

Assicurazione Personale Sanitario Medico e Personale Sanitario Non Medico Infortuni e Invalidità Permanente da Malattia

Documento Informativo relativo al Prodotto Assicurativo

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

Prodotto: Contratto di Assicurazione Personale Sanitario Medico e Personale Sanitario Non Medico Infortuni e Invalidità Permanente da Malattia

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete sul prodotto sono fornite in altri documenti

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

Che tipo di assicurazione è?

Il Contratto è un'assicurazione individuale destinata alla copertura del rischio infortuni e dell'invalidità permanente da malattia che l'Assicurato, in qualità di operatore sanitario medico e/o personale sanitario non medico, potrebbe subire nello svolgimento delle mansioni relative all'occupazione professionale (compreso rischio in itinere) ed extra professionale (se richiesto dal Cliente).



Che cosa è assicurato?

- ✓ Decesso da infortunio
- ✓ Invalidità Permanente da infortunio
- ✓ Supervalutazione IP da infortunio
- ✓ Rimborso Spese Mediche



Che cosa non è assicurato?

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- ✗ dalla guida di mezzi di locomozione aerei e dalla guida e dall'uso di mezzi di locomozione subacquei;
- ✗ dalla guida di veicoli a motore o natanti a motore, relativamente ai quali l'Assicurato non sia abilitato a sensi di Legge;
- ✗ dalla pratica di paracadutismo e sport aerei in genere, nonché dall'alpinismo con scalate di rocce o ghiacciai oltre il 3° grado della scala U.I.A.A.;
- ✗ dalla partecipazione a corse o gare professionistiche ed alle relative prove ed allenamenti per la classificazione delle quali si farà riferimento alla federazione sportiva nazionale competente. Sono invece comprese le partecipazioni a gare o partite aziendali, interaziendali o aventi carattere ricreativo ed amatoriale;
- ✗ da eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'Art.3) comma i);
- ✗ da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleari, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- ✗ da stato di ubriachezza alla guida di veicoli a motore o natanti nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili e quelli sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose, restando comunque compresi gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di solidarietà umana;
- ✗ da atti di terrorismo e sabotaggio, salvo quanto eventualmente previsto dalle Condizioni Particolari al presente certificato.

Sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti da malattia derivanti, direttamente od indirettamente, da:

- ✘ dolo dell'Assicurato;
- ✘ malattie professionali di cui al D.P.R. n. 1124 del 30/06/1965 e successive modifiche, qualora già assicurate dalla polizza base;
- ✘ malattie manifestatesi antecedentemente la data di effetto della presente polizza, e dirette conseguenze delle stesse.
- ✘ **ESCLUSIONE DEL CORONAVIRUS**
Questa assicurazione non copre alcun sinistro in alcun modo causato o derivante da:
 - malattia del coronavirus (COVID-19);
 - sindrome respiratoria acuta grave da coronavirus 2 (SARS-CoV-2);
 - qualsiasi mutazione o variazione del SARS-CoV-2;
- ✘ qualsiasi timore o minaccia dei punti a), b) o c) di cui sopra.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Le franchigie, gli scoperti di polizza e le richieste di risarcimento/le perdite che eccedono i massimali pattuiti;
- ! I danni derivanti da fatti dolosi del Contraente o dell'Assicurato (art. 1917 del codice civile);
- ! Limite d'età per Infortuni: 80 anni
- ! Limite d'età per Invalidità Permanente da Malattia: 65 anni
- ! Limiti catastrofali:
 - Rischio volo € 15.000.000,00
 - Rischio guerra: limite oltre i 14 giorni dall'inizio delle ostilità
- ! Altri limiti e franchigie contrattualmente pattuiti



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione si intende estesa agli infortuni accaduti, alle malattie contratte e alle azioni delittuose di terzi avvenute nel mondo intero ad esclusione dei seguenti paesi: Cuba, Iran, Ucraina, Russia, Sudan, Siria, Crimea e Corea del Nord.



Che obblighi ho?

- Pagamento del premio;
- Alla sottoscrizione del Contratto, fornire alla Compagnia informazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare;
- Nel corso del Contratto, fornire alla Compagnia o all'Intermediario informazioni in merito ai mutamenti che comportano un aggravamento o una diminuzione del rischio assicurato.
Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice Civile;
- In caso di sinistro, informare la Compagnia, entro 30 giorni dall'infortunio o dall'insorgere della malattia o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.
L'omesso o ritardato avviso possono comportare la perdita totale del diritto all'Indennizzo;
- In caso di sinistro, collaborare con la Compagnia in base a quanto prescritto dal Contratto.



Quando e come devo pagare?

Il Premio deve essere pagato in un'unica soluzione all'atto della stipula dell'Assicurazione e in ogni caso entro 30 giorni dalla data di decorrenza del Periodo di Assicurazione indicata nella Scheda di Copertura.

Il premio deve essere corrisposto al Lloyd's Coverholder specificato nella Scheda di Copertura per il tramite del Broker specificato nella medesima Scheda, mediante bonifici bancari/assegni circolari a favore dell'Assicuratore e/o degli intermediari autorizzati espressamente in tale qualità.

Se il Contraente non paga il premio o una della sua rate, la copertura assicurativa resta sospesa fino all'incasso del pagamento dovuto.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.



Come posso disdire la polizza?

La polizza non prevede il tacito rinnovo e, conseguentemente, non è necessaria alcuna formalità per disdire la Polizza.

**Assicurazione Personale Sanitario Medico e Personale Sanitario
Non Medico Infortuni e Invalidità Permanente da Malattia**
Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi
danni
(DIP Aggiuntivo Danni)

Compagnia assicurativa: Lloyd's Insurance Company S.A.
Intermediario in veste di *Manufacturer de facto*: non applicabile
Prodotto: Contratto di Assicurazione Personale Sanitario Medico e Personale Sanitario Non Medico Infortuni e Invalidità Permanente da Malattia
Numero di versione di DIP Aggiuntivo Danni: 2° versione
Data di aggiornamento del DIP Aggiuntivo Danni: Giugno 2023 – il presente DIP Aggiuntivo è l'ultimo disponibile

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

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

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

Sito web: www.lloydsbrussels.com

E-mail: lloydsbrussels@lloyds.com

Telefono: +32 (0)2 227 39 39

Lloyd's Insurance Company S.A. è autorizzata ad operare in Italia sottoscrivendo rischi in regime di Stabilimento ed in Libera Prestazione di Servizi. La sede secondaria della Lloyd's Insurance Company S.A. in Italia è Corso Garibaldi 86, Milano 20121.

E-mail: informazioni@lloyds.com

Telefono: +39 02 6378 8870

2

Il patrimonio azionario di Lloyd's Insurance Company S.A. è di EUR 300,4 milioni. Il requisito patrimoniale di solvibilità della società (SCR) è pari a EUR 153,4 milioni e l'importo dei fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR è pari a EUR 246,4 milioni. Il coefficiente di solvibilità della società quindi, inteso come il rapporto tra i fondi propri e l'SCR, è pari al 161%. Il suo requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a EUR 38,4 milioni e l'ammontare dei fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR è di EUR 228,5 milioni. La relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria di Lloyd's Insurance Company S.A. è disponibile su www.lloydsbrussels.com/about/lloyds-brussels-hub/



Al contratto si applica la legge italiana.









Che cosa è assicurato?

Ad integrazione delle informazioni contenute nel DIP base, relativamente alla prestazione di Invalidità Permanente da Infortunio è prevista una **supervalutazione** dei punti di invalidità riconosciuti nei casi di: cecità o perdita totale della facoltà visiva, sordità completa, braccio, avambraccio della mano, pollice, indice, medio, anulare e mignolo.

<p>L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportata ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.</p> <p>Quali opzioni è possibile attivare attraverso il pagamento di un premio aggiuntivo?</p> <p>- Spese Mediche: in caso di Infortunio indennizzabile, l'Impresa rimborserà agli Assicurati il costo delle spese di carattere medico regolarmente documentate.</p>
<p>Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?</p> <p>È possibile l'attivazione di Condizioni/Opzioni Particolari presenti nel normativo di Polizza, che verranno espressamente richiamate nella Scheda di Copertura su richiesta dell'Assicurato.</p>
<p>OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO</p>
<p>Verrà applicata una riduzione del premio, nel caso in cui l'Assicurato attivi la copertura limitatamente del rischio professionale.</p>

 <p>Che cosa NON è assicurato?</p>	
<p>Rischi esclusi</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Base.</p>
 <p>Ci sono limiti di copertura?</p>	
<p>L'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il contraente.</p> <p>L'assicurazione prevede dei limiti di indennizzo e delle franchigie come da Certificato di Assicurazione secondo quanto pattuito con il contraente.</p> <p>Ad integrazione delle informazioni contenute nel DIP base, si ricorda che la "Clausola di limitazione e di esclusione dalle Sanzioni Internazionali" stabilisce che l'Assicurazione sarà efficace e l'Impresa non sarà tenuta ad effettuare alcun pagamento al verificarsi di qualsiasi Sinistro nel caso in cui le condizioni di questa Assicurazione, il pagamento di un Sinistro o l'operatività delle coperture possano esporre l'Impresa a qualsiasi sanzione, proibizione o restrizione in base a quanto previsto dalle Risoluzioni delle Nazioni Unite oppure da sanzioni economiche o del commercio, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito, della Repubblica italiana, degli Stati Uniti d'America o di qualunque Paese ove l'Impresa abbia una propria sede secondaria o una presenza permanente.</p>	

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	Ad integrazione delle informazioni contenute nel DIP base, si evidenzia che: - per le coperture rimborso spese mediche e danni estetici il rimborso viene effettuato a guarigione clinica ultimata su presentazione, da parte dell'Assicurato, di copia dei giustificativi di spesa; - per le coperture invalidità permanente da malattia tropicale, invalidità permanente da malattia professionale e malattia grave la denuncia di sinistro deve essere corredata da accertamenti, evidenze cliniche, radiologiche, istologiche e di laboratorio atte a fornire un quadro clinico completo. Tali documenti devono essere emessi da medici abilitati e in possesso di adeguata specializzazione.
	Assistenza diretta/in Convenzione: non sono previste prestazioni fornite direttamente all'assicurato da enti/strutture convenzionate con la Compagnia.
	Gestione da parte di altre imprese: non vi sono altre Compagnie che si occupano della trattazione dei sinistri.
	Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del codice civile.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché lo stesso annullamento dell'assicurazione ai sensi dell'Art.1892 c.c., o il recesso della Società ai sensi dell'Art.1893 c.c.; in caso di assicurazione in nome o per conto di terzi si applica la disposizione di cui all'Art.1894 c.c.
Obblighi dell'impresa	Nel caso in cui la garanzia si intenda operante, l'indennizzo verrà corrisposto entro 60 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta per l'esame della Richiesta di Risarcimento, della operatività della garanzia e della relativa quantificazione del danno.
 Quando e come devo pagare?	
Premio	Il premio è comprensivo di imposta.
Rimborso	Nella polizza non è previsto alcun rimborso a favore dell'assicurato.
 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	L'assicurazione ha la durata di un anno, con possibilità di proroga fino a un massimo di 18 mesi. La copertura inizia e termina nella data indicata nel Frontespizio di Polizza. Non sono previste ipotesi di tacito rinnovo.
Sospensione	Non è possibile sospendere la garanzia assicurativa.
 Come posso disdire la polizza?	
Non è prevista la facoltà di disdire la polizza. Nei soli casi in cui la polizza sia venduta mediante tecnica di vendita a distanza, ai sensi e per gli effetti dell'Articolo 67 duodecies del D. Lgs. 206/05 il Contraente può recedere entro 14 giorni dalla data della conclusione del contratto, ovvero dalla data di ricezione della proposta debitamente sottoscritta da parte degli Assicuratori.	

 A chi è rivolto questo prodotto?	
<p>Il Contratto è un'assicurazione individuale destinata alla copertura del rischio infortuni e dell'invalidità permanente da malattia, che l'Assicurato, in qualità di operatore sanitario medico e/o non medico, potrebbe subire nello svolgimento delle mansioni relative all'occupazione professionale (compreso rischio in itinere) ed extra professionale (se richiesto dal Cliente).</p>	
 Quali costi devo sostenere?	
<p>Costi di intermediazione - il premio pagato dal Contraente è comprensivo delle provvigioni riconosciute agli intermediari dell'intera filiera. La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari ad un massimo del 30%</p>	
COME POSSO PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	<p>I reclami vanno presentati per iscritto a:</p> <p>Servizio Reclami Lloyd's Insurance Company S.A. Corso Garibaldi 86 - 20121 Milano Fax: +39 02 6378 8857 E-mail: loydsbrussels.servizioreclami@loyds.com o loydsbrussels.servizioreclami@pec.loyds.com</p> <p>Conferma di ricezione verrà fornita per iscritto tempestivamente. Un riscontro scritto al reclamo verrà fornito entro 45 (quarantacinque) di calendario dalla presentazione del reclamo.</p>
All'IVASS	<p>In caso di insoddisfazione con riferimento alla decisione finale, ovvero in caso di mancata ricezione di una decisione in merito entro quarantacinque (45) di calendario dalla presentazione del reclamo, l'assicurato avrà il diritto di presentare il proprio reclamo all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) ai seguenti recapiti:</p> <p>IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni via del Quirinale 21 - 00187 Roma Tel. 800 486661 (chiamate dall'Italia) Tel. +39 06 42021 095 (chiamate dall'estero) Fax: +39 06 42133 206 E-mail: ivass@pec.ivass.it</p> <p>Il sito IVASS www.ivass.it fornisce ulteriori informazioni sulle modalità di presentazione del reclamo, oltre a mettere a disposizione l'apposito modulo disposto a tale scopo.</p> <p>I reclami di competenza IVASS possono anche essere presentati alla FSMA (Autorités de surveillance des marchés financiers) www.fsma.be</p>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori).</p>	
Mediazione	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).</p> <p>La mediazione è obbligatoria e condizione di procedibilità per esercitare in</p>

	giudizio un'azione civile nei confronti dell'Impresa, attinente ai contratti assicurativi (ad esclusione delle controversie relative al risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa. Obbligo di tentare una conciliazione amichevole prima di iniziare una causa con cui si intende chiedere un pagamento di somme inferiori a € 50.000,00, fatta eccezione per le materie per le quali è prevista la mediazione obbligatoria, nonché per tutte le cause, indipendentemente dal valore, per ottenere il risarcimento del danno derivante da circolazione dei veicoli e natanti.
Altri sistemi alternative di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere, i reclami presentati all'IVASS possono essere indirizzati direttamente al sistema di risoluzione delle controversie all'estero, richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o l'applicazione della normativa applicabile.

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

PREMESSA

Il presente certificato di assicurazione è valido ed operante solo per assicurati con mansione di Personale Sanitario Medico e Personale Sanitario Non Medico. Qualora l'Assicurato cessasse tale attività professionale, il contratto si intenderà risolto alla scadenza contrattuale prevista, senza che in contrario, possa essere opposto l'eventuale incasso dei premi scaduti, che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente al netto delle tasse governative.

DEFINIZIONI

Agli effetti del presente certificato si definisce:

- CONTRAENTE: il soggetto che stipula l'assicurazione;
- ASSICURATO: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- BENEFICIARIO: il soggetto designato dall'Assicurato ad incassare l'indennità in caso di sua morte;
- ASSICURAZIONE: il certificato di assicurazione;
- ASSICURATORE: Lloyd's Insurance Company S.A.;
- COVERHOLDER: La società di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura alla quale l'Assicuratore ha affidato l'incarico di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa alla gestione del presente contratto;

- BROKER: Aon S.p.A.;
- PREMIO: la somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore;
- RISCHIO: la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne;
- SINISTRO: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione,
- INDENNIZZO: la somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro;
- FORMA CUMULATIVA: qualora Contraente e Assicurato siano persone diverse;
- FRANCHIGIA: è la parte del danno liquidabile che rimane a carico dell'Assicurato.
- SCHEDA COPERTURA: il documento che riporta i dati identificativi del Contraente/Assicurato, le garanzie assicurate, le condizioni ed il periodo di efficacia dell'Assicurazione.
- RICOVERO: La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
- ISTITUTO DI CURA: L'ospedale pubblico, la clinica e la casa di cura sia convenzionati che privati, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e soggiorno.
- INABILITA' TEMPORANEA: Inabilità totale dell'Assicurato ad attendere a qualsiasi attività lavorativa a seguito di infortunio.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 1) Definizione di infortunio - Oggetto dell'assicurazione

E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o una invalidità permanente.

Salvo patto contrario l'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nel corso del periodo di validità del presente certificato:

- a) nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie;
- b) nello svolgimento di ogni altra normale attività che non abbia carattere professionale;

Art. 2) Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di mezzi di locomozione aerei e dalla guida e dall'uso di mezzi di locomozione subacquee;
- b) dalla guida di veicoli a motore o natanti a motore, relativamente ai quali l'Assicurato non sia abilitato a sensi di Legge;
- c) dalla pratica di:
 - paracadutismo, parapendio e sports aerei in genere,
 - immersione subacquee con respiratore,
 - speleologia,
 - alpinismo comprendente uso di funi e guide,
 - sport invernali in genere,
 - attività equestri in genere,
- d) dalla partecipazione a corse o gare motoristiche e/o motonautiche, dalla partecipazione a corse o gare professionistiche ed alle relative prove ed allenamenti per la classificazione delle quali si farà riferimento alla federazione sportiva nazionale competente. Sono invece comprese le partecipazioni a gare o partite aziendali, interaziendali o aventi carattere ricreativo ed amatoriale;
- e) da eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'Art.3) comma i);
- f) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleari, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

- g) da stato di ubriachezza alla guida di veicoli a motore o natanti nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili e quelli sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose, restando comunque compresi gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di solidarietà umana;
- h) da atti di terrorismo e sabotaggio, salvo quanto eventualmente previsto dalle Condizioni Particolari al presente certificato;
- i) dolo dell'Assicurato quale suicidio, tentato suicidio od autolesione intenzionale, ferma restando la copertura per gli infortuni determinati da imperizia, negligenza ed imprudenza anche gravi.

Art. 3) Precisazioni relative alla garanzia

Ai fini della garanzia di cui al presente certificato si considerano a tutti gli effetti quali infortuni:

- a) le **ernie traumatiche**, anche in presenza di concause patologiche, con l'intesa che:
 - 1) - 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 il massimo del 5% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
 - 2) - se l'ernia non sarà operabile secondo parere medico, verrà corrisposta una indennità a titolo di invalidità permanente non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale, fermo restando quanto previsto dall'Art.18) "Franchigia per invalidità permanente" delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione.
In caso di contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Art.22) delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione;
- b) le conseguenze, anche se non immediate, da **ingestione od assorbimento di sostanze**, compresi l'**avvelenamento** e le lesioni da contatto con **sostanze corrosive**;
- c) le lesioni determinate da **sforzi muscolari**, esclusi gli infarti;
- d) le **punture di insetti e morsi di animali**;
- e) i **colpi di sole e di calore, scariche elettriche**, folgorazioni, asfissia meccanica, **annegamento, assideramento, congelamento** ed altre influenze termiche ed atmosferiche;
- f) gli infortuni che l'Assicurato subisca in occasione di **movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e calamità naturali** in genere;
- g) gli infortuni subiti in stato di **malore o di incoscienza**;
- h) gli infortuni derivanti da **imperizia, imprudenza e negligenza** anche gravi;
- i) gli infortuni **derivanti da guerra**, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un **periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità**, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso, dagli eventi citati, mentre si trova in un Paese straniero dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del suo arrivo in tale Paese, salvo che lo stato di guerra insorga tra i seguenti Paesi: Cina, Federazione Russa, Stati Uniti d'America, Unione Europea, nel qual caso la garanzia prestata dal presente certificato cesserà immediatamente.
- l) gli infortuni derivanti da **insurrezioni e tumulti popolari, da atti violenti o aggressioni** che abbiano movente politico o sociale sempreché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- m) l'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i **viaggi aerei** effettuati, come passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche.
Restano esplicitamente esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aereoclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso.
Sono inoltre compresi gli eventuali infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.
Si precisa altresì che l'Assicuratore, in occasione di **arenamento, naufragio, atterraggio forzato**, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di morte e di invalidità permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima, o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.
- n) L'omissione da parte dell'Assicurato/Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni all'atto della stipula del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudica il diritto al risarcimento dei danni, né riduce lo stesso, sempre che ciò sia avvenuto in **buona fede**, 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 venute a conoscenza degli Assicuratori o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità in corso).

Art. 4) Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento del premio

L'Assicurazione decorre dal giorno indicato nel certificato, se il premio o la prima rata di premio sono stati già pagati entro 30 giorni dalla data di decorrenza, altrimenti decorre dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il pagamento del premio - per tutta la durata del certificato - deve essere eseguito presso la sede dell'Assicuratore o presso il Corrispondente al quale è assegnato il certificato.

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. 5) Durata del certificato

Il presente certificato è stipulato per la durata prevista nel modulo e termina senza obbligo di disdetta alla data indicata nel modulo stesso.

Art. 6) Limiti di età

L'Assicurazione non vale per le persone di età superiore ai 80 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di certificato, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente, al netto delle tasse governative.

Art. 7) Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, AIDS e sindromi ad essa correlate o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi.

Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni e, in tal caso, l'Assicuratore, entro 45 giorni dalla cessazione stessa, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo che intercorre tra il momento della cessazione del certificato e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Art. 8) Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero, ad esclusione dei seguenti paesi: Cuba, Iran, Ucraina, Russia, Sudan, Siria, Crimea e Corea del Nord, con l'intesa che le indennità liquidabili a termini di certificato saranno corrisposte in Italia ed in valuta italiana.

Art. 9) Prova del certificato di assicurazione - Validità delle variazioni

Il certificato e relativi allegati firmati dall'Assicuratore, a mezzo delle persone all'uopo autorizzate, e dal Contraente sono i soli documenti che fanno prova delle condizioni regolatrici dei rapporti tra le Parti.

Qualunque modificazione del certificato non è valida, se non risulta da appendice sottoscritta dalle Parti.

L'assicurazione rispetto ai nuovi Assicurati decorre delle ore 24.00 del giorno di ricezione da parte del Corrispondente di Lloyd's Insurance Company S.A., della raccomandata, telefax o e-mail di notifica, fermo l'obbligo del pagamento del maggior premio pro-rata che ne risulti dovuto.

La cessazione di singoli assicurati, non seguita da sostituzione, non dà luogo a rimborso di premio ma la riduzione dello stesso avverrà dalla prima scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

Art.10) 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, la Società liquiderà il capitale previsto per il caso Morte agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. La liquidazione non avverrà prima della Sentenza che dichiara l'assenza ai sensi degli artt. 49 e 50 del cod. civ. 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, la Società corrisponderà l'indennità prevista per il caso di morte (art. 211 e 838 del Codice della Navigazione).

Nel caso in cui, dopo il pagamento dell'indennizzo, risulti che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

Art.11) Beneficiari

Beneficiari in caso di morte ed in caso di invalidità permanente si intendono:

- in caso di morte i beneficiari designati o, in difetto di designazione, gli eredi in parti uguali
- in caso di invalidità permanente gli assicurati stessi;

Art.12) Altre Assicurazioni

L'Assicuratore prende e dà atto che sia il Contraente che gli Assicurati sono esonerati dal dichiarare l'esistenza di altre assicurazioni, sia individuali che cumulative, contratte per rischi analoghi a quelli di cui al presente certificato. Rimane tuttavia l'obbligo di dichiarare l'esistenza di altre eventuali assicurazioni contratte con Lloyd's Insurance Company S.A.

Art.13) Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo determinarono corredata da certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla direzione dell'Assicuratore o al Corrispondente, entro trenta giorni dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente o gli aventi diritto ne siano venuti a conoscenza.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

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

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, fatta eccezione per i medici designati dall'Assicuratore.

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, l'Assicuratore ha il diritto di ridurre le indennità in ragione del pregiudizio sofferto (Art. 1915 C.C.).

Art.14) Criteri di indennizzabilità

L'Assicuratore corrisponde l'indennità per le sole conseguenze dirette ed esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto, l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito dai successivi Artt. 17) e 18). L'assicurato è esonerato dalla denuncia di infermità o difetti fisici preesistenti alla data di stipulazione del presente contratto.

Art.15) Prova

Colui che richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dall'Assicuratore, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Art.16) Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica, anche successivamente alla scadenza del certificato, entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, fermo il disposto dell'Art. 13), l'Assicuratore liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte. In difetto di designazione, l'Assicuratore liquida la detta somma, in parti uguali, agli eredi dell'Assicurato.

Art.17) Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica, entro 730 giorni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, l'Assicuratore liquida per tale titolo, una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale secondo la tabella delle percentuali di invalidità permanente allegata al regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30/06/65 N°1124 e successive modificazioni con rinuncia da parte dell'Assicuratore all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge stessa in caso di infortunio.

La perdita totale e 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 o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella suddetta 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 ad un qualsiasi lavoro proficuo, 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 riferita all'arto destro si intendono riferite all'arto sinistro e viceversa.

Il grado di invalidità permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro 730 giorni dal giorno dell'infortunio.

Art.18) Cumulo di indennità

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 al precedente Art.11) 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, sia stata documentata nella sua entità, l'assicuratore paga agli eredi l'importo dovuto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art.19) Liquidazione

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso l'Assicuratore liquida l'indennità dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro sessanta giorni.

L'indennità viene corrisposta in Italia in ed in Euro.

Art.20) Controversie sull'assicurabilità delle persone e sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni

In caso di divergenza sull'assicurabilità delle persone a' sensi del precedente Art.7), sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, previsti dall'Art.14) le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle Condizioni contrattuali, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico.

Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso entro un anno, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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

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

Art.21) Recesso dal certificato di assicurazione in caso di sinistro

Dopo ogni denuncia di infortunio e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dal certificato di assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte del Contraente; il recesso da parte dell'Assicuratore ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

Nel caso che sia l'Assicuratore a recedere, questo entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborserà la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso.

Art.22) Rinuncia al diritto di rivalsa

L'Assicuratore rinuncia a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di regresso che gli compete per l'Art. 1916 C.C., verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art.23) Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi al certificato di assicurazione sono a carico del Contraente.

Art.24) Clausola Broker

Il presente certificato è emesso in base a speciali condizioni di copertura negoziate tra Lloyd's Insurance Company S.A. rappresentati dal loro Rappresentante Generale per l'Italia e la One Underwriting S.r.l. e pertanto lo stesso dovrà restare in amministrazione alla One Underwriting S.r.l. fino alla sua naturale scadenza.

L'Assicurato/Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente certificato alla AON S.p.A. e di conseguenza tutti i rapporti inerenti al presente certificato saranno svolti per conto dell'Assicurato/Contraente dalla AON S.p.A. stessa.

Ogni comunicazione fatta dal Broker agli Assicuratori, nel nome e per conto dell'Assicurato/Contraente, si intenderà come fatta dall'Assicurato/Contraente stesso. Parimenti ogni comunicazione fatta dall'Assicurato/Contraente al suddetto Broker sarà considerata come inviata agli Assicuratori e ogni comunicazione fatta dagli Assicuratori al Broker si intenderà come fatta all'Assicurato/Contraente.

Il pagamento del premio eseguito in buona fede al Broker si considera effettuato direttamente agli Assicuratori, ai sensi dell'art.118 del D.Lgs 209/2005.

Art.25) Foro competente e domande giudiziali

Foro competente per ogni vertenza giudiziaria tra le Parti esclusivamente quello del luogo di residenza del Contraente. La rappresentanza processuale passiva dell'Assicuratore spetta al Rappresentante Generale per l'Italia di Lloyd's Insurance Company S.A., Corso Garibaldi 86, 20121 Milano. Pertanto, ogni domanda giudiziale relativa a quanto previsto in questo contratto dovrà essere proposta contro: "Lloyd's Insurance Company S.A. nella persona del Rappresentante Generale per l'Italia".

Art.26) Rinvio alle norme di Legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di Legge

ASSICURATO / CONTRAENTE



.....

Agli effetti degli Artt.1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Condizioni Generali di Assicurazione:

- Art. 2) Esclusioni
- Art. 5) Durata del certificato
- Art. 7) Persone non assicurabili
- Art. 8) Limiti territoriali
- Art.12) Obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni contratte con Lloyd's Insurance Company S.A.
- Art.13) Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi
- Art.17) Invalidità Permanente
- Art.20) Deferimento di controversie ad un collegio medico
- Art.21) Facoltà di recesso dal certificato dopo ogni denuncia di sinistro
- Art.24) Clausola Broker
- Art.25) Competenza territoriale dell'Autorità Giudiziaria.

ASSICURATO / CONTRAENTE



.....

**CONDIZIONI PARTICOLARI
(CLAUSOLE SEMPRE OPERANTI)**

1. Anticipo indennizzo

L'Assicurato ha diritto di ottenere, prima della liquidazione del sinistro per il caso di invalidità permanente, 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 contestazioni sull'indennizzabilità del sinistro stesso e che l'indennizzo complessivo sia prevedibile in almeno €50.000,00 (cinquantamila/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.

2. Limiti di indennizzo

Resta espressamente convenuto che in nessun caso l'Assicuratore potrà essere chiamato a risarcire, a seguito di sinistro, un indennizzo-complessivo superiore a € 10.000.000,00, qualunque sia il numero degli assicurati, in base al presente certificato.

Qualora il predetto limite massimo fosse insufficiente a coprire per intero il totale degli indennizzi liquidabili a termini del presente certificato, in dipendenza del medesimo sinistro, l'Assicuratore liquiderà ciascun assicurato in base alla proporzione esistente tra il suddetto limite ed il totale degli indennizzi che sarebbero liquidabili a termini del presente certificato, salvo per quanto disposto nella presente clausola.

3. Valutazione per l'invalidità permanente

In caso di invalidità permanente da infortunio indennizzabile a termini di certificato, si conviene che in caso di infortunio, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata come segue:

- Sulla parte della somma assicurata fino ad euro 1.000.000,00 in caso di invalidità permanente da infortunio non si farà luogo ad indennizzo alcuno qualora l'invalidità sia di grado non superiore al 3% della totale. Se l'invalidità risulterà superiore al 3% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.
- Sulla parte della somma assicurata eccedente euro 1.000.000,00 e fino al massimo della somma assicurata in caso di invalidità permanente da infortunio pari ad € 2.000.000, non si farà luogo ad indennizzo alcuno qualora l'invalidità sia di grado non superiore al 5% della totale. Se l'invalidità risulterà superiore al 5% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 10% le franchigie di cui sopra si intendono annullate.

In caso di Infortunio, che produca come conseguenza una Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 66% l'Assicuratore liquiderà un Indennizzo pari al 100% della somma assicurata.

4. Estensione terrorismo

In deroga a qualsiasi condizione contraria inclusa in questa assicurazione, o in qualsiasi appendice relativa ad essa, si stabilisce che la copertura è estesa a qualsiasi danno fisico alla persona causato direttamente o indirettamente da, risultante da, o collegato a: "Atti di terrorismo".

Per "Atto di terrorismo" si intende un atto o atti commessi da parte di qualsiasi persona o gruppo di persone che, sulla base di scopi religiosi, ideologici, politici o simili, vengono compiuti con l'intento di influenzare i governi e/o mettere in condizioni di timore l'opinione pubblica o parte di essa.

In ogni caso questa estensione non copre qualsiasi danno fisico alla persona quando:

- (i) La persona assicurata prenda parte attiva agli eventi menzionati o durante il servizio di leva nelle attività di esercitazione o in ogni caso quando sia in servizio in qualità di membro delle Forze Armate;
- (ii) Oppure quando il danno fisico alla persona sia causato direttamente o indirettamente da, risultante da, o collegato ad uno o più dei seguenti atti:
L'utilizzo di armi nucleari, la minaccia di uso di armi nucleari e l'utilizzo di armi chimiche biologiche e di distruzione di massa. Questa esclusione è valida indipendentemente da qualsiasi causa che ha contribuito all'utilizzo di armi nucleari, alla minaccia di uso di armi nucleari e all'utilizzo di armi di distruzione di massa o biologiche.
Si prende atto che:
 - (i) per uso di arma nucleare di distruzione di massa si intende l'uso di qualsiasi tipo di arma nucleare esplosiva o dispositivo o l'emissione scarica, dispersione, rilascio o fuga di materiale fissile emanante un livello di radioattività in grado di causare morte o invalidità permanente degli esseri umani e animali.
 - (ii) Per uso di armi chimiche o di distruzione di massa si intende l'emissione, lo scarico, la dispersione, il rilascio o la fuga di qualsiasi composto chimico solido, liquido o gassoso che, quando convenientemente distribuito, sia in grado di causare l'invalidità permanente o morte di esseri umani o animali.
 - (iii) Per uso di armi biologiche di distruzione di massa si intende l'emissione, lo scarico, la dispersione, il rilascio o la fuga di qualsiasi microrganismo patogeno (causante malattie) o tossine prodotte biologicamente (inclusi organismi geneticamente modificati e sintesi chimiche di tossine) in grado di causare invalidità permanente o morte di esseri umani o di animali.

L'estensione di cui sopra non sarà applicabile in relazione a danni fisici occorsi in uno dei paesi di cui alla lista di seguito riportata.

Afghanistan, Bangladesh, Burkina Faso, Burundi, Cecenia, Ciad, Costa d'Avorio, Eritrea, Georgia, Iran, Iraq, Liberia, Libia, Nigeria, Pakistan, Repubblica Centrafricana, Repubblica del Congo, Rwanda, Siria, Somalia, Sudan, Turchia Sud-Est, Yemen, Russia, Ucraina.

5. Malattie tropicali

La garanzia di cui alla presente polizza è estesa alle Malattie Tropicali, qualora l'Assicurato comprovi di essersi sottoposto alle prescritte pratiche di profilassi e vaccinazione.

Fermi restando i criteri tutti di indennizzo di cui al presente contratto, resta convenuto che agli effetti della presente estensione di garanzia non si farà luogo ad indennizzo alcuno per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 5% dell'invalidità permanente totale. In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 5% l'indennizzo verrà corrisposto soltanto per la parte eccedente.

Per malattie tropicali si intendono quelle riconosciute tra la medicina, tra le quali, a titolo esemplificativo ma non limitativo:

1 - Malaria	24 - Teniasi, ascaridiosi, ossuriosi, tricocefalosi, flagellosi
2 - Febbre emoglobinurica	25 - Anchilostomiasi
3 - Tripanosomiasi	26 - Bilkarziosi
4 - Liesahamiososi	27 - Distomiasi varie
5 - Febbre gialla	28 - Cisticerosi
6 - Peste	29 - Broncospirochetosi
7 - Tifo petecchiale e febbri tifo petecchiali simili	30 - Trichinosi
8 - Febbri ricorrenti	31 - Malattie da carenza (scorbuto, beri-beri, ecc.)
9 - Dengue e dengue simili	32 - Sprue
10 - Febbre del Mar Rosso ed affini (massauina etc.)	33 - Morsicature di serpenti e di altri animali velenosi
11 - Meningite cerebro-spinale epidemica	34 - Malattie da veleni vegetali
12 - Morbo di Weil	35 - Malattie da agenti fisici (colpo di calore, colpo di freddo, ecc.)
13 - Soduku	36 - Malattie da ingestione di cibi guasti
14 - Brucellosi (metilense) etc.	37 - Framboesia
15 - Tetano	38 - Lebbra
16 - Morva	39 - Ulcera tropicale
17 - Rabbia	40 - Filariosi
18 - Tifo addominale, paratifi e simili	41 - Miasi
19 - Vaiolo, vaioloide, vaccinia, alatrini	42 - Bubbone climatico
20 - Amebiasi e sue complicanze	43 - Funicolite epidermica
21 - Dissenteria bacillare, da protozoi, da praelminti, da nematelminti, da artropodi	44 - Rinocleroma
22 - Colite ulcerosa	45 - Dermatosi tropicali di qualunque origine
23 - Colera ed infezioni coleriformi	46 - Micosi

6. Malattie professionali

L'assicurazione viene estesa alle malattie professionali (intendendosi come tali quelle indicate nella tabella annessa al D.P.R. 30 giugno del 1965 n. 1124 e successive modifiche intervenute fino al verificarsi del sinistro, o dalla Magistratura), che si manifestino nel corso della validità del presente contratto od entro 12 (dodici) mesi dalla cessazione dello stesso, e che riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% della totale; quando la silicosi e l'asbestosi siano associate a tubercolosi polmonare in fase attiva, anche se iniziale, e sempreché lo stato morboso complessivo sia tale da determinare l'abbandono del lavoro, la franchigia predetta si intende abolita.

Resta confermata l'esclusione delle conseguenze dirette e indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

7. Partecipazione a gare o prove

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 2) lett. d) delle Condizioni Generali di Assicurazione, la garanzia è estesa anche alla partecipazione di gare - e relative prove o allenamenti - organizzate o svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni o Enti di promozione sportiva riconosciute dal CONI, purché a titolo gratuito, con esclusione di sport invernali, equestri e motoristici, anche se svolti a titolo non professionale.

In caso di invalidità permanente da infortunio indennizzabile a' termini di certificato, si conviene che in caso di infortunio, non si farà luogo a indennizzo alcuno quando l'invalidità sia di grado non superiore al 5% della totale.

Se invece essa risulterà superiore al 5% della totale l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 15% la franchigia di cui sopra si intende annullata.

8. Pratica sport invernali

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 2) lett. c) delle Condizioni Generali di Assicurazione, la garanzia è estesa anche alla pratica di sport invernali (esclusa la partecipazione a gare) purché a titolo gratuito, ricreativo o amatoriale, con esclusione di salto dal trampolino con sci, sci acrobatico, bob, sci estremo, anche se svolti a titolo non professionale, ricreativo od amatoriale.

In caso di invalidità permanente da infortunio indennizzabile a' termini di certificato, si conviene che in caso di infortunio, non si farà luogo a indennizzo alcuno quando l'invalidità sia di grado non superiore al 7% della totale.

Se invece essa risulterà superiore al 7% della totale l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 15% la franchigia di cui sopra si intende annullata.

9. Danni estetici

In caso di infortunio con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia non comporti invalidità permanente, si conviene che l'Assicuratore rimborserà le spese mediche sostenute per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico sino ad un importo pari a € **5.000,00**.

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato dovrà produrre le fatture di spesa in originale nonché eventualmente copia della cartella clinica.

Ove l'Assicurato fruisca di analoghe prestazioni assicurative (sociali o private) l'assicurazione vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

10. Aumento indennizzi

Le seguenti estensioni di garanzia non sono cumulabili tra loro:

a) Rapina, estorsione, tentato sequestro

Gli Assicuratori pagano ai figli e/o al coniuge non legalmente separato dell'Assicurato, che risultino beneficiari dell'assicurazione, la somma convenuta per il caso di Morte aumentata del 50% quando l'Assicurato muore in conseguenza di un infortunio subito a seguito di reato di rapina, tentata rapina, estorsione, tentativo di sequestro, messi in opera nei confronti dell'Assicurato stesso.

b) Commorienza coniugi

Gli Assicuratori pagano una seconda volta la somma convenuta per il caso di morte ai figli minorenni che risultano beneficiari dell'assicurazione, quando il medesimo infortunio provoca la morte dell'Assicurato e del suo coniuge non legalmente separato.

11. Esclusioni sempre operanti

Si intendono sempre operanti le esclusioni riportate nell' APPENDICE NO.1 - SANCTION LIMITATION AND EXCLUSION CLAUSE (CLAUSOLA SANZIONI, LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI), nell' APPENDICE NO.2 - RISCHIO CYBER e nell' APPENDICE NO.3 - ESCLUSIONE DELLA CONTAMINAZIONE RADIOATTIVA.

ASSICURATO / CONTRAENTE

.....



CONDIZIONI AGGIUNTIVE
OPERANTI SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI COPERTURA

A) VALUTAZIONE SPECIALE PER INVALIDITA' PERMANENTE

A deroga di quanto previsto alla Condizione Particolare 3) Valutazione per Invalidità permanente la stessa si intende annullata e sostituita dalla seguente:

In caso di invalidità permanente da infortunio indennizzabile a termini di certificato, si conviene che in caso di infortunio, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata come segue:

- Sulla parte della somma assicurata fino ad euro 1.000.000,00 in caso di invalidità permanente da infortunio non si farà luogo ad indennizzo alcuno qualora l'invalidità sia di grado non superiore al 3% della totale.
Se l'invalidità risulterà superiore al 3% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.
- Sulla parte della somma assicurata eccedente euro 1.000.000,00 e fino al massimo della somma assicurata in caso di invalidità permanente da infortunio pari ad € 2.000.000, non si farà luogo ad indennizzo alcuno qualora l'invalidità sia di grado non superiore al 5% della totale.
Se l'invalidità risulterà superiore al 5% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 10% le franchigie di cui sopra si intendono annullate, e l'indennità verrà liquidata come da tabella seguente:

Percentuale di Invalidità Permanente			
Accertata	Liquidata	Accertata	Liquidata
11%	11%	31%	42%
12%	12%	32%	44%
13%	13%	33%	46%
14%	14%	34%	48%
15%	15%	35%	50%
16%	16%	36%	63%
17%	17%	37%	66%
18%	18%	38%	69%
19%	19%	39%	72%
20%	20%	40%	75%
21%	22%	41%	78%
22%	24%	42%	81%
23%	26%	43%	84%
24%	28%	44%	87%
25%	30%	45%	90%
26%	32%	46%	93%
27%	34%	47%	96%
28%	36%	48%	99%
29%	38%	49% e oltre	100%
30%	40%		

B) SUPERVALUTAZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE

A deroga di quanto previsto alla Condizione Particolare 3) Valutazione per Invalidità Permanente, nonché di quanto previsto alla Condizione Aggiuntiva lett. A) Valutazione Speciale per Invalidità Permanente, si prende e si dà atto che, relativamente alle specifiche di Invalidità permanente di cui alla tabella che segue, i disposti dei predetti articoli non trovano applicazione in quanto si applicano le percentuali ivi indicate.

Table Specifiche per la perdita anatomica o funzionale / Nessuna Franchigia applicabile

Perdita anatomica o funzionale di:		Invalidità permanente totale sulla somma assicurata
Cecità o perdita totale della facoltà visiva	un occhio	80%
	entrambi	100%

Sordità complete	un orecchio	50%
	bilaterale	100%
Perdita della favella		100%
Braccio, avambraccio della mano	destro	100%
	sinistro	75%
Un pollice	destro	100%
	sinistro	60%
Un indice	destro	100%
	sinistro	55%
Un medio	destro	30%
	sinistro	25%
Un anulare	destro	15%
	sinistro	10%
Un mignolo	destro	15%
	sinistro	12%

C) CONTAGIO DA HIV ED EPATITE B o C

Nei limiti e alle condizioni riportati di seguito, la Società garantisce il pagamento dell'indennizzo stabilito in polizza per i casi di contagio da virus HIV (Human Immunodeficiency Virus) ed Epatite B o C occorsi all'Assicurato durante lo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in polizza, come descritto di seguito:

- per il solo caso di Invalidità Permanente, restando escluso il caso di decesso dell'Assicurato
- nel limite del capitale assicurato e salvo diversamente pattuito, fino ad un massimo di € 200.000,00 per la professione medica e di €100.000,00 per la professione sanitaria non medica.
- senza applicazione di franchigia.

Denuncia del presunto Contagio

A parziale deroga e integrazione del precedente art. #3.7 "Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi", l'Assicurato e/o il Contraente devono denunciare il sinistro entro 15 giorni dal presunto contagio dal momento cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata da tutta la documentazione medica e clinica e certificato da appositi test clinici secondo le seguenti scadenze e modalità:

- A distanza di 5 giorni dal presunto contagio;
- A distanza di 2 mesi dal presunto contagio;
- A distanza di 6 mesi dal presunto contagio (in caso di negatività del test di cui al punto 2);

Esiti test di cui al punto 1):

- Positivo: non sarà dovuto alcun indennizzo e l'assicurazione cesserà automaticamente alla prima scadenza annuale successiva alla data dell'accertamento
- Negativo: l'Assicurato dovrà sottoporsi al test di cui al punto 2.

Esiti test di cui al punto 2):

- Positivo: l'assicurato dovrà consegnare alla Società tutta la documentazione relativa ai 2 test effettuati per certificare la condizione di contagio da Virus HIV o Epatite B o C;
- Negativo: l'Assicurato dovrà sottoporsi al test di cui al punto 3.

Esiti test di cui al punto 3):

- Positivo: l'assicurato dovrà consegnare alla Società tutta la documentazione relativa ai 3 test effettuati per certificare la condizione di contagio da Virus HIV o Epatite B o C;
- Negativo: la Società non procederà ad alcun indennizzo

D) RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società rimborsa le spese di cura resesi necessarie a seguito di infortunio indennizzabile a sensi di polizza, sostenute entro un anno dal giorno dell'infortunio.

Il rimborso delle spese comprende:

- onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria;
- uso della sala operatoria e materiale di intervento;
- rette di degenza in ospedali o cliniche;

- d) medicinali prescritti dal medico curante;
- e) onorari medici;
- f) accertamenti diagnostici;
- g) trasporto dell'Assicurato in ospedale o clinica in autoambulanza;

La Società effettua il rimborso agli aventi diritto previa presentazione dell'originale dei documenti giustificativi che devono essere presentati entro un mese dal termine della cura.

Per l'insieme delle prestazioni di cui alle lettere d) e g) l'onere a carico della Società non potrà superare il 10% della somma assicurata.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

Per detta garanzia il massimale per sinistro e per anno assicurativo o frazione si intende fissato nella somma indicata sulla scheda di polizza-

Per la presente garanzia verrà applicata una franchigia di €75,00 (settantacinque/00) per sinistro.

ASSICURATO / CONTRAENTE



.....

APPENDICE NO.1 - SEMPRE OPERANTE**SANZIONI FINANZIARIE INTERNAZIONALI****Sanction Limitation and Exclusion Clause ~ LMA3100**

No (re)insurer shall be deemed to provide cover and no (re)insurer shall be liable to pay any claim or provide any benefit hereunder to the extent that the provision of such cover, payment of such claim or provision of such benefit would expose that (re)insurer to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, United Kingdom or United States of America.

TRADUZIONE:

Gli assicuratori e i riassicuratori non sono tenuti a fornire coperture e non sono tenuti a pagare i sinistri o fornire altri vantaggi nella misura in cui la fornitura della copertura, il pagamento del sinistro o la disposizione di tali vantaggi esporrebbe gli assicuratori e i riassicuratori a sanzioni, divieti o restrizioni secondo le risoluzioni delle Nazioni Unite, le sanzioni economiche e commerciali, le leggi e i regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito e degli Stati Uniti.

APPENDICE NO.2 - SEMPRE OPERANTE

RISCHIO CYBER

È inteso e concordato che il Sinistro (il quale è coperta altrimenti da altre clausole di polizza e non specificamente esclusa dalla polizza o da qualsiasi altra appendice) dovuta ad un atto cyber o ad un incidente cyber sarà coperta ai sensi e per gli effetti dei termini, condizioni, garanzie, appendici e limitazioni di copertura della presente polizza.

Ai fini della presente appendice si applicano le seguenti definizioni aggiuntive:

sistema informatico: si intende qualsivoglia computer, hardware, software, sistema di comunicazione, dispositivo elettronico (ivi inclusi, a mero titolo di esempio e non tassativo, telefoni smartphone, computer portatili, tablet, dispositivi indossabili), server, cloud o microcontrollore incluso qualsivoglia sistema simile o qualsivoglia configurazione dei predetti e inclusi qualsivoglia dispositivo associato input e output o di memorizzazione dati, apparecchiatura networking o dispositivo di back up, che sia di proprietà o gestito dall'Ente o da qualsivoglia altro terzo.

atto cyber: si intende un atto non autorizzato, malevolo o criminoso (o una serie di correlati atti non autorizzati, malevoli o criminosi), indipendentemente dal tempo e dal luogo, o una minaccia o una truffa coinvolgente l'accesso a, la processazione di, l'uso di o la gestione di un sistema informatico.

Incidente cyber si intende: Qualsivoglia errore od omissione o serie di correlati errori od omissioni relative all'accesso a, alla processazione di, all'uso di o alla gestione di un sistema informatico; o Qualsivoglia indisponibilità o impossibilità - parziale o totale - o serie di correlate - parziali o totali - indisponibilità o impossibilità ad accedere, processare, usare o gestire un sistema informatico. Tutti gli altri termini e condizioni di polizza rimangono invariati

APPENDICE NO.3 - SEMPRE OPERANTE

ESCLUSIONE DELLA CONTAMINAZIONE RADIOATTIVA

In deroga a qualsiasi disposizione contraria contenuta nel presente accordo di riassicurazione o a qualsiasi avallo dello stesso, il presente accordo di riassicurazione esclude qualsiasi perdita, responsabilità, costo o spesa o qualsiasi altro importo sostenuto o maturato a favore del soggetto riassicurato, in qualità di assicuratore o riassicuratore, direttamente o indirettamente e indipendentemente da qualsiasi altra causa che contribuisca simultaneamente o in qualsiasi sequenza, originata da, causata da, derivante da, contribuito da, derivante da, o altrimenti collegata a:

- 1.1. irradiazione o contaminazione da materie nucleari; o
- 1.2. le proprietà radioattive, tossiche, esplosive o altre proprietà pericolose o contaminanti di qualsiasi materia radioattiva; o
- 1.3. qualsiasi dispositivo o arma che impiega fissione atomica o nucleare e / o fusione o altro tipo di reazione o forza o materia radioattiva.

Definizioni

2. Materiale nucleare significa :

- 2.1. combustibile nucleare; o
- 2.2. dove si applica la legge del 1954 sull'energia atomica degli Stati Uniti, e successive modifiche:
 - 2.2.1. materie nucleari speciali; o
 - 2.2.2. materia prima; o
 - 2.2.3. sottoprodotto ; come definito nella legge sull'energia atomica del 1954 e successive modifiche; o
- 2.3. dove si applica la legge canadese sulla responsabilità nucleare R.S.C., 1985, c. N-28 o qualsiasi legge di modifica della stessa:
 - 2.3.1. qualsiasi materiale, diverso dal torio o dall'uranio naturale o impoverito non contaminato da quantità significative di prodotti di fissione, in grado di rilasciare energia mediante un processo di fissione nucleare a catena autosufficiente;
 - 2.3.2. i materiali radioattivi prodotti nella produzione o nell'utilizzazione dei materiali di cui al punto 2.3.1; e
 - 2.3.3. i materiali resi radioattivi dall'esposizione alle radiazioni conseguenti o incidentali alla produzione o all'utilizzazione dei materiali di cui al paragrafo 2.3.1; o
 - 2.4. nei confronti di qualsiasi territorio in cui non si applichi la legge statunitense sull'energia atomica del 1954 e successive modifiche e la legge canadese sulla responsabilità nucleare R.S.C., 1985, c. N-28 o qualsiasi legge ad essa relativa modificativa, qualsiasi altro materiale radioattivo (compresi ma non limitati ai prodotti e ai rifiuti radioattivi).
3. Combustibile nucleare: qualsiasi materiale, diverso dall'uranio naturale o dall'uranio impoverito, in grado di rilasciare energia nucleare mediante fissione nucleare o in altro modo, da solo o in combinazione con qualsiasi altro materiale.