

POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI E MALATTIA**CONDIZIONI GENERALI:**

- ARTICOLI CHE GOVERNANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

CONDIZIONI SPECIALI:

(Valide se richiamate)

- INDENNIZZI ALLA CONTRAENTE
- LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI
- LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI PROFESSIONALI

CONDIZIONI PARTICOLARI:

(Valide se espressamente indicate nel modulo e se se ne sia stato corrisposto il relativo premio addizionale)

- INVALIDITÀ TEMPORANEA DA INFORTUNIO
- INDENNITÀ GIORNALIERA IN CASO DI RICOVERO ED INGESSATURA
- RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO
- GARANZIA DI INVALIDITÀ PERMANENTE CONSEGUENTE A MALATTIA
- JHA ESTENSIONE GUERRA E TERRORISMO CON CLAUSOLA DI RECESSO ENTRO LE 168 ORE

ALLEGATI:

- ASSICURAZIONI CUMULATIVE
- DIRIGENTI
- ASSICURAZIONI IN BASE ALL'AMMONTARE DELLE RETRIBUZIONI
- INFORTUNI DEL CONDUCENTE
- TABELLA A – LEGGE INFORTUNI SUL LAVORO (T.U. 30 GIUGNO 1965 - N° 1124)

PREAMBOLO

Art. 1 Il presente Certificato di Assicurazione è valido se è firmato anche dal Corrispondente dei Lloyd's.

Art. 2 Il Corrispondente dei Lloyd's che sottoscrive il presente Certificato di Assicurazione non è un Assicuratore e pertanto non è responsabile della sua esecuzione.

Art. 3 Il presente contratto non può essere ceduto in tutto o in parte senza il consenso scritto del Corrispondente dei Lloyd's.

Art. 4 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:

ASSICURATO	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione;
ASSICURATORI	Lloyd's Insurance Company S.A.
ASSICURAZIONE	Il contratto di Assicurazione;
ATTIVITA' PROFESSIONALE	Quella inerente al lavoro remunerato;
INTERMEDIARIO DI ASSICURAZIONE	L'Intermediario di Assicurazione indicato nella scheda di copertura;
CONTRAENTE	Il soggetto che stipula il contratto nell'interesse proprio o di altre persone;
DAY HOSPITAL	La degenza senza pernottamento presso un Istituto di Cura;
INDENNIZZO	La somma dovuta dagli Assicuratori in caso di sinistro;
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;
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;
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;
POLIZZA	Il documento che prova l'Assicurazione;
PREMIO	La somma dovuta dall'Assicurato/Contraente agli Assicuratori;
RICOVERO	La degenza con pernottamento presso un istituto di cura;
RISCHIO	La probabilità che si verifichi il sinistro;
SINISTRO	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione;

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 **Corrispondente dei Lloyd's** che gestisce la polizza. Il pagamento della prima rata di premio avviene con quietanzamento da parte del **Corrispondente dei Lloyd's** e, per i premi successivi, su documenti separati emessi dal **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 in conseguenza del cambiamento nel rischio.

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

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

Art. 3**RECESSO A SEGUITO DI SINISTRO**

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

Art. 4**ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI**

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

Art. 5 ONERI FISCALI

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

Art. 6 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni cui le parti sono tenute devono essere fatte con lettera raccomandata, telex, o telefax. Tutte le comunicazioni date al **Corrispondente dei Lloyd's** hanno piena validità ed efficacia tra le parti.

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 **Corrispondente dei Lloyd's**.

Art. 7Bis DOMANDE GIUDIZIALI

La rappresentanza processuale passiva è stata conferita a Lloyd's Insurance Company S.A., Corso Garibaldi 86 – 20121 Milano.

Art. 8 VALIDITA' TERRITORIALE

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

Art. 9 RINNOVO DEL CONTRATTO

Ove nella Scheda di Copertura sia stabilito che le Parti hanno convenuto che il contratto sia soggetto alla proroga automatica, è valida ed è operante la clausola che segue. In assenza di tale indicazione nella Scheda di Copertura, il contratto cessa alla data di scadenza senza obbligo di disdetta, non essendone previsto il tacito rinnovo o la tacita proroga.

Clausola della proroga automatica dell'assicurazione

Il contratto s'intende automaticamente prorogato, dalla data della sua scadenza, per un nuovo Periodo di Assicurazione di 12 mesi alle stesse condizioni in corso e subordinatamente al pagamento del premio dovuto ai sensi dell'articolo 1.

Il rinnovo è però condizionato al ricorrere delle seguenti condizioni :

1. che nei passati 12 mesi, l'Assicurato non abbia denunciato sinistri sulla polizza in corso;
2. che nei passati 12 mesi l'attività professionale dichiarata nel Modulo di Proposta presentato agli assicuratori insieme alla richiesta di emissione non abbia subito variazioni e/o cambiamenti nell'attività svolta;

Qualora una o entrambe le condizioni suddette non corrisponda a verità, l'Assicurato deve darne avviso per iscritto agli Assicuratori entro i 30 (trenta) giorni successivi alla predetta data di scadenza; in caso di comunicazione tardiva gli Assicuratori si riservano di procedere alla risoluzione del contratto ed alla restituzione del premio ove lo stesso sia già stato corrisposto.

Qualora la comunicazione venga inoltrata nei termini previsti, gli Assicuratori, per il tramite l'Intermediario e nel termine di 30 (trenta) giorni dalla ricezione della dichiarazione da parte dell'Assicurato, avranno diritto di confermare il rinnovo oppure di annullarlo con restituzione del premio, se questo è già stato riscosso, oppure di concordare con l'Assicurato diversi termini di rinnovo del contratto. In caso di accettazione del rischio da parte degli Assicuratori a diverse condizioni di Premio, l'Assicurato ha a disposizione ulteriori 5 (cinque) giorni dalla ricezione dell'offerta da parte degli Assicuratori entro i quali può manifestare il proprio assenso alle nuove condizioni di polizza, attraverso il pagamento del premio maggiorato o della maggiorazione del premio qualora il pagamento dello stesso sia già stato effettuato. In caso di mancata accettazione da parte dell'Assicurato, gli Assicuratori provvederanno alla restituzione del premio già corrisposto.

Entrambe le condizioni 1 e 2 che precedono s'intendono tacitamente confermate se l'Assicurato non abbia dato diverso avviso agli Assicuratori nei termini suddetti.

Inoltre, laddove l'età dell'Assicurato comporti l'attribuzione del rischio ad una fascia di premio annuale diversa, il premio verrà adeguato automaticamente alla fascia di premio dell'età corrispondente.

I disposti che precedono si applicano anche alla scadenza di ciascun Periodo di Assicurazione successivo, ferma la facoltà di ognuna delle Parti di dare disdetta al contratto mediante lettera raccomandata o a mezzo fax da inviare per il tramite l'Intermediario all'altra Parte almeno 30 (trenta) giorni prima della data di ogni scadenza.

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 ed in itinere, nonché 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 1607JHA00005"), 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) e 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. 26);
- e) i colpi di sole e di calore, la disidratazione, l'assideramento e il congelamento, le vertigini nonché, in genere, gli effetti della temperatura esterna, degli agenti atmosferici e di altre influenze termiche ed atmosferiche;
- f) l'asfissia dovuta ad involontaria aspirazione di gas o vapori;

- g) l'avvelenamento, le intossicazioni e le lesioni prodotte dall'ingestione accidentale di cibi o dall'assorbimento di bevande o sostanze in genere;
- h) i morsi ed i calci, le punture e le ustioni provocate da animali, insetti e vegetali (con esclusione però delle malattie da essi direttamente o indirettamente provocate)
- i) le infezioni, comprese quelle tetaniche, conseguenti ad infortuni risarcibili a termini di polizza;
- j) l'annegamento;
- k) le lesioni muscolari e tendinee determinate da sforzi (escluso infarto e colpi apoplettici) e le ernie traumatiche;
- l) l'azione di fulmine, la folgorazione e le lesioni provocate da scariche elettriche;
- m) le lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive, nonché le lesioni prodotte da fiamma o da corpi incandescenti;
- n) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da **Infortunio**;
- o) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza (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 1607JHA00005".
- 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) i sinistri derivanti e/o riconducibili ad attività riguardante gare di sci e snowboard, gare di salto con gli sci, sci acrobatico, hockey su ghiaccio, utilizzo di bob o skeletons.
- l) Qualsiasi patologia, diagnosticata o meno, per la quale l'**Assicurato** abbia cercato un parere, diagnosi, trattamento o terapia psicologica o della quale l'**Assicurato** fosse a conoscenza o avrebbe dovuto essere a conoscenza alla decorrenza di questa Assicurazione o per la quale l'**Assicurato** è stato curato negli ultimi cinque (5) anni precedenti alla decorrenza di questa Assicurazione.

Esclusione di guerra, terrorismo e stragi di massa 1607JHA00005

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. (JHA 27/11/01).

Esclusione per contaminazione Nucleare 27/11/2001

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 eguali 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

INVALIDITA' 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.

Art. 17Bis**FRANCHIGIA PER INVALIDITA' PERMANENTE**

Le somme assicurate per Invalidità Permanente da **Infortunio**, a meno che non diversamente stabilito nella scheda di copertura, sono soggette ad una franchigia articolata come segue sulla somma assicurata:

- 3% relativa al 10% di disabilità fino ad Euro 550.000,00 (la franchigia scompare per disabilità eguali o superiori all'11%);
- 5% per somme assicurate eccedenti Euro 550.000,00 e fino ad Euro 775.000,00;
- 10% per somme assicurate eccedenti Euro 775.000,00 e fino ad Euro 1.300.000,00;
- 15% per somme assicurate eccedenti Euro 1.300.000,00 e fino ad Euro 1.650.000,00.

Qualora, in conseguenza di un **Infortunio**, l'**Assicurato** riporti una Invalidità Permanente di grado superiore al 60% la somma assicurata per il caso Invalidità Permanente verrà liquidata al 100%.

Limitatamente alla categoria Dirigenti, alle regolari dipendenze della Contraente, per le percentuali di Invalidità Permanente, valutate come sopra, verrà considerata l'intera percentuale della invalidità accertata senza applicazione di franchigia alcuna.

Art. 18**CUMULO DI INDENNITA'**

Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro 730 giorni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo l'Assicurato muore, l'Assicuratore corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto

alle altre persone indicate nella Scheda di Copertura, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore, e non chiede rimborso nel caso contrario. Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque, se non liquidata, dopo il consolidamento di uno stato di invalidità permanente obiettivamente verificabile o verificata e documentata nella sua entità, l'assicuratore paga agli eredi l'importo dovuto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 19**CRITERI DI INDENNIZZABILITA'**

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

In caso di perdita anatomica o perdita funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di liquidazione, di cui all'art. 17, saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 20**ANTICIPO INDENNIZZI**

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

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

Art. 21**BUONA FEDE**

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

Art. 22**LIMITI DI ETA'**

L'**Assicurazione** non vale per le persone di età maggiore di 80 anni. Tuttavia per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'**Assicurazione** mantiene la sua validità fino alla scadenza annuale della polizza corrente.

Art. 23**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 **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. 24

CONTROVERSIE SULL'ASSICURABILITA' DELLE PERSONE E SULLE CONSEGUENZE DELLE LESIONI

In caso di divergenza sull'assicurabilità delle persone ed ai sensi del precedente Art. 19 sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni e/o sul grado di Invalidità Permanente, le parti possono 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 **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. 25

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 **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**.
- e/o i Soggetti indicati nella scheda di copertura.

Art. 26

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 private (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. 27**CONCENTRAZIONE**

Nel caso di sinistro che colpisca piu' 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 verterà effettuata in modo proporzionale alla somma assicurata per persona.

Art. 28**JHA 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:

Qualora sorgessero delle domanda o dubbi in relazione all'**Assicurazione** o sulla gestione di un sinistro La preghiamo di contattare in prima istanza l'Intermediario di Assicurazione indicato nella scheda di copertura..

Problemi:

Qualora sorgessero problemi in relazione a qualsiasi aspetto della Sua **Assicurazione** La preghiamo di contattare l'Intermediario di Assicurazione indicato nella scheda di copertura.

Reclami:

Qualsiasi reclamo riguardante la gestione della Sua Assicurazione o la gestione di un sinistro deve essere inviato per iscritto

Servizio Reclami

Lloyd's Insurance Company S.A.

Corso Garibaldi 86 - 20121 Milano

Fax: +39 02 6378 8857

E-mail: servizioreclami@lloyds.com o servizioreclami@pec.lloyds.com

Conferma di ricezione verrà fornita per iscritto tempestivamente. Un riscontro scritto al reclamo verrà fornito entro 45 (quarantacinque) di calendario dalla presentazione del reclamo.

In caso di insoddisfazione con riferimento alla decisione finale, ovvero in caso di mancata ricezione di una decisione in merito entro quarantacinque (45) di calendario dal presentazione del reclamo, l'assicurato avrà il diritto di presentare il proprio reclamo all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) ai seguenti recapiti:

IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni

via del Quirinale 21 - 00187 Roma

Tel. 800 486661 (chiamate dall'Italia)

Tel.: +39 06 42021 095 (chiamate dall'estero)

Fax : +39 06 42133 206

E-mail: ivass@pec.ivass.it

Il sito IVASS www.ivass.it fornisce ulteriori informazioni sulle modalità di presentazione del reclamo, oltre a mettere a disposizione l'apposito modulo disposto a tale scopo.

Art. 29**JHA ESTENSIONE GUERRA E TERRORISMO CON CLAUSOLA DI RECESSO ENTRO**

LE 168 ORE – 1607JHA00006

(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 "JHA 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
 - 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 agiscono 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**.

JHA 27/11/01

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

(Assicurazione **Infortunio** o Assicurazione contro le malattie)

Fermo restando quanto contrario al contenuto della presente polizza, la presente polizza assicurativa non copre danni conseguenti a:

stato di guerra, dichiarato o no, tra i seguenti paesi: Cina, Francia, Regno Unito, Federazione Russa e Stati Uniti d'America; o 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

JHA 27/11/01

IL CONTRAENTE

CLAUSOLE VESSATORIE**Clausole da approvare esplicitamente per iscritto**

Agli effetti degli articoli 1322, 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di aver preso conoscenza e di approvare espressamente le seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni Generali di Assicurazione:

Art. 3	Recesso a seguito di sinistro
Art. 7	Foro competente
Art. 14	Esclusioni
Art. 17BIS	Franchigie per Invalidità Permanente
Art. 24	Controversie sull'assicurabilità delle persone e sulle conseguenze delle lesioni
Art. 27	Concentrazione

IL CONTRAENTE

CONDIZIONI SPECIALI

(Valide se richiamate in scheda di Copertura)

Art. 1

INDENNIZZI ALLA CONTRAENTE

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

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

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

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

Art. 2**LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI**

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

Art. 3**LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI PROFESSIONALI**

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

CONDIZIONI PARTICOLARI

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

1. INABILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNIO

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

- 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.

L'indennizzo per Inabilità Temporanea, viene corrisposto per un periodo massimo di 180 giorni, a decorrere dal giorno successivo a quello dell'**Infortunio** regolarmente denunciato con le modalità dell'Art. 24 delle Condizioni Generali di 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 ferma la clausola qui di seguito riportata:

Clausola Inabilità Temporanea -

“La garanzia Inabilità Temporanea da **Infortunio** non sarà liquidata in caso di sinistro in aggiunta alla garanzia Invalidità Permanente da **Infortunio** a meno che la percentuale di Invalidità Permanente da **Infortunio** risultante dal sinistro e per la quale il risarcimento sia richiesto agli **Assicuratori** sia di grado eguale o superiore al 15% di Invalidità.”

Inoltre, 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. INDENNITA' GIORNALIERA IN CASO DI RICOVERO ED INGESSATURA

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

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

Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

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

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

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

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

B - Viene applicato mezzo di contenzione gessato o altro presidio terapeutico che comporti una immobilizzazione rigida, 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.

3. RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

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

Per spese mediche sostenute intendiamo:

- a) 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 in seguito a **Infortunio** 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 175,00 (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. GARANZIA DI INVALIDITA' PERMANENTE CONSEGUENTE A MALATTIA

LA PRESENTE GARANZIA È 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 ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dall'attività/professionale esercitata dell'Assicurato.

Art. 3 **ESCLUSIONI PER LA GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA**

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 - trasmutazione del nucleo dell'atomo, nonchè radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- d - dolo dell'Assicurato;

Art. 4 **LIMITI DI ETA'**

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;

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 24%	Nil	38	35	52	63
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 generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua 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 **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 entro 180 giorni dalla data del timbro postale della lettera raccomandata di cui sopra.

5. JHA ESTENSIONE GUERRA E TERRORISMO CON CLAUSOLA DI RECESSO ENTRO LE 168 ORE – 1607JHA00006

(Questa clausola si intende estesa al mondo intero ad esclusione dei paesi indicati nell'allegata lista)

Ferme le altre condizioni di polizza e a parziale deroga della "JHA 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
- 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**.

JHA 27/11/01

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

(Assicurazione **Infortunio** o Assicurazione contro le malattie)

Fermo restando quanto contrario al contenuto della presente polizza, la presente polizza assicurativa non copre danni conseguenti a:

stato di guerra, dichiarato o no, tra i seguenti paesi: Cina, Francia, Regno Unito, Federazione Russa e Stati Uniti d'America; o 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

JHA 27/11/01

Lista dei Paesi esclusi per i Rischi Italiani

- 1.Afghanistan
- 2.Chechnya
- 3.Iran
- 4.Iraq
- 5.Sudan
- 6.Yemen
- 7.Zimbabwe

IL CONTRAENTE

CLAUSOLA MALATTIE INFETTIVE O CONTAGIOSE DURANTE UNA PANDEMIA GLOBALE

1. Questa assicurazione non copre i sinistri in alcun modo causati o derivanti da una malattia infettiva o contagiosa, il cui focolaio è stato dichiarato un'emergenza di salute pubblica di interesse internazionale (PHEIC) dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).
2. Tale esclusione si applica alle richieste fatte dopo la data di tali dichiarazioni, diverse da quelle che sono state fatte da un medico qualificato prima della data di tale dichiarazione o di tali dichiarazioni.
3. Questa esclusione continuerà ad applicarsi fino a quando l'OMS non annullerà o ritirerà qualsiasi PHEIC pertinente.
4. Per malattia infettiva o contagiosa si intende qualsiasi malattia che possa essere trasmessa da una persona, un animale o una specie infetta a un'altra persona, animale o specie con qualsiasi mezzo.

LMA5500

13 May 2020

RISCHIO CYBER

Qualsiasi indennizzo per infortunio o malattia causati da:

- i. l'utilizzo o l'impossibilità di utilizzo di qualsiasi applicazione, software o programma connesso con qualsiasi apparecchiatura elettronica (ad esempio un computer, uno smartphone, un tablet o un dispositivo elettronico compatibile con Internet);
- ii. qualsiasi virus informatico;
- iii. qualsiasi truffa informatica relativa ai punti i e/o ii di cui sopra

è risarcibile, soggetto ai termini, condizioni, limitazioni ed esclusioni di questa polizza.

LMA5414

28 Febbraio 2020

CLAUSOLA DI ESCLUSIONE DELLE SANZIONI ECONOMICHE

In nessun caso gli Assicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcuna richiesta di risarcimento, garantire alcun pagamento o indennizzo sulla base del presente contratto, qualora detta copertura, pagamento o indennizzo possano esporre i medesimi a qualunque divieto, sanzione economica o restrizione in forza di Risoluzioni delle Nazioni Unite o Sanzioni economiche o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, Giappone, Regno Unito o degli Stati Uniti d'America

15/09/10

LMA3100

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI IN FORMA BREVE**Riguardo ai tuoi dati personali**

Contattarci e i diritti dell'assicurato

L'assicurato è titolare di diritti in relazione alle informazioni che deteniamo sullo stesso, incluso il diritto di accesso ai propri dati personali. Qualora l'assicurato desideri esercitare tali diritti, discutere sulle nostre modalità di utilizzo dei dati *Chi siamo*

La società è denominata Lloyd's Insurance Company S.A., identificata nel contratto di assicurazione e/o nel certificato di assicurazione.

Principi fondamentali

Raccogliamo e utilizziamo le informazioni relative all'assicurato necessarie al fine di fornire allo stesso la copertura assicurativa personale o a proprio beneficio, e per far fronte ai nostri obblighi di legge.

Tali informazioni includono dati quali nome, indirizzo e recapiti, e tutti gli altri dati che raccogliamo sull'assicurato in relazione alla copertura assicurativa a beneficio dello stesso. Tali informazioni potrebbero includere dati più sensibili quali informazioni relative allo stato di salute o a eventuali condanne penali dell'assicurato.

In alcuni casi sarà necessario il consenso dell'assicurato per il trattamento di alcune categorie di informazioni personali (inclusi dati sensibili quali informazioni relative allo stato di salute o a eventuali condanne penali dell'assicurato). In tali circostanze il consenso sarà richiesto separatamente. L'assicurato non sarà tenuto a fornire il proprio consenso e potrà revocarlo in ogni momento inviando un'e-mail all'indirizzo data.protection@lloyds.com (senza tuttavia pregiudicare la legittimità del trattamento basato sul consenso precedente la revoca). Il mancato consenso o la revoca dello stesso potranno tuttavia impedirci di fornire la copertura assicurativa richiesta o di far valere quella in corso, ovvero di gestire i sinistri denunciati.

Le modalità di funzionamento delle assicurazioni implicano che i dati relativi all'assicurato potranno essere condivisi con, e utilizzati da, numerosi terzi nell'ambito del settore assicurativo, ad esempio assicuratori, agenti o broker assicurativi, riassicuratori, periti, subappaltatori, enti normativi e agenzie preposte all'applicazione della legge, agenzie addette alla prevenzione e all'individuazione di reati e database assicurativi prescritti dalla legge. Ci impegniamo a divulgare le informazioni personali relative all'assicurato esclusivamente in relazione alla copertura assicurativa fornita e nella misura richiesta o permessa dalla legge.

Dati forniti dall'assicurato relativi ad altri soggetti

Qualora l'assicurato ci fornisca ovvero fornisca al proprio agente o broker assicurativo dati relativi ad altri soggetti, è necessario che lo stesso fornisca a tali soggetti la presente informativa.

Servono maggiori informazioni?

Per maggiori informazioni sulle modalità di utilizzo dei dati personali dell'assicurato si rimanda alla nostra informativa completa sulla privacy, consultabile nella sezione Privacy del nostro sito www.lloyds.com/news-and-risk-insight/lloyds-subsiary-in-brussels ovvero in altri formati su richiesta.

L'assicurato avrà inoltre il diritto di presentare un reclamo presso l'autorità competente garante della privacy, ma lo invitiamo a contattarci preventivamente.

LBS0046
01/01/2019

CLAUSOLE VESSATORIE

Clausole da approvare esplicitamente per iscritto

Agli effetti degli articoli 1322, 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di aver preso conoscenza e di approvare espressamente le disposizioni degli articoli 3, 4, 5, 6, 7 e 8 delle Condizioni Particolari relative alla garanzia Invalidità Permanente conseguente a malattia.

Luogo e Data

Firma dell'interessato (Nome e Cognome leggibili)
