

Assicurazione Infortuni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Documento predisposto a cura di Staple Hall Europe Srl - Abilitato all'esercizio della attività di Intermediazione Assicurativa sul territorio italiano con iscrizione Albo Agenti di Assicurazione istituito presso l'Organismo di Vigilanza sulle Assicurazioni Private IVASS al numero A000716574

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

Che tipo di assicurazione è?

La polizza assicura il rischio di morte, morte presunta o invalidità permanente di un soggetto assicurato a seguito di infortunio occorso nello svolgimento delle attività assicurate, nonché il rimborso di talune spese sostenute in conseguenza di un infortunio indennizzabile



Che cosa è assicurato?



Che cosa non è assicurato?

✓ Garanzia "Infortuni": la garanzia assicura gli Infortuni che abbiano causato la morte o l'invalidità permanente subiti dall'Assicurato nel corso del periodo di validità della polizza e nello svolgimento: (i) delle attività professionali principali dichiarate e delle eventuali diverse attività non dichiarate che, se fossero state conosciute dalla Compagnia prima, non avrebbero determinato alcuna maggiorazione del premio; (ii) di ogni altra attività svolta che non abbia carattere professionale.

La garanzia prevede un indennizzo in caso di morte o invalidità permanente.

Rientrano altresì in copertura: (i) le ernie da sforzo, anche in presenza di concause patologiche, (ii) la morte presunta a seguito di infortunio indennizzabile senza ritrovamento del corpo dell'Assicurato, (iii) le spese per il rimpatrio della salma sostenute in caso di morte conseguente a infortunio indennizzabile e (iv) deturpazioni o sfregi permanenti in caso di infortunio che ha per conseguenza lesioni al viso.

Si precisa che l'Assicurazione vale anche per gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi effettuati in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri

✓ È possibile personalizzare le coperture in base alle proprie esigenze.

Per l'elenco completo delle garanzie si rinvia al DIP aggiuntivo

✓ Gli Assicuratori risarciscono i danni fino ad un importo massimo stabilito in polizza (c.d. somma assicurata

✗ Danni derivanti da fatti dolosi dell'assicurato (art.1917 del Codice Civile

✗ Franchigie, scoperti di polizza e la parte di danno che eccede la somma assicurata pattuita in polizza e/o nella scheda di copertura

✗ Sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni derivanti da: suicidio, uso di sostanze stupefacenti, guida di veicoli o natanti per i quali l'assicurato non sia in possesso della relativa abilitazione e dell'età prescritta dalla legge, le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resenecessarie da infortunio. Sono altresì esclusi i danni o esborsi di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti, contribuiti, causati o in relazione a: guerra, invasioni, guerra civile, sommosse, ribellioni,

insurrezioni, rovesciamento di governi legalmente costituiti, tumulti civili equivalenti ad una rivolta e sommossa, esplosioni di armi da guerra, utilizzazione di armi nucleari, chimiche, biologiche, attività terroristica, omicidi o assalti per i quali sia stata dimostrata la responsabilità di agenti appartenenti ad uno stato straniero rispetto alla nazionalità dell'assicurato, atti preparati da nemici di nazionalità diversa da quella della persona assicurata.

✗ Sono altresì esclusi i danni o gli esborsi causati o in relazione con eventuali azioni intraprese per controllare, prevenire o sopprimere uno o tutti gli eventi di cui sopra, nonché le contaminazioni nucleari. Inoltre, non sono assicurabili: le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS, HIV o affette da infermità mentale (es: schizofrenia, stati paranoide).

✗ trasformazioni del nucleo dell'atomo;

✗ partecipazione a competizioni sportive agonistiche, corse o gare;

✗ pratica di paracadutismo, parapendio e sport aerei;

✗ partecipazione a qualsiasi forma di alpinismo e speleologia;

✗ ogni altra forma di malattia diversa da quelle specificamente indicate in polizza;



- ✗ la morte dell'Assicurato dovuta a malattia;
- ✗ infarti;
- ✗ attività subacquea con l'uso di apparato respiratorio ad una profondità superiore a 30 metri;
- ✗ gare di sci e snowboard, hockey, sci acrobatico.
- ✗ Si precisa che:
- ✗ l'Assicurazione non vale per le persone maggiori di 75 anni, fermo quanto previsto nella sezione "quando comincia e quando finisce la copertura".



Ci sono limiti di copertura?

Alle coperture assicurative offerte dal contratto sono applicati Scoperti (espressi in percentuale del danno indennizzabile) e Franchigie (in percentuali di Invalidità Permanente o in giorni per le Indennità) indicati nelle condizioni di assicurazione e/o in Polizza che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo. Sono altresì presenti nelle medesime coperture alcune esclusioni (salvo non derogate da Garanzie Supplementari) tra le quali quelle relative alle seguenti ipotesi:

INFORTUNI: guida di qualsiasi veicolo o natante a motore e l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione; Stati di ebbrezza alcolica dell'assicurato che causano l'infortunio dell'assicurato stesso, Ebbrezza alcolica dell'Assicurato alla guida di veicoli in genere; abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni (salvo il caso di somministrazione terapeutica prescritta da personale medico) limitatamente all'Assicurato che ha determinato l'Infortunio in tali stati; operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche, non resi necessari in conseguenza d'Infortunio; pratica di Sport Professionistici.

MALATTIA: patologie preesistenti alla decorrenza delle garanzie e note all'Assicurato; le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive; le malattie correlate al consumo di stupefacenti o allucinogeni e all'abuso di alcool e sostanze psicotrope; le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale; malattie causate da alcolismo cronico e/o da tossicodipendenza



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale per il mondo intero esclusi i paesi sotto indicati
- ✓ Afghanistan
- ✓ Chechnya
- ✓ Iran
- ✓ Iraq
- ✓ Libya
- ✓ Sudan
- ✓ Syria
- ✓ Yemen
- ✓ Zimbabwe
- ✓ Belarus
- ✓ Russia
- ✓ Ukraine



Che obblighi ho?

- -Alla sottoscrizione del contratto l'Assicurato e/o il Contraente ha l'obbligo di fornire agli Assicuratori informazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Nel corso del contratto l'Assicurato/Contraente deve dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni diminuzione o aggravamento del rischio



Quando e come devo pagare?

- Il premio deve essere pagato al Corrispondente dei Lloyd's specificato in polizza, il quale è autorizzato a riceverlo per conto degli Assicuratori al rilascio della Polizza. Se previsto il frazionamento le rate vanno pagate alle scadenze stabilite. Il mezzo di pagamento è concordato con detto intermediario, nel rispetto della normativa vigente



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- -L'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno concordato ed indicato in polizza. La polizza ha durata annuale e cessa alla sua naturale scadenza, senza rinnovo automatico e senza obbligo di disdetta



Come posso disdire la polizza?

-E' previsto il diritto di disdetta mediante lettera raccomandata inviata con preavviso di almeno 30 giorni prima della data della scadenza annuale. Altrimenti, non essendo previsto un rinnovo tacito, non è previsto il diritto di disdetta

Assicurazione Infortuni**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: Staple Hall Europe S.r.l.

Product: Polizza Infortuni e Malattia

Numero di versione di DIP Aggiuntivo Danni: 1

Data di realizzazione del DIP Aggiuntivo Danni: 01.07.2023

Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

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

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

Sito web: www.lloydseurope.com

E-mail: lloydseurope.info@lloyds.com

Telefono: +32 (0)2 227 39 39

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

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

E-mail: informazioni@lloyds.com

Telefono: +39 02 6378 8870

Alla fine del 2021, il capitale sociale ordinario di Lloyd's Insurance Company S.A. è di EUR 556 milioni. Inoltre, attraverso il rilascio di una lettera di credito sono stati resi disponibili ulteriori fondi propri per 200 milioni di EUR. Il requisito patrimoniale di solvibilità della società (SCR) è pari a EUR 220 milioni e l'importo dei fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR è pari a EUR 583 milioni. Il coefficiente di solvibilità della società quindi, inteso come il rapporto tra i fondi propri e l'SCR, è pari al 265%. Il suo requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a EUR 55 milioni e l'ammontare dei fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR è di EUR 473 milioni. La relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria di Lloyd's Insurance Company S.A. per l'anno 2021 è disponibile su www.lloydseurope.com/about/lloyds-brussels-hub/.

Al contratto si applica la legge della Repubblica Italiana.



Che cosa è assicurato?

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

- delle attività professionali principali dichiarate, 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.

Morte: pagamento della Somma assicurata ai Beneficiari designati o, in loro mancanza, agli eredi dell'Assicurato in caso di decesso.

- Invalidità Permanente da Infortunio: pagamento dell'Indennizzo a seconda della percentuale di Invalidità Permanente accertata distinguendo nella quantificazione -a seconda delle tabelle d'Indennizzo applicate- tra diversi scaglioni d'Invalidità.

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?

Invalidita' Permanente da Malattia
Inabilita' temporanea da Infortunio
Indennita' giornaliera da Ricovero da infotuno
Rimborso spese Mediche da Infortunio

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Nessuna

**Indicare
l'opzione**

Nessuna

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

**Indicare
l'opzione**

Sport ad Alto Rischio
Sport motoristici



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non sono oggetto di copertura i danni causati con dolo dell'Assicurato o del Contraente.

INFORTUNI: non sono assicurate le conseguenze di malattie o di eventi non dovuti a causa fortuita, violenta od esterna, o che non abbiano prodotto lesioni fisiche oggettivamente constatabili e/o che non abbiano per conseguenza la morte, una Invalidità Permanente o una delle altre prestazioni garantite dal contratto

Morte: Non e' assicurata la Morte conseguente da Malattia.

MALATTIA: non sono assicurate le alterazioni dello stato di salute che non siano clinicamente diagnosticabili o che consistano in malformazioni o difetti fisici, o che siano dipendenti da Infortunio, non sono, inoltre, assicurate le alterazioni dello stato di salute insorte e diagnosticate prima la decorrenza della polizza.



Ci sono limiti di copertura?

Alle coperture assicurative offerte dal contratto sono applicati Scoperti (espressi in percentuale del danno indennizzabile) e Franchigie (in percentuali di Invalidità Permanente o in giorni per le Indennità) indicati nelle condizioni di assicurazione e/o in Polizza che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo. Sono altresì presenti nelle medesime coperture alcune esclusioni (salvo non derogate da Garanzie Supplementari) tra le quali quelle relative alle seguenti ipotesi:

INFORTUNI: guida di qualsiasi veicolo o natante a motore e l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione; Stati di ebbrezza alcolica dell'assicurato che causano l'infortunio dell'assicurato stesso, Ebbrezza alcolica dell'Assicurato alla guida di veicoli in genere; abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni (salvo il caso di somministrazione terapeutica prescritta da personale medico) limitatamente all'Assicurato che ha determinato l'Infortunio in tali stati; operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche, non resi necessari in conseguenza d'Infortunio; pratica di Sport Professionistici.

MALATTIA: patologie preesistenti alla decorrenza delle garanzie e note all'Assicurato; le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive; le malattie correlate al consumo di stupefacenti o allucinogeni e all'abuso di alcool e sostanze psicotrope; le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale; malattie causate da alcolismo cronico e/o da tossicodipendenza



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro: La denuncia dell'infortunio con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata da un certificato medico, deve essere fatta per iscritto al **Broker/Corrispondente** 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

Assistenza diretta / in convenzione: non sono previste forme di assistenza diretta o in convenzione.

Gestione da parte di altre imprese: Non sono previste forme di gestione da parte di altre imprese.

Prescrizione: salvo quanto previsto dal primo comma dell'Art. 2952 c.c., i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi del medesimo Art. 2952 c.c.

Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione della polizza.
Obblighi dell'impresa	Pagamento dell'indennizzo: espletata l'attività istruttoria necessaria alla verifica della copertura di polizza e alla quantificazione del danno, l'indennizzo o il risarcimento – se dovuto – verrà liquidato dalla compagnia entro 30 giorni dal compimento dell'ultimo atto istruttorio necessario. In caso di contenzioso civile, l'indennizzo o risarcimento verrà erogato negli stessi termini temporali, in ossequio a quanto disposto dal giudice in sentenza e nel rispetto dei termini previsti dal Codice di Procedura Civile.



Quando e come devo pagare?

Premio	I premi devono essere pagati al Broker cui è assegnata la polizza oppure alla Società. Se il Contraente e/o l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 C.C.
Rimborso	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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza Ai sensi dell'art. 1901 C.C. l'Assicurazione decorre dalle ore 24.00 del 90 giorno successivo al giorno concordato ed indicato nel contratto, ferme restando le scadenze stabilite per il pagamento dei premi o delle rate di premio successivi. Qualora il presente contratto sia stato stipulato in sostituzione, senza soluzione di continuità di altro contratto riguardante gli stessi assicurati e identiche garanzie, l'anzidetto termine di 90 giorni opera: - dal giorno di effetto del contratto sostituito, per le prestazioni e i massimali da questi ultimo previsti; - dal giorno di effetto di questo contratto, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste. La norma di cui alla linea precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto
Sospensione	Se si desidera annullare la copertura, è necessario contattare il proprio Broker / agente assicurativo.

	- E' previsto il diritto di disdetta mediante lettera raccomandata inviata con preavviso di almeno 30 giorni prima della data della scadenza annuale. Altrimenti, non essendo previsto un rinnovo tacito, non è previsto il diritto di disdetta. Se non si è verificato un sinistro o un evento che possa portare a una richiesta di risarcimento, la compagnia concederà un rimborso pro rata per il periodo di copertura non ancora trascorso, Se si è verificato un sinistro o un evento che potrebbe portare a una richiesta di risarcimento, non sarà dovuto alcun rimborso e il contraente dovrà pagare l'intero premio annuale.
--	---



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	E' previsto il diritto di disdetta mediante lettera raccomandata inviata con preavviso di almeno 30 giorni prima della data della scadenza annuale. Altrimenti, non essendo previsto un rinnovo tacito, non è previsto il diritto di disdetta Se si è verificato un sinistro o un evento che potrebbe portare a una richiesta di risarcimento, non sarà dovuto alcun rimborso e il contraente dovrà pagare l'intero premio annuale. Riposte - Indicare che, ove la copertura sia connessa all'erogazione di mutui immobiliari e di credito al consumo, il contraente ha diritto di recedere entro 60 giorni sostituendo la copertura con altra autonomamente reperita (art. 28 del decreto-legge 24 gennaio 2012 convertito dalla L. 24 marzo 2012, n. 27) e che ha diritto al rimborso del premio (ovvero nel caso in cui il premio sia stato finanziato, alla corrispondente riduzione della rata), al netto dell'eventuale parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e delle spese effettivamente sostenute dall'impresa per l'emissione del contratto indicate nella documentazione assicurativa (lettera al mercato IVASS del 26/08/2015).
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è indirizzato a singoli assicurati, famiglie e piccole collettività.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione –

Premio di polizza già comprensivo di tasse ed accessori ove applicati

COME POSSO PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	I reclami vanno presentati per iscritto a: Servizio Reclami
----------------------------------	---

	Lloyd's Insurance Company S.A. Corso Garibaldi 86 - 20121 Milano Fax: +39 02 6378 8857 E-mail: lloydseurope.servizioreclami@lloyds.com o lloydseurope.servizioreclami@pec.lloyds.com Conferma di ricezione verrà fornita per iscritto tempestivamente. Un riscontro scritto al reclamo verrà fornito entro 45 (quarantacinque) di calendario dal presentazione del reclamo.
All'IVASS	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.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori).	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternative di risoluzione delle controversie	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.

INSERIRE LE SEGUENTI AVVERTENZE, OVE APPLICABILI

IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL MUTUO O DEL FINANZIAMENTO, L'IMPRESA HA L'OBLIGO DI RESTITUIRE LA PARTE PAGATA DI PREMIO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA POTRÀ RICHIEDERE ALL'IMPRESA LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA ANCHE DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.

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

INSERIRE LA SEGUENTE SEGUENTE DICHIARAZIONE SE IL PRODOTTO È PER ASSICURAZIONE DOMESTUALE

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.

- PRORISK Endorsement

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

1) Diaria per Inabilità Temporanea da Infortunio o da Malattia:

a) a seguito di sinistro risarcibile a termini della presente polizza, l'indennizzo per Inabilità Temporanea da Infortunio viene corrisposto: integralmente, per ogni giorno in cui l'**Assicurato** si è trovato nella totale e/o parziale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni, a decorrere dalle ore 24 del QUINTO giorno successivo all'infortunio e sino alle ore 24 dell'ultimo giorno di Inabilità Temporanea, per un periodo massimo di 120 giorni, solo qualora il sinistro sia stato regolarmente denunciato con le modalità dell'Art. 24 delle Condizioni di polizza. Qualora la prescrizione dei giorni sia rilasciata da medico non in forza a Pronto Soccorso e/o Istituto di Cura e/o non sia il medico curante dell'Assicurato, il limite di 120 giorni si intende ridotto a 90 giorni.

La prescrizione deve riportare la condizione clinica, la prognosi e la necessità di Inabilità Temporanea da Infortunio.

b) a seguito di sinistro risarcibile a termini della presente polizza, l'indennizzo per Inabilità Temporanea da Malattia viene corrisposto: a decorrere dalle ore 24 dell'OTTAVO giorno successivo alla malattia e sino alle ore 24 dell'ultimo giorno di Inabilità Temporanea, per un periodo massimo di 90 giorni, solo qualora il sinistro sia stato regolarmente denunciato con le modalità dell'Art. 24 delle condizioni di polizza. Qualora la prescrizione dei giorni sia rilasciata da medico non in forza a Pronto Soccorso e/o Istituto di Cura e/o non sia il medico curante dell'Assicurato, il limite di 90 giorni si intende ridotto a 60 giorni.

La prescrizione deve riportare la condizione clinica, la prognosi e la necessità di Inabilità Temporanea da Malattia.

L'indennizzo per Inabilità Temporanea da Infortunio o da Malattia non è cumulabile con l'indennizzo per Diaria da Ricovero da Infortunio o da Malattia (punto 2 seguente) e non è cumulabile con l'indennizzo per Diaria da Convalescenza da Infortunio o da Malattia (punto 3 seguente).

2) Indennità Giornaliera per Ricovero da Infortunio o da Malattia:

In caso di ricovero dell'**Assicurato** in Istituto di cura regolarmente autorizzato, reso necessario da Infortunio e/o Malattia (come definito dalle norme che regolano l'Assicurazione) e indennizzabile a termini della presente polizza, gli **Assicuratori** corrispondono l'indennità giornaliera convenuta per ciascun giorno di degenza, con il massimo di 90 giorni per evento, regolarmente denunciato con le modalità dell'Art. 24 delle condizioni di polizza.

Il giorno di entrata non è indennizzabile.

3) Indennità Giornaliera per Convalescenza da Infortunio o da Malattia:

A seguito di Ricovero in Istituto di Cura di cui al punto che precede - 2) Diaria da Ricovero da Infortunio e Malattia - in caso di sinistro indennizzabile a termini della presente polizza, gli **Assicuratori** corrispondono, per ogni giorno di convalescenza, una diaria pari al 50% di quella garantita in caso di Ricovero, per un massimo di 120 giorni in caso di Infortunio e un massimo di 90 giorni in caso di Malattia.

Detta diaria viene corrisposta a decorrere dal giorno successivo a quello di dimissioni dall'Istituto di Cura.

Qualora la prescrizione dei giorni sia rilasciata da medico non in forza a Istituto di Cura e/o non sia il medico curante dell'Assicurato, il limite di 120 giorni in caso di Infortunio si intende ridotto a 90 giorni e il limite di 90 giorni in caso di Malattia si intende ridotto a 60 giorni.

La prescrizione deve riportare la condizione clinica, la prognosi e la necessità di convalescenza.

La garanzia non è operante qualora il ricovero sia avvenuto in regime di day hospital.

Modalità di indennizzo:

L'**Assicurato** che richieda la corresponsione della Diaria da Ricovero da Infortunio o da Malattia e/o della Diaria da Convalescenza da Infortunio o da Malattia dovrà presentare, a dimissione avvenuta, la certificazione definitiva (copia della cartella clinica completa) attestante durata e prognosi del ricovero e la necessità di convalescenza.

L'**Assicurato** che richieda la corresponsione della Diaria da Inabilità Temporanea da Infortunio o da Malattia e/o della Diaria da Convalescenza da Infortunio o da Malattia, dovrà presentare il referto del Pronto Soccorso dove faranno fede i giorni di prognosi prescritti per infortunio e/o Malattia, o, in assenza, del Certificato Medico dell'Istituto di Cura e/o del Medico Curante che attesti la durata della Inabilità Temporanea indicando la condizione clinica, la prognosi e la necessità di convalescenza.

Termini di aspettativa

L'**Assicurazione** ha effetto:

- a) Per gli infortuni: dalle ore 24 del giorno di decorrenza della presente Polizza;
- b) Per le malattie: dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della Polizza.

Qualora il presente contratto fosse stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità di altro contratto riguardante gli stessi assicurati ed identiche garanzie, gli eventuali termini di aspettativa opereranno dal giorno di effetto del contratto sostituito, per le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti oppure dal giorno di effetto di questo contratto ma limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

TESTO DI POLIZZA – SHUSPA 2023

CONDIZIONI GENERALI:

- ❖ GLOSSARIO
- ❖ ARTICOLI CHE GOVERNANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

CONDIZIONI SPECIALI:

(Valide se richiamate nella Scheda di Copertura)

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

CONDIZIONI PARTICOLARI:

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

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

GLOSSARIO

I seguenti termini integrano a tutti gli effetti il contratto e le parti attribuiscono loro il significato di seguito precisato:

Aeromobili: si intendono sia quelli ad ala fissa (monomotori e plurimotori), sia ad ala rotante (monomotori e plurimotori), alianti, motoalianti, aerostati e dirigibili.

Anno: periodo di tempo pari a 365 giorni, o a 366 giorni in caso di Anno bisestile.

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

Assicurazione: contratto di assicurazione.

Assicuratori: Lloyd's Insurance Company ;

Atto di Terrorismo: azione intenzionalmente posta in essere o anche solo minacciata da una o più persone espressione di gruppi organizzati, al fine di intimidire, condizionare o destabilizzare uno Stato, la popolazione o una parte di essa.

Beneficiario: soggetto che viene designato a ricevere l'Indennizzo in caso di morte dell'Assicurato.

Classe di Rischio: insieme delle attività che, ai fini dell' Assicurazione dei rischi professionali, presentano lo stesso grado di pericolosità del Rischio.

Contraente: il soggetto che stipula l'Assicurazione, assumendosene i relativi obblighi tra i quali è preminente il pagamento del Premio.

Convalescenza: il periodo successivo ad un ricovero necessario per il recupero dello stato di salute, compromesso da un infortunio indennizzabile a termini di Polizza.

Day Hospital: degenza diurna in Istituto di Cura per prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche e per prestazioni di carattere diagnostico che per la loro natura devono essere eseguite in regime di ricovero diurno (con esclusione dei check up di medicina preventiva) documentate da cartella clinica con scheda di dimissione ospedaliera.

Documentazione sanitaria: gli originali della cartella clinica e/o di tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e dalla documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).

Ebbrezza alcolica: la condizione di alterazione determinata dalla presenza nel sangue di un tasso alcolemico superiore a 0,8 grammi/litro.

Franchigia: la parte di danno che è esclusa dall'Indennizzo, espressa in percentuali di Invalidità Permanente o in giorni per le indennità o in importo fisso per il rimborso spese.

Gare di regolarità pura: manifestazioni, comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, nelle quali il rispetto dei tempi prestabiliti e non la velocità per percorrere i diversi settori in cui deve essere suddiviso il percorso (controlli orari) e determinati tratti dello stesso (prove di classifica) costituisce il fattore determinante per la classifica.

Immobilizzazione: stato temporaneo di incapacità fisica, totale o parziale, a causa di fratture scheletriche o lesioni capsulo-legamentose che richiedono, a seguito di prescrizione medica, l'applicazione di un mezzo di contenzione inamovibile, rigido ed esterno, costituito da: docce, apparecchi gessati o altro tutore di contenzione comunque immobilizzante, la cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente in Istituti di cura da personale medico o paramedico.

Sono compresi i mezzi di contenzione amovibili e tutti i tutori preconfezionati sempreché rigidi ed esterni (esclusi collari morbidi e bustini ortopedici) purché prescritti da personale medico dipendente da Istituto di Cura e limitatamente alla durata del periodo durante il quale il presidio svolge una funzione immobilizzante, indicato sulla certificazione medica.

Indennizzo: somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di Sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, una Invalidità Permanente e/o una delle altre prestazioni garantite dalla Polizza.

Intervento chirurgico: atto medico avente una diretta finalità terapeutica, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa, nonché le riduzioni incruente di fratture o lussazioni. Sono considerati interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendo come tali quelli che comportano il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e quelli che comportano una cruentazione dei tessuti per l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo.

Invalidità Permanente: perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di Cura: gli ospedali, le cliniche, le case di cura e gli istituti universitari, pubblici o privati, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera. Per essere considerati tali, gli Istituti di Cura devono inoltre essere permanentemente sotto la direzione ed il controllo di un medico, devono disporre di adeguate attrezzature diagnostiche e terapeutiche e devono svolgere la loro attività secondo metodi scientifici riconosciuti e sulla base di una documentazione clinica completa comprensiva della Scheda di Dimissione Ospedaliera. Agli effetti contrattuali, non sono considerati Istituti di Cura: gli stabilimenti termali; le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche e di medicina non convenzionale; gli ospedali, le cliniche e le case di cura per convalescenza o per lunga degenza; le strutture di soggiorno per anziani o per la cura di malati cronici.

IVASS: Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni.

Periodo assicurativo - Annualità assicurativa: in caso di polizza di durata pari a 365 giorni, è il periodo che inizia alle ore 24 della data di effetto della polizza e termina alla scadenza della polizza stessa. In caso di polizza di durata superiore a 365 giorni, il primo periodo inizia alle ore 24 della data di effetto della polizza e termina alle 24 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di 365 giorni (366 negli anni bisestili) a partire dalla scadenza del periodo che li precede.

Polizza: il documento che prova l'Assicurazione, ai sensi dell'articolo 1888 del Codice Civile.

Premio: somma dovuta dal Contraente alla Società come corrispettivo dell'Assicurazione.

Recesso: scioglimento unilaterale del vincolo contrattuale previsto dalla legge o dal contratto

Ricovero: degenza, documentata da cartella clinica, comportante pernottamento in Istituto di Cura.

Rischio: probabilità che si verifichi un Sinistro.

Sci Alpinismo: la pratica dello sci con ascensioni ed escursioni in montagna – senza l'utilizzo degli impianti di risalita – caratterizzate da notevole dislivello e discese fuori pista distanti dalle piste battute, escluso quanto previsto dall'attività di Sci Estremo.

Sci Estremo: la discesa con sci, comunque effettuata, su pendii superiori a 55 gradi di pendenza.

Scoperto: importo che rimane a carico dell'Assicurato espresso in misura percentuale sull'ammontare del danno indennizzabile che spetterebbe in assenza dello scoperto stesso.

Sforzo: impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, messe in atto dall'Assicurato – anche volontariamente - che esorbitano per intensità dalle proprie ordinarie abitudini di vita e di lavoro.

Sinistro: verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Snowboard: attività sportiva che prevede la discesa di una pista innevata su di una tavola che viene direzionata piegando le ginocchia e spostando il peso - anche se praticata fuoripista - purché effettuata nelle zone immediatamente adiacenti le piste battute servite da impianti di risalita.

La pratica dello Snowboard si divide in:

- Disciplina Hard, intendendosi per tale la discesa effettuata in campo libero, nonché lo slalom praticato nelle varie forme.
- Discipline Soft, intendendosi per tali:
 - Half Pipe: gli atleti si misurano con un "canalone" artificiale eseguendo vari tipi di figure ruotando sia sull'asse verticale che su quella orizzontale.
 - Snowboardcross: gli atleti scendono in gruppo su un percorso comune contraddistinto da ostacoli quali salti, gobbe, cunette, curve paraboliche e in alcuni casi da oggetti come piscine.
 - Freeriding estremo: gli atleti scendono da pendii con inclinazioni superiori a 55 gradi.

Società: l'impresa assicuratrice.

Somma assicurata: è la somma indicata in Polizza che per ogni garanzia viene utilizzata per il calcolo dell'Indennizzo.

Sport Aerei: si intendono quelli effettuati anche in qualità di pilota con:

- Aeromobili di peso non superiore a MTOM (Kg) 2700 sia con ala fissa, sia con ala rotante;
- Alianti, motoalianti, aerostati e dirigibili;
- Apparecchi per il Volo ULM (ultraleggeri);
- Apparecchi e/o attrezzi per il Volo da Diporto Sportivo o Volo Libero (quali a titolo esemplificativo e non limitativo deltaplani, paramotori e parapendii).

È inoltre considerato sport aereo la pratica del paracadutismo.

Sport Agonistici: intendendosi per tali quelli effettuati sotto l'egida delle Federazioni o Associazioni riconosciute dal CONI la cui pratica preveda allenamenti o prove finalizzate alla partecipazione, saltuaria o continuativa, a gare, competizioni o manifestazioni sportive, purché non rientranti nell'ambito di sport professionistici. In tale classificazione di attività sportiva, l'eventuale presenza di remunerazione – in premi o in denaro – è ammessa purché non costituisca fonte di reddito esclusiva, né ricorrente e/o continuativa e comunque da considerarsi del tutto marginale ad altra fonte di reddito principale e venga perciò erogata a titolo gratuito, senza alcun obbligo contrattuale da parte di chiunque ed esclusivamente a titolo di "una tantum" e/o rimborso delle spese sostenute.

Sport ad Alto Rischio: intendendosi per tali quelli di seguito indicati:

alpinismo con scalata di roccia o di ghiacciai oltre il 3° grado della scala di Monaco o di difficoltà equivalente, arti marziali che prevedano contatto fisico, bob, canoa fluviale oltre il 3° grado, discesa di rapide, downhill a qualsiasi livello e in tutte le sue forme, football americano, free climbing, guidoslitta (bob-

sleigh), helisnow, hockey su ghiaccio, immersione con autorespiratore, jet ski, kitesurf, lotta nelle sue varie forme, paracadutismo, pugilato, rafting, regate oceaniche, rugby, salto con l' elastico (bungee jumping), salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, Sci Alpinismo, Sci Estremo, slittino (skeleton), Snowboard Discipline Soft (Half Pipe, Snowboardcross, Freeriding), snowrafting, sollevamento pesi, speleologia.

Sport del tempo libero: intendendosi per tali quelli aventi finalità strettamente ricreative anche se effettuati sotto l'egida delle federazioni o Associazioni riconosciute dal CONI.

L'Infortunio verrà considerato come avvenuto nell'ambito della pratica di sport del tempo libero qualora si sia verificato durante allenamenti o prove non specificatamente finalizzati alla partecipazione, saltuaria o continuativa, a gare, competizioni o a qualsiasi manifestazione sportiva di carattere agonistico.

Sport Motonautici: si intendono quelli praticati con moto d'acqua, idromoto, motoscafi o barche a motore conformi alle regole stabilite dalla UIM (Unione Internazionale Motonautica) o dall'autorità nazionale; comprese tutte le gare di Off-Shore.

Sport Motoristici: si intendono quelli praticati con autoveicoli o motoveicoli su pista, circuiti o comunque durante lo svolgimento di gare e/o allenamenti con l'utilizzo dei predetti veicoli. Tutte le gare Sprint e Grasstrack, nonché quelle effettuate con Monoposto, Prototipi, Dragster e Stock-car.

Sport Professionistici: quelli svolti in maniera continuativa, con qualsiasi tipo di remunerazione e/o contributo di qualunque natura che costituisca fonte di reddito e nell'ambito di discipline regolamentate dal CONI.

Terremoto: movimento brusco e repentino della crosta terrestre dovuto a cause endogene.

Le scosse registrate nelle 72 ore successive ad ogni evento che ha dato luogo al Sinistro indennizzabile sono attribuite ad un medesimo episodio tellurico ed i relativi danni sono considerati pertanto "singolo sinistro".

PREAMBOLO

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

CONDIZIONI GENERALI

DEFINIZIONI: nel testo che segue si intendono:

- per Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza uno degli eventi garantiti in polizza.
- per Contraente: il soggetto che stipula il contratto nell'interesse proprio o di altre persone;
- per Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione;
- per Assicurazione: il contratto di Assicurazione
- per Assicuratori: LLOYD'S INSURANCE COMPANY;
- per Polizza: il documento che prova l'Assicurazione.
- per Premio: la somma dovuta dall'Assicurato/Contraente agli Assicuratori;
- per Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro;
- per Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione;
- per Indennizzo: la somma dovuta dagli Assicuratori in caso di sinistro.
- per Attività Professionale: quella inerente al lavoro remunerato.
- per Day Hospital: la degenza senza pernottamento presso un Istituto di Cura.
- per Ingessatura: mezzo di contenimento costituito da: fasce, docce o altri apparecchi, confezionati con gesso da modellare; contenimento con fasce rigide od altri apparecchi ortopedici immobilizzanti rimovibili unicamente da personale medico – paramedico o, comunque, solo alla fine della cura.
- per Istituto di Cura: ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità alla erogazione dell'assistenza ospedaliera anche in regime di degenza diurna. Non sono considerati tali gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
- per Ricovero: la degenza con pernottamento presso un istituto di cura.
- per Convalescenza: il periodo di riposo da trascorrere presso il proprio domicilio e/o residenza.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

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

ART. 1 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

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

Il pagamento dei premi deve essere eseguito presso il Broker che gestisce la polizza.

Il pagamento della prima rata di premio avviene con quietanzamento da parte del **Brokere**, per i premi successivi, su documenti separati emessi dal **Broker** 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 – DIMINUIZIONE O AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO (vedi oltre art.21)

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

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

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del **Contraente**, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento (1441 c.c. ss.) del contratto quando il **Contraente** ha agito con dolo o con colpa grave (1893, 1894). L'assicuratore decade (2964 c.c. ss.) dal diritto di impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al **Contraente** di voler esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata. Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza (1932).

ART.3 - RECESSO A SEGUITO DI SINISTRO

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

ART. 4 - ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

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

ART.5 – ONERI FISCALI

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

ART.6 – CLAUSOLA BROKER - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Con la sottoscrizione della presente polizza il **Contraente/Assicurato** conferisce mandato di rappresentarlo, ai fini della presente polizza, alla società di brokeraggio anche corrispondente dei Lloyd's indicata nella scheda di copertura. Tutte le comunicazioni cui le parti sono tenute devono essere fatte con lettera raccomandata, telex, telefax o e-mail. Tutte le comunicazioni effettuate e/o ricevute dal **Broker** hanno piena validità ed efficacia tra le parti e vengono considerate quali effettuate e/o ricevute dal **Contraente/Assicurato** o dall'**Assicuratore**.

ART. 7 – FORO COMPETENTE

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

ART. 7BIS – DOMANDE GIUDIZIALI

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

ART. 8 - VALIDITÀ TERRITORIALE

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

ART. 9 - RINNOVO DEL CONTRATTO

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

ART. 10 - LIQUIDAZIONE

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

ART. 11 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

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

ART. 12 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

- delle attività professionali principali dichiarate, 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"), a condizione che l'**Assicurato** non vi abbia preso parte volontaria o attiva;
- b) gli infortuni provocati da qualsiasi evento naturale (quali ad esempio: terremoto, tempeste, eruzioni vulcaniche, franamento del terreno e simili).
- c) gli infortuni derivanti dall'uso e guida di veicoli e natanti in genere, compresi mezzi di terzi e/o pubblici (salvo quanto disposto nell'art. 14 Esclusioni lettera c) ed d));
- d) gli infortuni che l'**Assicurato** subisca durante viaggi aerei in qualità di puro passeggero nei limiti e nei termini di quanto disposto nelle Condizioni Generali di Assicurazione (Art. 27);
- e) i colpi di sole e di calore, la disidratazione, l'assideramento e il congelamento, le vertigini nonché, in genere, gli effetti della temperatura esterna, degli agenti atmosferici e di altre influenze termiche ed atmosferiche;
- f) l'asfissia dovuta ad involontaria aspirazione di gas o vapori;
- g) l'avvelenamento, le intossicazioni e le lesioni prodotte dall'ingestione accidentale di cibi o dall'assorbimento di bevande o sostanze in genere;
- h) i morsi ed i calci, le punture e le ustioni provocate da animali, insetti e vegetali (con esclusione però delle malattie da essi direttamente o indirettamente provocate)
- i) le infezioni, comprese quelle tetaniche, conseguenti ad infortuni risarcibili a termini di polizza;
- j) l'annegamento;
- k) le lesioni muscolari e tendinee determinate da sforzi (escluso infarto e colpi apoplettici) e le ernie traumatiche;
- l) l'azione di fulmine, la folgorazione e le lesioni provocate da scariche elettriche;
- m) le lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive, 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 malore e di incoscienza; sono inclusi l'infortuni in stato di ubriachezza laddove l'alcolemia non sia al di sopra dei 0,8 grammi/litro (mentre la guida in stato di ubriachezza di veicoli, motoveicoli o natanti e' sempre esclusa)
- p) gli infortuni subiti dall'**Assicurato** derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave del **Contraente/Assicurato**;
- q) le lesioni subite in occasione di legittima difesa o di atti compiuti per solidarietà umana;
- r) gli **Assicuratori** in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato, corrisponderanno le somme assicurate per uno degli eventi garantiti in polizza anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano causa diretta dell'infortunio, ma conseguenza della zona, del clima, o di altre situazioni concomitanti e l'**Assicurato** si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.
- s) gli infortuni subiti in occasione di dirottamento o pirateria aerea fatto salvo quanto specificatamente escluso dalla clausola "Esclusione di Guerra, Terrorismo e stragi di massa".
- t) Le garanzie, sono operanti per gli Infortuni subiti dall'Assicurato durante la pratica di Sport del tempo libero e Sport Agonistici.

Sono esclusi :

- a) Sport Professionistici;
- b) Sport ad Alto Rischio;
- c) Sport Motoristici e Motonautici comunque svolti, salvo le Gare di regolarità pura;
- d) Sport Aerei in genere.

Esclusivamente per gli Infortuni avvenuti durante la pratica di Sport Agonistici le garanzie sono operanti limitatamente ai soli casi Morte e Invalidità Permanente

- u) **MALATTIE TROPICALI / MALARIA** La garanzia è operante. nei casi di Invalidità permanente derivante dal contagio di malattie tropicali e/o da malaria, che siano state diagnosticate. La compagnia non procede ad alcun Indennizzo se il grado di Invalidità permanente accertata è pari od inferiore al 20%. L'indennizzo è operante sino ad un massimo del 25% della somma assicurata per infortunio. L'Indennizzo è subordinato alla condizione che l'Assicurato:
- fosse in perfette condizioni di salute nel momento in cui si sia recato all'estero;
 - si sia sottoposto a tutta la profilassi prevista dalle Autorità sanitarie dei paesi ospitanti.
- È sempre escluso il decesso dell'Assicurato.

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 residuasce una Invalidità Permanente, la stessa verrà indennizzata con i normali criteri previsti per i casi di Invalidità Permanente da infortunio ed entro un massimo del 5% della somma assicurata a tale titolo.

ART. 14 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'**Assicurazione** gli infortuni derivanti da:

- a) suicidio, tentato suicidio o autolesione intenzionale, o azione delittuosa o sediziosa compiuta dalla/e persona/e assicurata/e;
- b) uso di sostanze stupefacenti, allucinogeni o simili non prescritto da ricetta medica di un dottore specialista o se prescritto non usato in conformità con la prescrizione;
- c) guida di veicoli o natanti per i quali l'**Assicurato** non sia in possesso della relativa abilitazione o dell'età prescritta dalla legge;
- d) partecipazione a competizioni sportive agonistiche, corse o gare, salvo che si tratti di gare automobilistiche di regolarità indette dall'ACI, regate veliche o raduni cicloturistici o altre manifestazioni di carattere ricreativo che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore;
- e) pratica a qualunque titolo di paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere;
- f) partecipazione a qualsiasi forma di alpinismo e speleologia che di norma implicino l'uso di ramponi, funi o guide, caccia a cavallo, concorsi ippici, la pratica di rugby, boxe o qualunque altra forma di arte marziale;
- g) ogni forma di malattia non inclusa nel precedente Art. 12; in qualsiasi caso la morte dell'**Assicurato** dovuta a malattia è esclusa da questa **Assicurazione**.
- h) gli infarti.
- i) l'attività subacquea con l'uso di apparato respiratorio ad eccezione di quella effettuata ad una profondità non superiore ai 30 metri ed in compagnia, in qualsiasi momento, di un altro subacqueo.
- j) le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da un infortunio.
- k) Sono totalmente esclusi i sinistri direttamente o indirettamente risultanti dalla partecipazione ad: ice hockey, alla guida di luge o skeleton o di slitta trainata da cani; inoltre il salto con gli sci, lo sci acrobatico, il bob sledging e lo sci-joring, sci fuori pista e snowboard fuori pista e dalla pratica, a titolo professionistico, di sci alpino.
- m) Stati di ebrezza alcolica dell'assicurato che causano l'infortunio dell'assicurato stesso.

Esclusione di guerra, terrorismo e stragi di massa

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

1. guerra, ostilità, operazioni belliche (con conflitti dichiarati o no);
2. invasioni;
3. atti perpetrati da nemici di nazionalità diversa da quella della persona assicurata o del paese nel quale gli atti si verificano;
4. guerra civile;
5. sommosse;
6. ribellioni;
7. insurrezioni;
8. rivoluzioni;
9. rovesciamento di governi legalmente costituiti;
10. tumulti civili che assumano le proporzioni o siano equivalenti ad una rivolta e sommossa;
11. colpi di stato militari o usurpazioni di potere;
12. esplosioni di armi da guerra;
13. l'utilizzazione di armi nucleari, chimiche o biologiche a distruzione di massa, in qualsiasi forma esse siano utilizzate o combinate tra loro;
14. omicidi o assalti per i quali sia stata dimostrata incontrovertibilmente la responsabilità di agenti appartenenti uno stato straniero rispetto alla nazionalità dell'Assicurato, sia nei casi di guerra dichiarata con quello stato sia nei casi in cui non vi siano state dichiarazioni di guerra;
15. attività terroristica.

Ai fini della presente esclusione:

I) per attività terroristica s'intendono l'atto o gli atti perpetrati da un soggetto o da gruppo/i di soggetti, compiuti per ragioni politiche, religiose, ideologiche o analoghe, con l'intenzione di influenzare il governo e/o di seminare il terrore tra l'opinione pubblica o parti della stessa. L'attività terroristica può comprendere, senza essere a questo limitata, il ricorso alla forza o alla violenza e o la minaccia di ricorrervi. Inoltre potranno essere ritenuti responsabili di attività terroristiche soggetti che agiscano individualmente, ovvero per conto di, o in collaborazione con organizzazione/i o governo/i;

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

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

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

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

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

Esclusione per contaminazione Nucleare

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

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

Esclusione Pre-esistenze

Premesso che l'assicurazione prevista dalla presente polizza è prestata per le alterazioni dello stato di salute dell'Assicurato a seguito di Infortunio e/o Malattia insorte e diagnosticate dopo la decorrenza della polizza, ad integrazione di quant'altro pattuito, si precisa che l'assicurazione si intende non operante per:

- le conseguenze di infortuni occorsi prima della stipula del contratto di Assicurazione e conseguenze di ricadute o recidive;
- ricadute o recidive di patologie in atto e preesistenti alla decorrenza della polizza;
- insorgenza di una grave patologia che sia dovuta all'AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) ovvero, ad altra patologia ad esso correlata;
- malformazioni congenite, malattie genetiche o difetti fisici preesistenti alla decorrenza della polizza.

L'Assicurazione si intende non operante inoltre per:

- a) le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e loro conseguenze e complicanze ed inoltre le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelli riferibili ad esaurimento nervoso
- b) gli interventi chirurgici per infertilità, sterilità, impotenza, fecondazione assistita
- c) l'aborto volontario non terapeutico
- d) le parodontopatie, cure e protesi dentarie, se non conseguenti a infortunio
- e) gli interventi per correggere o eliminare vizi di rifrazione (miopia, ipermetropia, astigmatismo)
- f) gli interventi chirurgici con finalità estetiche, dietologiche, e fitoterapiche o malattie conseguenti a trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche, chirurgia bariatrica (il trattamento chirurgico dei pazienti affetti da obesità), cure termali
- g) gli interventi chirurgici che riguardano disturbi d'identità sessuale
- h) gli interventi chirurgici presso strutture mediche prive delle prescritte autorizzazioni a norma delle leggi vigenti

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 E SPESE FUNERARIE

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.

La Compagnia rimborsa ai beneficiari designati in polizza le spese funerarie sostenute in caso di infortunio indennizzabile ai sensi della polizza che comporti la morte dell'assicurato, purché le spese sostenute siano documentate con giustificativi fiscali. Detta estensione è applicata con un limite di EUR 7,500

ART. 16 - MORTE PRESUNTA

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

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

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

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

ART. 17 - INVALIDITÀ PERMANENTE

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

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate 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 55 anni di età, se l'infortunio ha per conseguenza lesioni al viso che determinano deturpazioni o sfregi permanenti, gli **Assicuratori** liquideranno una somma a titolo di ulteriore indennità per il rimborso delle spese documentate e sostenute per l'intervento cosmetico chirurgico riparatore fino ad un massimo di Euro 12,500.00.

TABELLA A

**VALUTAZIONI DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE SECONDO I CRITERI
STABILITI PER LE ASSICURAZIONI SOCIALI CONTRO GLI INFORTUNI
LEGGE INFORTUNI SUL LAVORO (T.U. 30 GIUGNO 1965 - N° 1124)**

LESIONE INDENNITÀ
Adestra Asinistra

Sordità completa di un orecchio	15%
Sordità completa bilaterale	60%
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di protesi	40%
Altre menomazioni della facoltà visiva (si veda la relativa tabella sul retro)	-----
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:	
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%
Perdita della milza senza alterazioni della crasi amica	15%
Per la perdita di un testicolo non si corrispondono indennità	-----
Esiti della frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità	

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

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

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

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

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

Nota:

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

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

ART. 17BIS – FRANCHIGIA PER INVALIDITA' PERMANENTE

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

- Da Euro 0 e fino ad Euro 517,000.00 : non verterà corrisposta alcuna indennità per invalidità permanenti non superiori al 3% della totale. Se invece l'invalidità è superiore al 3% della totale, verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente; nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado uguale o superiore al 10% della totale, l' **Assicuratore** liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia;
- eccedente Euro 517,000.00 e fino ad Euro 775,000.00; non verterà corrisposta alcuna indennità per invalidità permanenti non superiori al 5% della totale. Se invece l'invalidità è superiore al 5% della totale, verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente;
- eccedente Euro 775,000.00 e fino ad Euro 1,292,000.00; non verterà corrisposta alcuna indennità per invalidità permanenti non superiori al 10% della totale. Se invece l'invalidità è superiore al 10% della totale, verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente;
- eccedente Euro 1,292,000.00 e fino ad Euro 1,650,000.00; non verterà corrisposta alcuna indennità per invalidità permanenti non superiori al 15% della totale. Se invece l'invalidità è superiore al 15% della totale, verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente;

- eccedente Euro 1,650,000.00; non verrà corrisposta alcuna indennità per invalidità permanenti non superiori al 20% della totale. Se invece l'invalidità è superiore al 20% della totale, verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente;
Franchigia per sport invernali:
- A deroga di quanto sopra indicato la franchigia per sport invernali è considerata sempre assoluta del 7%
- A deroga di quanto indicato nella scheda di copertura il massimale per sport invernali viene limitato sempre e solo a EUR 350,000
Sport Agonistici:
- Esclusivamente per gli Infortuni avvenuti durante la pratica di Sport Agonistici l'Indennizzo per Invalidità Permanente verrà corrisposto secondo i seguenti criteri:
 - sulla parte di Somma assicurata sino a € 300.000, l'Indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della Franchigia del 3% della totale. Se l'Invalidità Permanente supera il 3% della totale viene corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente;
 - sulla parte di Somma assicurata eccedente € 300.000 e sino ad un massimo di 500.000 l'Indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della Franchigia del 5% della totale. Se l'Invalidità Permanente supera il 5% della totale viene corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente.
- **Rotture del tendine d'Achille**
- In caso di rottura del tendine d'Achille la **TABELLA A (valutazioni del grado percentuale di invalidità)** riportata in questo testo di polizza, deve intendersi non operante. La Società riconoscerà, indipendentemente dal grado residuo, un Indennizzo forfettario pari al 2% della Somma assicurata per la garanzia Invalidità Permanente, con il massimo di € 1.000.
- **Eventi naturali catastrofici**
- La **tabella A (valutazioni del grado percentuale di invalidità)** deve intendersi non operante per gli Infortuni determinati dalle seguenti calamità naturali: Terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti, alluvioni e inondazioni. L'Indennizzo verrà corrisposto in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato con deduzione di una Franchigia assoluta del 10%.

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

ART. 18 - CUMULO DI INDENNITÀ

Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro 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 INDENNIZZABILITÀ

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

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

ART. 20 - ANTICIPO INDENNIZZI

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

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

ART. 21 - BUONA FEDE

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

ART. 22 - LIMITI DI ETÀ

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

ART. 23 - PERSONE NON ASSICURABILI

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

ART. 24 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

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

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

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'**Assicurato** o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso agli **Assicuratori**. L'**Assicurato**, i suoi familiari o aventi diritto devono consentire alla visita dei medici degli **Assicuratori** ed a qualsiasi indagine o accertamento che questi ritengano necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'**Assicurato** stesso.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'**Assicurato** – salvo che siano espressamente comprese nell'**Assicurazione** – fatta eccezione per i medici designati dagli **Assicuratori**.

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

ART. 25 - CONTROVERSIE SULL'ASSICURABILITÀ DELLE PERSONE E SULLE CONSEGUENZE DELLE LESIONI

In caso di controversie di natura medica sul grado di Invalidità Permanente da Infortunio o da Malattia, sulla natura della malattia o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici nonché sui criteri di indennizzabilità di cui all'art. 20, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, al Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. 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 per il terzo medico. È 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, nel quale caso il Collegio può intanto concedere un acconto sull'indennizzo. Per la risoluzione di eventuali controversie tra le Parti, l'**Assicurato** in alternativa a quanto precede, ha sempre facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

ART. 26 - BENEFICIARI

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

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

ART. 27 – RISCHIO VOLO

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

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

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

ART. 28 – CONCENTRAZIONE

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

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

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

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

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

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

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

ART. 30 – EMBARGHI E SANZIONI

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

IL CONTRAENTE

CLAUSOLE VESSATORIE

Clausole da approvare esplicitamente per iscritto

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

Art. 3	Facoltà di recesso a seguito di sinistro;
Art. 7	Competenza territoriale;
Art. 14	Esclusioni
Art. 17BIS	Franchigie per Invalidità Permanente
Art. 23	Cessazione dell'Assicurazione alla diagnosi di tossicodipendenza, alcolismo, AIDS, HIV, infermità mentali (come definite);
Art. 24	Deferimento di controversie ad un collegio medico
Art. 28	Concentrazione

IL CONTRAENTE

CONDIZIONI SPECIALI - SHUSPA2022

(Valide se richiamate nella 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 - SHUSPA2022

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

1) Inabilità Temporanea da Infortunio (prevista per i soli lavoratori autonomi)

E' lavoratore autonomo la persona fisica che, per l'imposta sul Reddito (IRE), deve presentare una dichiarazione in cui esclude di percepire reddito da lavoro dipendente o per la quale i redditi da lavoro autonomo sono maggiori di quelli da lavoro dipendente e che comporta denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 27 (reddito agrario), 53 (redditi di lavoro autonomo), 55 (redditi di impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in Società di persone

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

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

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

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

2) Indennità giornaliera in caso di ricovero ed ingessatura

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

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

Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

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

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

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

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

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

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

2Bis) Indennità Giornaliera da Convalescenza a Seguito di Ricovero

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

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

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

Modalità di indennizzo:

L'**Assicurato** che richieda la corresponsione della Diaria da Ricovero da Infortunio o della Diaria da Convalescenza da Infortunio dovrà presentare, a dimissione avvenuta, la certificazione definitiva (copia della cartella clinica completa) attestante durata e prognosi del ricovero e la necessità di convalescenza.

L'**Assicurato** che richieda la corresponsione della Diaria da Inabilità Temporanea da Infortunio dovrà presentare il referto del Pronto Soccorso dove faranno fede i giorni di prognosi prescritti per infortunio, o, in assenza, del Certificato Medico dell'Istituto di Cura e/o del Medico Curante che attesti la durata della Inabilità Temporanea indicando la condizione clinica, la prognosi e la necessità di convalescenza.

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;
- e) le spese, entro il limite del 20% del massimale assicurato, sostenute dopo la cessazione del ricovero o rese necessarie dall'intervento chirurgico ambulatoriale, per esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche e fisioterapeutiche effettuate nei trenta giorni successivi. La domanda di rimborso, corredata dalle ricevute originali delle spese sostenute per i titoli suindicati, dovrà essere presentata agli **Assicuratori** entro un mese dal termine della cura medica. Qualora gli originali delle notule, distinte e ricevute siano stati presentati a terzi per ottenere il rimborso, gli **Assicuratori** effettueranno il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

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

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

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

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

La garanzia è prestata con una franchigia fissa di EUR 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 Invalidità Permanente conseguente a Malattia

LA PRESENTE GARANZIA E' VALIDA ED OPERANTE SOLO SE RILASCIATA CONGIUNTAMENTE ALLA GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO.

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

ART 1): OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

ART 2): DEFINIZIONI

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

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

Decorrenza della Garanzia – Termini di Aspettativa

Ai sensi dell'art. 1901 C.C. l'**Assicurazione** decorre dalle ore 24.00 del 90 giorno successivo al giorno concordato ed indicato nel contratto, ferme restando le scadenze stabilite per il pagamento dei premi o delle rate di premio successivi.

Qualora il presente contratto sia stato stipulato in sostituzione, senza soluzione di continuità di altro contratto riguardante gli stessi assicurati e identiche garanzie, l'anzidetto termine di 90 giorni opera:

- dal giorno di effetto del contratto sostituito, per le prestazioni e i massimali da questi ultimi previsti;
- dal giorno di effetto di questo contratto, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

La norma di cui alla linea precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto

ART 3): ESCLUSIONI per la GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

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

a - malattie, malformazioni e stati patologici manifestatisi anteriormente alla stipulazione del contratto, non dichiarati dall'Assicurato alla Società;

b.- malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze

c - intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici od uso, a scopo non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti, narcotici;

d - dolo dell'**Assicurato**;

e- CORONAVIRUS EXCLUSION (Personal Accident & Travel)

La polizza assicurativa non copre alcun sinistro in alcun modo causato o derivante da:

- a) Malattia di Coronavirus (COVID 19)
- b) Sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS CoV 2)
- c) qualsiasi mutazione o variazione di SARS CoV 2
- d) qualsiasi paura o minaccia di a), b) o c) sopra

Ad esempio, la polizza assicurativa non copre alcun sinistro, in alcun modo causato o derivante da a), b), c) o d) sopra, per:

- i. lesioni personali o malattia
- ii. autoisolamento o requisiti di quarantena o restrizioni di movimento di persone, merci o animali
- iii. qualsiasi avviso o avvertenza di viaggio, o paura o minaccia di tale avviso o avvertenza;

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

L'**Assicurazione** non vale:

a) per le persone di età superiore ai 64 (sessantaquattro) anni, mentre per quelle assicurate cessa automaticamente alla scadenza annuale del contratto immediatamente successiva al compimento del 64 (sessantaquattresimo) anno di età;

b) per le persone affette da epilessia, tossicodipendenza, infermità mentali, alcolismo, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), o simili o correlate sindromi comunque esse siano state contratte e denominate.

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

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

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

A = % INVALIDITA' PERMANENTE ACCERTATA

B = % DA LIQUIDARE SULLA SOMMA ASSICURATA

A	B	A	B	A	B
Up to 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 lavorativa generica dell'**Assicurato**, indipendentemente dalla propria attività o professione.

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

Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, oltre a quanto disposto dall'Art. 3. "Esclusioni", è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti. Nel corso dell'assicurazione, le invalidità permanenti da Malattia già indennizzate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie. Pertanto, nel caso in cui la Malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata indennizzata per una precedente Malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa. Se invece la precedente Malattia ha determinato una invalidità non indennizzata perché l'invalidità da essa residua è stata ritenuta inferiore alla franchigia, nel caso gli esiti della nuova Malattia concorrano con quelli precedentemente accertati, la valutazione andrà effettuata considerando anche il maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

ART 6): ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITA' PERMANENTE CONSEGUENTE A MALATTIA

La prova dell'esistenza delle condizioni per la richiesta dell'indennità è a carico dell'**Assicurato**. L'**Assicurato** deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dagli **Assicuratori**, fornire agli stessi ogni informazione e produrre ogni copia delle eventuali cartelle cliniche compilate e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno curato e visitato.

ART 7): DIRITTO ALL'INDENNITA' per la GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasferibile. Tuttavia, se l'**Assicurato** muore dopo che l'invalidità sia stata liquidata o offerta in misura determinata, l'**Assicuratore** paga ai beneficiari dell'**Assicurato** l'indennizzo valutato come previsto dal comma b) dell'art. 5) - Criteri di liquidazione.

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

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

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

5) Estensione Guerra e Terrorismo con Clausola di Recesso entro le 168 ore –

(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 "Esclusione di guerra, terrorismo e stragi di massa" si estende l'**Assicurazione** a lesioni corporee direttamente o indirettamente causate, conseguenti o in relazione con quanto di seguito precisato:

1. Guerra, ostilità, operazioni belliche (con conflitti dichiarati o no);
2. Invasioni;
3. Atti perpetrati da nemici di nazionalità diversa da quella della persona assicurata o del paese nel quale gli atti si verificano;
4. Guerra civile;
5. Sommosse;
6. Ribellioni;
7. Insurrezioni;
8. Rivoluzioni;
9. Rovesciamento di governi legalmente costituiti;
10. Tumulti civili che assumano le proporzioni o siano equivalenti ad una sommossa e rivolta;
11. Colpi di stato militari o usurpazioni di potere;
12. Esplosioni di armi da guerra;

13. Omicidi o assalti per i quali sia stata dimostrata incontrovertibilmente la responsabilità di agenti appartenenti ad uno stato straniero rispetto alla nazionalità dell'**Assicurato**, sia nei casi di guerra dichiarata con quello stato sia nei casi in cui non vi siano state dichiarazioni di guerra;

14. Attività terroristica

fermo restando che,

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

Ai fini della presente estensione:

Per attività terroristica s'intendono l'atto o gli atti perpetrati da un soggetto o da un gruppo/i di soggetti, compiuti per ragioni politiche, religiose, ideologiche o analoghe, con l'intenzione di influenzare il governo e/o di seminare il terrore tra l'opinione pubblica o parti della stessa. L'attività terroristica può comprendere, senza essere a questo limitata, il ricorso alla forza o alla violenza e o la minaccia di ricorrervi. Inoltre potranno essere ritenuti responsabili di attività terroristiche soggetti che agiscano individualmente, ovvero per conto di, o in collaborazione con organizzazione/i o governo/i.

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

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

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

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

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

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

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

(1/7/93)

NMA 2582B

Lista dei Paesi esclusi

- 1. Afghanistan
- 2. Chechnya
- 3. Iran
- 4. Iraq
- 5. Libya
- 6. Sudan
- 7. Syria
- 8. Yemen
- 9. Zimbabwe
- 10. Belarus
- 11. Russia
- 12. Ukraine

IL CONTRAENTE

CLAUSOLE VESSATORIE

Clausole da approvare esplicitamente per iscritto

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

IL CONTRAENTE

Appendice Cyber

Qualsiasi prestazione per lesioni fisiche o malattie dovute a:

- i. l'uso di, o l'impossibilità di usare, qualsiasi applicazione, software o programma in connessione con qualsiasi apparecchiatura elettronica (ad esempio un computer, uno smartphone, un tablet o un dispositivo elettronico con capacità internet);
 - ii. qualsiasi virus informatico;
 - iii. qualsiasi informazione informatica falsa o inverosimile relativa a i e/o ii di cui sopra
- sono pagabili, secondo i termini, le condizioni, le limitazioni e le esclusioni di questa polizza.