per l'Italia di Lloyd's
Enrico Bertagna.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

ENPAM 2013

PREAMBOLO

- Articolo I Il presente Certificato di Assicurazione è valido se è firmato anche dal Broker/Corrispondente dei Lloyd's.
- Articolo II Il Broker/Corrispondente dei Lloyd's che sottoscrive il presente Certificato di Assicurazione non è un Assicuratore e pertanto non è responsabile della sua esecuzione.
- Articolo III Il presente contratto non può essere ceduto in tutto o in parte senza il consenso scritto del Broker/Corrispondente dei Lloyd's.
- Articolo IV Il presente Certificato di Assicurazione è regolato oltre che dalle presenti condizioni anche da tutte le Condizioni Generali, Particolari e Speciali allegate, da considerarsi sua parte integrante.

DEFINIZIONI: nel testo che segue si intendono:

- per 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.
- per Contraente: il soggetto che stipula il contratto nell'interesse proprio o di altre persone;
- per Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione;
- per Assicurazione: il contratto di Assicurazione
- per Assicuratori: alcuni membri dei Lloyd's Sottoscrittori della presente Assicurazione;
- per Polizza: il documento che prova l'Assicurazione.
- per Premio: la somma dovuta dall'Assicurato/Contraente agli Assicuratori;
- per Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro;
- per Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione;
- per Indennizzo: la somma dovuta dagli Assicuratori in caso di sinistro.
- per Attività Professionale: quella inerente al lavoro remunerato.
- per Day Hospital: la degenza senza pernottamento presso un Istituto di Cura.
- per Ingessatura: 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.
- per 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.
- per Ricovero: la degenza con pernottamento presso un istituto di cura.

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/Corrispondente dei Lloyd's** che gestisce la polizza.

Il pagamento della prima rata di premio avviene con quietanzamento da parte del **Broker/Corrispondente dei Lloyd's** e, per i premi successivi, su documenti separati emessi dal **Broker/Corrispondente dei Lloyd's** stesso.

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.

ART.2 – DIMINUZIONE O AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO (vedi oltre art.21)

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 nonchè 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 nonchè 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 – CLAUSOLA BROKER - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

La gestione della presente polizza è affidata al **Corrispondente dei Lloyd's** indicato nella **Scheda di Copertura**.

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 **Corrispondente** suindicato si intenderà come fatta agli **Assicuratori** stessi;
- ogni comunicazione fatta dal **Corrispondente** al **Contraente/Assicurato** si intenderà come fatta dall'**Assicuratore**;
- ogni comunicazione fatta dal **Corrispondente** 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 **Corrispondente** si considererà come fatta al **Contraente/Assicurato** e ogni comunicazione fatta dal **Broker** al **Corrispondente** 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 **Corrispondente** 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.

ART. 7 – 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/Corrispondente dei Lloyd's**.

ART. 7BIS – DOMANDE GIUDIZIALI

La rappresentanza processuale passiva è stata conferita dagli **Assicuratori** dei Lloyd's, al Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's. Pertanto, ogni domanda giudiziale relativa a quanto stabilito nella presente **Assicurazione** dovrà essere proposta contro: "Gli **Assicuratori** dei Lloyd's, che hanno assunto il rischio derivante dal Certificato di **Assicurazione** in persona del Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's.

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. 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 principali dichiarate, nonchè delle eventuali diverse attività professionali non dichiarate che, se fossero state conosciute dagli **Assicuratori** prima, 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 (fatto salvo quanto specificatamente escluso dalla clausola "Esclusione di Guerra, Terrorismo e stragi di massa"), 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 (Art. 27);
- 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, nonchè 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 (purchè 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 fatto salvo quanto specificatamente escluso dalla clausola "Esclusione di Guerra, Terrorismo e stragi di massa".
- 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 agonistiche, corse o gare, salvo che si tratti di gare automobilistiche di regolarità indette dall'ACI, regate veliche o raduni cicloturistici o altre manifestazioni di carattere ricreativo che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore;
- e) pratica a qualunque titolo di paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere;
- f) partecipazione a qualsiasi forma di alpinismo e speleologia che di norma implicino l'uso di ramponi, funi o guide, caccia a cavallo, concorsi ippici, la pratica di rugby, boxe o qualunque altra forma di arte marziale;
- 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) 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.
- j) le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da un infortunio.
- k) 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 sledging e lo sci-joring.

Esclusione di guerra, terrorismo e stragi di massa

Ferme le altre condizioni di polizza e modificazioni della stessa, si concorda che il presente contratto di **Assicurazione** esclude danni o esborsi di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti, contribuiti, causati, conseguenti o in relazione con quanto di seguito precisato, indipendentemente da altre cause o eventi che possano aver contribuito, concomitantemente o in altro momento, al danno o costo:

1. guerra, ostilità, operazioni belliche (con conflitti dichiarati o no);
2. invasioni;
3. atti perpetrati da nemici di nazionalità diversa da quella della persona assicurata o del paese nel quale gli atti si verificano;
4. guerra civile;
5. sommosse;
6. ribellioni;
7. insurrezioni;
8. rivoluzioni;
9. rovesciamento di governi legalmente costituiti;
10. tumulti civili che assumano le proporzioni o siano equivalenti ad una rivolta e sommossa;
11. colpi di stato militari o usurpazioni di potere;
12. esplosioni di armi da guerra;

13. l'utilizzazione di armi nucleari, chimiche o biologiche a distruzione di massa, in qualsiasi forma esse siano utilizzate o combinate tra loro;
14. omicidi o assalti per i quali sia stata dimostrata incontrovertibilmente la responsabilità di agenti appartenenti uno stato straniero rispetto alla nazionalità dell'Assicurato, sia nei casi di guerra dichiarata con quello stato sia nei casi in cui non vi siano state dichiarazioni di guerra;
15. attività terroristica.

Ai fini della presente esclusione:

- I) 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;
- II) per utilizzazione delle armi nucleari a distruzione di massa si intende l'uso di ogni tipo di esplosivo nucleare o mezzo di emissione, scarico, dispersione, rilascio o fuga di materiale fissile con livello di radioattività con capacità di rendere inabile o portare alla morte persone e animali;
- III) per utilizzazione di armi chimiche a distruzione di massa si intende l'emissione, scarico, dispersione, rilascio o fuga di ogni materiale chimico composto solido, liquido o gassoso, che quando usato causa incapacità, disabilitazione o morte di persone e animali;
- IV) per utilizzazione di armi biologiche a distruzione di massa si intende l'emissione o scarico, dispersione, rilascio o fuga di ogni agente patogeno (produttore di malattie), micro-organismi e/o tossine biologiche (inclusi, modifiche genetiche e tossine chimiche) capaci di causare incapacità, disabilitazione o morte di persone e animali.

Esclusi dalla presente copertura assicurativa s'intendono inoltre i danni o gli esborsi di qualsivoglia natura, direttamente o indirettamente causati o in relazione con eventuali azioni intraprese per controllare, prevenire o sopprimere uno o tutti gli eventi di cui ai sopra elencati punti da (1) a (15).

Nel caso in cui parte della presente esclusione sia da ritenersi nulla o non applicabile, la parte restante rimarrà in vigore a tutti gli effetti.

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 - MORTE

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

ART. 15BIS- RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di infortunio indennizzabile a termini della presente polizza ed avvenuto all'estero, gli **Assicuratori** corrisponderanno, fino ad un massimo di Euro 2.500,00, 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 quietanziati.

ART. 16 - MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'**Assicurato** non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, gli **Assicuratori** liquideranno ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi in parti uguali il capitale previsto per il caso di morte.

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

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

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

ART. 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 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 suesposta tabella l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato di esercitare qualsiasi attività generica lavorativa, indipendentemente dalla sua professione.

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

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

Per le persone fino a 50 anni di età, se l'infortunio ha per conseguenza lesioni al viso che determinano deturpazioni o sfregi permanenti, gli Assicuratori liquideranno una somma a titolo di ulteriore indennità per il rimborso delle spese documentate e sostenute per l'intervento cosmetico chirurgico riparatore fino ad un massimo di Euro 12.500,00.

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

	LESIONE A destra	INDENNITA' A sinistra
Sordità completa di un orecchio		15%
Sordità completa bilaterale		60%
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di protesi		40%
Altre menomazioni della facoltà visiva (si veda la relativa tabella sul retro)		----
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi 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 amamica		15%
Per la perdita di un testicolo non si corrispondono indennità		----
Esiti della frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola.	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola.	40%	30%
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio		12%
Perdita totale dell'anulare		8%
Perdita totale del mignolo		12%
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%

Perdita della falange uneguale dell'indice	15%		12%
Perdita della falange uneguale del medio		5%	
Perdita della falange uneguale dell'anulare		3%	
Perdita della falange uneguale del mignolo		5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%		9%
Perdita delle due ultime falangi del medio		8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110 gradi e 75 gradi:			
a) in semipronazione	30%		25%
b) in pronazione	35%		30%
c) in supinazione	45%		40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%		20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%		50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:			
a) in semipronazione	40%		35%
b) in pronazione	45%		40%
c) in supinazione	55%		50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%		30%
Anchilosi completa dell'articolazione radiocarpica in estensione rettilinea	18%		15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:			
a) in semipronazione	22%		18%
b) in pronazione	25%		22%
c) in supinazione	35%		30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore, quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		16%	
Perdita totale del solo alluce		7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si da luogo ad alcuna indennità, ma dove concorra perdita di piu' dita ogni altro dito perduto è valutato il		3%	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11%	
Perdita totale della voce		35%	

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

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

TABELLA DI VALUTAZIONE DELLE MENOMAZIONI DELL'ACUTEZZA VISIVA

VISUS PERDUTO	VISUS RESIDUO	Indennità per l'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennità per l'occhio con acutezza visiva minore (occhio migliore)
1/10	9/10	1	2
2/10	8/10	3	6
3/10	7/10	6	12

4/10	6/10	10	19
5/10	5/10	14	26
6/10	4/10	18	34
7/10	3/10	23	42
8/10	2/10	27	50
9/10	1/10	31	58
10/10	0	35	65

Nota:

1. In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
2. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
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 rifrazione.
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 casi di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressochè uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15%, per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.
7. In caso di minorazione di un organo o di un altro arto, le percentuali della tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

ART. 17BIS – FRANCHIGIA PER INVALIDITA' PERMANENTE – Da indicare nella Scheda di Copertura
Salvo se diversamente indicato nella Scheda di Copertura, le somme assicurate per Invalidità Permanente da infortunio sono soggette ad una franchigia articolata come segue sulla somma assicurata:

- Da Euro 0 e fino ad Euro 1.000.000,00: 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;

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. 17TER – FRANCHIGIA PER INVALIDITA' PERMANENTE – Da indicare nella Scheda di Copertura
Salvo se diversamente indicato nella Scheda di Copertura, le somme assicurate per Invalidità Permanente da infortunio sono soggette ad una franchigia articolata come segue sulla somma assicurata:

- Da Euro 0 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; nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado uguale o superiore al 15% della totale, l' **Assicuratore** liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia;

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, 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 Condizioni Generali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore, e non richiederanno il rimborso nel caso contrario. Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente e Inabilità Temporanea è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia se l'**Assicurato** muore per causa indipendente 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 INDENNIZZABILITÀ

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 50.000,00.

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 85 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 paranoici. 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 al **Broker/Corrispondente dei Lloyd's** entro trenta giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'**Assicurato** o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, questo ai sensi dell'art. 1913 Codice Civile.

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

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

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'**Assicurato** o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso agli **Assicuratori**. L'**Assicurato**, i suoi familiari o aventi diritto devono consentire alla visita dei medici degli **Assicuratori** ed a qualsiasi indagine o accertamento che questi 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'ASSICURABILITÀ 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/Corrispondente dei Lloyd's** che gestisce la polizza.

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

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro 3 anni.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici 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/Corrispondente dei Lloyd's** o degli **Assicuratori**;
- in caso di Invalidità Permanente gli **Assicurati** stessi, con l'intesa che le quietanze di liquidazione degli indennizzi dovranno essere sottoscritte sia dall'**Assicurato** che dal **Contraente**.

ART. 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 (semprechè non di proprietà dell'**Assicurato**).

In ogni caso gli **Assicuratori** non corrisponderanno un importo superiore ad Eur 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 (ITALIA)

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 impegnamo 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 Broker indicato in Polizza intermediario della presente Assicurazione;

Problemi:

Se Lei dovesse avere qualsiasi problema in relazione a qualsiasi aspetto della Sua **Assicurazione** La preghiamo di contattare il Broker indicato in Polizza intermediario della presente Assicurazione;

Reclami:

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

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 seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni Generali di Assicurazione:

- | | |
|---------|---|
| Art. 3 | Facoltà di recesso a seguito di sinistro; |
| Art. 7 | Competenza territoriale; |
| Art. 14 | Esclusioni |

Art. 17BIS	Franchigie per Invalidità Permanente
Art. 17TRIS	Franchigie per Invalidità Permanente
Art. 23	Cessazione dell'Assicurazione alla diagnosi di tossicodipendenza, alcolismo, AIDS, HIV, infermità mentali (come definite);
Art. 24	Deferimento di controversie ad un collegio medico
Art. 28	Concentrazione

IL CONTRAENTE

CONDIZIONI PARTICOLARI

1) Inabilità Temporanea da Infortunio

LA PRESENTE GARANZIA È VALIDA SOLO SE È INDICATA NELLA SCHEDA DI COPERTURA

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

- 1) integralmente, per ogni giorno in cui l'**Assicurato** si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- 2) 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 90 giorni, a decorrere dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato con le modalità dell'Art. 24 delle Condizioni Generali di polizza (dedotta la franchigia applicata in polizza) o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia (dedotta la franchigia applicata in polizza) 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.

2) Indennità giornaliera in caso di ricovero ed ingessatura

LA PRESENTE GARANZIA È VALIDA SOLO SE È INDICATA NELLA SCHEDA DI COPERTURA

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 90 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 sopra indicato, 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.

Qualora invece l'**Assicurato** riporti uno stato di Coma non dipendente da altre cause, gli **Assicuratori** si impegnano ad estendere il periodo massimo di indennizzo da 90 giorni a 180 giorni.

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.

2Bis) Indennità Giornaliera da Convalescenza a Seguito di Ricovero

LA PRESENTE GARANZIA È VALIDA ED OPERANTE SOLO SE RILASCIATA CONGIUNTAMENTE ALLA GARANZIA INDENNITÀ GIORNALIERA IN CASO DI RICOVERO ED INGESSATURA

Se in conseguenza di un ricovero ospedaliero come definito nell'articolo precedente, all'**Assicurato** viene prescritto, dal medico che lo segue durante il ricovero, un periodo di convalescenza, da trascorrere presso il proprio domicilio o residenza, gli **Assicuratori** liquideranno un'indennità per ogni giorno di convalescenza con il limite giornaliero di €. (**Vedi scheda di copertura**) e per un numero massimo di 45 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.

3) Rimborso Spese mediche da infortunio

LA PRESENTE GARANZIA È VALIDA SOLO SE È INDICATA NELLA SCHEDA DI COPERTURA

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) 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 entro il limite del 20% del massimale assicurato;
- inoltre,
- e) le spese, entro il limite del 20% del massimale assicurato, 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 trenta giorni successivi. La domanda di rimborso, corredata dalle ricevute originali delle spese sostenute per i titoli suindicati, dovrà essere presentata agli **Assicuratori** entro un mese 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 EUR 75.00 (a meno che non sia diversamente stabilito in polizza) per ogni singolo evento, importo che rimane quindi a carico dell'**Assicurato**.

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

4) Cure Dentarie da Infortunio

LA PRESENTE GARANZIA È VALIDA ED OPERANTE SOLO SE VIENE ATTIVATA LA GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO (Art. 3 Condizioni Particolari)

Qualora un **Assicurato**, a causa di un infortunio – risarcibile a termini di polizza – ed entro due anni dallo stesso, riporti un danno odontoiatrico, 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. (Art. 3 Condizioni Particolari)

Definizioni applicabili alla seguente Garanzia

per "odontoiatra" si intende un medico odontoiatra professionista abilitato che non sia:

- a) Un **Assicurato**;
- b) Un familiare diretto dell'**Assicurato**;
- c) Un dipendente del **Contraente**.

ESCLUSIONI APPLICABILI ALLA SEGUENTE SEZIONE

Sono escluse dalla copertura le richieste di risarcimento correlate a cure o visite dentistiche preventive o di controllo, incluse a titolo esemplificativo e non limitativo le devitalizzazioni.

5) Rimborse Spese per Psicoterapia

LA PRESENTE GARANZIA E' VALIDA ED OPERANTE SOLO SE VIENE ATTIVATA LA GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO (Art. 3 Condizioni Particolari)

Qualora un **Assicurato** riporti una lesione conseguente ad infortunio che, entro 90 giorni dalla data dell'infortunio, determini un'invalidità permanente totale, gli **Assicuratori** rimborseranno le spese per la psicoterapia, come di seguito meglio specificato, incluse in copertura e derivanti dalla lesione che ha determinato l'invalidità permanente totale.

Definizioni applicabili alla seguente garanzia

Per "spese per psicoterapia" incluse in copertura si intendono le spese che:

- Sono sostenute per una seduta di psicoterapia medicalmente necessaria cui l'**Assicurato** si sottoponga dietro prescrizione o sotto il controllo di un medico;
- Siano congrue rispetto alle tariffe normalmente praticate per sedute terapeutiche analoghe nel luogo in cui è stata sostenuta la spesa;
- Non includano costi che non sarebbero stati sostenuti in assenza di assicurazione.

CONDIZIONI APPLICABILI ALLA PRESENTE CLAUSOLA

Le spese per psicoterapia incluse in copertura devono essere sostenute entro un anno dalla data dell'infortunio. Tali spese eventuali devono essere ritenute indispensabili per aiutare l'**Assicurato** ad affrontare la condizione di invalidità sopraggiunta a seguito dell'infortunio.

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. (Art. 3 Condizioni Particolari)

ESCLUSIONI APPLICABILI ALLA PRESENTE CLAUSOLA

Sono escluse dalla copertura le spese sostenute per o derivanti da qualunque condizione per la quale l'**Assicurato** abbia diritto ad un risarcimento attraverso fondi sociali statali o altri fondi analoghi.

6) Qualità della vita

LA PRESENTE GARANZIA E' SEMPRE OPERANTE

A seguito in un infortunio indennizzabile a termini di polizza, che comporti una riduzione della qualità della vita dell'**Assicurato** presumibilmente permanente, gli **Assicuratori** liquideranno allo stesso per tale titolo fino ad un massimo di Euro 15.000,00 per **Assicurato**.

Definizioni applicabili alla seguente garanzia

Riduzione della qualità della vita: menomazione che costringe un **Assicurato** all'esistenza di un'altra persona o apparecchio meccanico per svolgere due o più delle seguenti attività, quali:

- Vestirsi e svestirsi;
- Lavarsi;
- Mangiare e bere;
- Effettuare le normali incombenze domestiche, fare acquisti e guidare.

ESCLUSIONI APPLICABILI ALLA PRESENTE CLAUSOLA

Sono escluse dalla copertura tutte le patologie nervose o mentali che determinano la perdita delle capacità cognitive.

7) Adattamento Abitazione e Mezzo di Trasporto

LA PRESENTE GARANZIA E' SEMPRE OPERANTE

A seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza che comporti per l'**Assicurato** un'invalidità permanente e che 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 ove l'**Assicurato** risulti residente quali: costruzioni di rampe e scivoli, sistemi di sopraelevazione, allargamento di valichi di accesso, sostituzione porte a seguito di allargamento dei varchi. Sono comprese le modifiche interne all'abitazione e al fabbricato pertinente;
- Sostituzione della vasca, della doccia, dei sanitari e installazione di maniglie speciali per il loro utilizzo presso l'abitazione ove l'**Assicurato** risulti residente.

Gli **Assicuratori** corrisponderanno all'**Assicurato** fino al limite massimo di Euro 25.000,00 per Sinistro e Periodo di Assicurazione a condizioni 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 nella deambulazione tale da essere necessario l'utilizzo della sedia a rotelle per un periodo non inferiore ad un anno.

Sono compresi sia i costi di progettazione che quelli di realizzazione. Ai fini dell'indennizzo l'**Assicurato** deve presentare la seguente documentazione:

- Copia del progetto di modifica dell'abitazione e del fabbricato pertinente;
- Copia 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.

8) Tabella Specifica di Supervalutazione per Invalidità Permanente da Infortunio
LA PRESENTE GARANZIA E' OPERANTE SOLO SE INDICATA NELLA SCHEDA DI COPERTURA

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	20%	15%
per la perdita totale o parziale contemporanea di due dita della stessa mano sino al massimo del	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 della voce	50%	

9) Garanzia di Invalidità Permanente conseguente a Malattia
LA PRESENTE GARANZIA E' VALIDA ED OPERANTE SOLO SE RILASCIATA CONGIUNTAMENTE ALLA GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO.

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

ART 1): OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

ART 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**.

ART 3): ESCLUSIONI per la GARANZIA INVALIDITA' 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:

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

ART 4): PERSONE NON ASSICURABILI per la GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

L'Assicurazione non vale:

- a) per le persone di età superiore ai 64 (sessantaquattro) anni, mentre per quelle assicurate cessa automaticamente alla scadenza annuale del contratto immediatamente successiva al compimento del 64 (sessantaquattresimo) anno di età;
- b) per le persone affette da epilessia, tossicodipendenza, infermità mentali, alcolismo, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), o simili o correlate sindromi comunque esse siano state contratte e denominate. L'Assicurazione cessa con la diagnosi di una delle predette condizioni, restando precisato che sono comunque escluse le conseguenze della prima diagnosi.

ART 5): CRITERI E TERMINI DI LIQUIDAZIONE per la GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

a) In caso di malattia che abbia per conseguenza una Invalidità Permanente di grado superiore al 24%(ventiquattroper 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.

A = % INVALIDITA PERMANENTE ACCERTATA
B = % DA LIQUIDARE SULLA SOMMA ASSICURATA

A	B	A	B	A	B
Up to 20%	Nil	38	35	52	63
21	1				
22	3				
23	5				
24	7				
25	9	39	37	53	65
26	11	40	39	54	67
27	13	41	41	55	69
28	15	42	43	56	71
29	17	43	45	57	73
30	19	44	47	58	76
31	21	45	49	59	79
32	23	46	51	60	82
33	25	47	53	61	85
34	27	48	55	62	88
35	29	49	57	63	91
36	31	50	59	64	94
37	33	51	61	65	97
				66 ed oltre	100

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

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella predetta tabella l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla propria attività o professione.

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

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

ART 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.

ART 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 comma b) dell'art. 5) - Criteri di liquidazione.

ART 8): DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI per la GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA.

L'Assicurato deve denunciare al Broker/Corrispondente dei Lloyd's, a mezzo lettera raccomandata, il verificarsi di qualsiasi invalidità che, secondo parere medico, possa essere indennizzabile a termini di polizza.

La denuncia deve essere effettuata entro 30 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.

10) Diaria da Ricovero a seguito di 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 45 (quarantacinque) giorni. L'importo dell'indennità giornaliera verrà corrisposto all'**Assicurato** dopo che sia trascorso un periodo minimo di 7 (sette) giorni. Tale termine decorre dal giorno di ricovero dell'**Assicurato**.

ESCLUSIONI APPLICABILI ALLA PRESENTE CLAUSOLA

La prestazione non è corrisposta a seguito di:

- Trattamenti per disturbi nervosi o psichici, indipendentemente dalla loro classificazione;
- 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;
- Accertamenti, operazioni o trattamenti di natura puramente estetica o finalizzata al trattamento dell'obesità o dell'impotenza ovvero atti a favorire il concepimento;
- Gravidanza o parto;
- Ricovero ospedaliero avvenuto più di 180 (centottanta) giorni dalla data dell'infortunio;
- Eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni persistenti alla stipulazione della polizza;
- Malattie direttamente o indirettamente causate da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia, AIDS o sindromi correlate, malattie trasmissibili per via sessuale, diabete;
- Check up, esami periodici o di controllo.

11) Ustioni

LA PRESENTE GARANZIA È VALIDA SOLO SE È INDICATA NELLA SCHEDA DI COPERTURA

In caso di infortunio risarcibile a termini di polizza, a seguito del quale l'**Assicurato** riporti un'ustione, gli **Assicuratori** liquideranno per tale titolo l'indennità calcolata sulla somma assicurata per la Garanzia Invalidità Permanente da Infortunio indicata in **Scheda di Polizza**, secondo le percentuali previste dalla Tabella che segue in base al tipo di ustione riportata.

Per le Ustioni di secondo, terzo e quarto grado, gli **Assicuratori** liquideranno le seguenti percentuali della Somma Assicurata per la Garanzia Invalidità Permanente da Infortunio:

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, gli **Assicuratori** liquideranno le seguenti percentuali della Somma Assicurata per la Garanzia Invalidità Permanente da Infortunio:

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%

CONDIZIONI APPLICABILI ALLA PRESENTE CLAUSOLA

1. In caso di ustione alla testa e/o al collo, l'indennizzo a 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.

2. In caso di ustione del perineo, l'indennizzo a maggiorato del 10%.

3. In caso di diagnosi di shock da ustione, l'indennizzo a maggiorato del 20%.
4. L' 1% di superficie corporea lesa corrisponde al palmo di una mano, dita comprese.

12) Estensione Guerra e Terrorismo con Clausola di Recesso entro le 168 ore
LA PRESENTE GARANZIA SI INTENDE SEMPRE OPERANTE

(Questa clausola si intende estesa a tutti i paesi della Unione Europea ed alla Svizzera)

Ferme le altre condizioni di polizza e a parziale deroga della "Esclusione di guerra, terrorismo e stragi di massa" si estende l'**Assicurazione** a lesioni corporee direttamente o indirettamente causate, conseguenti o in relazione con quanto di seguito precisato:

1. Guerra, ostilità, operazioni belliche (con conflitti dichiarati o no);
2. Invasioni;
3. Atti perpetrati da nemici di nazionalità diversa da quella della persona assicurata o del paese nel quale gli atti si verificano;
4. Guerra civile;
5. Sommosse;
6. Ribellioni;
7. Insurrezioni;
8. Rivoluzioni;
9. Rovesciamento di governi legalmente costituiti;
10. Tumulti civili che assumano le proporzioni o siano equivalenti ad una sommossa e rivolta;
11. Colpi di stato militari o usurpazioni di potere;
12. Esplosioni di armi da guerra;
13. Omicidi o assalti per i quali sia stata dimostrata incontrovertibilmente la responsabilità di agenti appartenenti ad uno stato straniero rispetto alla nazionalità dell'**Assicurato**, sia nei casi di guerra dichiarata con quello stato sia nei casi in cui non vi siano state dichiarazioni di guerra;
14. Attività terroristica

fermo restando che,

- a) i soggetti Assicurati non partecipino attivamente ad alcuno degli eventi di cui ai sopra elencati punti da (1) a (14) e
- b) che nessuno dei punti sopra elencati da (1) a (14) siano la conseguenza dell'utilizzazione di armi nucleari, chimiche e biologiche a distruzione di massa in qualsiasi forma esse siano utilizzate e/o combinate tra loro e
- c) che la presente estensione e' soggetta ai termini e condizioni della clausola "Limited war exclusion clause, NMA2582B".

Ai fini della presente estensione:

Per attività terroristica s'intendono l'atto o gli atti perpetrati da un soggetto o da un 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.

Per utilizzazione delle armi nucleari a distruzione di massa , si intende l'uso di ogni tipo di esplosivo nucleare o mezzo di emissione, scarico, dispersione, rilascio o fuga di materiale fissile con livello di radioattività e con capacità di rendere inabile o portare alla morte persone e animali.

Per utilizzazione di armi chimiche a distruzione di massa si intende l'emissione o scarico, dispersione, rilascio o fuga di ogni materiale chimico composto, solido, liquido o gassoso che quando usato causa incapacità, disabilitazione o morte di persone e animali.

Per utilizzazione di armi biologiche a distruzione di massa, si intende l'emissione o scarico, dispersione, rilascio o fuga di ogni agente patogeno (produttore di malattie) micro-organismi e/o tossine biologiche (inclusi modifiche genetiche e tossine chimiche) capaci di causare incapacità, disabilitazione o morte di persone e animali.

Fermo restando quanto sopra indicato, gli **Assicuratori** si riservano il diritto di concedere all'**Assicurato** un preavviso di 168 ore per la notifica dell' annullamento dell'inclusione di uno o tutti i rischi di cui ai sopra elencati punti da (1) a (14). Tale notifica sarà ritenuta debitamente ricevuta da parte dell'**Assicurato** all' ora e alla data in cui la medesima sarà stata ricevuta dall'intermediario che avrà negoziato la polizza direttamente con gli **Assicuratori**.

Clausola di Limitata Esclusione di Stato di Guerra [Limited War Exclusion Clause]

In deroga a quanto previsto dalla presente polizza, la stessa non copre danni conseguenti a:

- 1) stato di guerra, dichiarato o no, tra almeno due dei seguenti paesi: Cina, Francia, Regno Unito, Federazione Russa e Stati Uniti d'America;
- 2) stato di guerra sul territorio europeo, dichiarato o no (ad eccezione di guerre civili o azioni applicative condotte da o per conto delle Nazioni Unite) nel quale siano coinvolti i paesi sopra elencati o loro forze armate.

(1/7/93)

NMA 2582B

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 tutti gli articoli delle Condizioni Particolari

IL CONTRAENTE

GLOSSARIO

(le definizioni relative a termini espressi al singolare valgono, con significato al plurale, anche per i medesimi termini espressi al plurale)

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione;

Assicuratore: il membro o membri di Lloyd's, che hanno accettato di assumere il rischio coperto dal Contratto d'Assicurazione e, in caso di coassicurazione, le imprese di assicurazione menzionate nel Contratto di Assicurazione;

Assicurazione: il contratto di Assicurazione;

Attività professionale: quella inerente al lavoro remunerato;

Broker: il broker di Assicurazione indicato nella Scheda di Polizza

Bilanci dei membri: l'utile/(la perdita) da distribuire/(da recuperare) da parte dei Sindacati a favore di/(dai) membri di Lloyd's;

Contratto d' Assicurazione: il contratto in forza del quale l'Assicuratore assume, nei limiti, termini e condizioni ivi previsti, i rischi nello stesso specificati:

Contraente: Il soggetto che stipula il Contratto d'Assicurazione ed il cui interesse può essere protetto dall'Assicurazione;

Day Hospital: la degenza senza pernottamento presso un Istituto di Cura;

Evento accidentale: Si attribuisce a tutti i sinistri e/o danni individuali che sorgono e che sono causati da un avvenimento improvviso, fortuito ed imprevisto e che avviene in un momento ed un luogo preciso e definito

Fondi dei membri presso i Lloyd's: i fondi depositati e detenuti in via fiduciaria presso Lloyd's a garanzia dei contraenti e per sostenere l'attività assuntiva di rischi complessiva di un membro;

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

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente oppure un'inabilità temporanea;

Ingessatura: 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;

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

Invalidità da malattia: E' considerata Invalidità Permanente la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità lavorativa dell'Assicurato in relazione alla propria attività/professione.

Malattia: 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.;

Massimale: l'ammontare che rappresenta l'entità massima dell'obbligazione di pagamento dell'Assicuratore in forza del Contratto d'Assicurazione;

Polizza: il documento che prova l'Assicurazione;

Premio: Il corrispettivo dovuto dal Contraente all'Assicuratore;

Retribuzione annua: Agli effetti assicurativi per retribuzione s'intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni: oltre lo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi le carattere continuativo, ivi comprese le provvigioni, i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità, anche se non di ammontare fisso, con esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere eccezionale. Fa parte della retribuzione anche l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti al dipendente nella misura convenzionalmente concordata.

Ricovero: la degenza con pernottamento presso un istituto di cura;

Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro;

Scheda di Polizza: il documento allegato al Contratto d'Assicurazione che contiene i dati del Contraente e dell'Assicurato, il Massimale, i Sottolimiti, la decorrenza, il premio, i Sindacati il cui membro o membri hanno accettato di assumere il rischio coperto dal Contratto d'Assicurazione, gli eventuali altri dettagli del Contratto d'Assicurazione;

Sindacato: è definito Sindacato il membro di Lloyd's o il gruppo di membri di Lloyd's, che assumono rischi attraverso un agente gestore al quale è attribuito un numero di sindacato dal "Council" di Lloyd's;

Sinistro: Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa