

**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE  
INFORTUNI E MALATTIA  
“INDIVIDUALE”**

**IL PRESENTE  
FASCICOLO INFORMATIVO,  
CONTENENTE:**

- a) Nota informativa, comprensiva di Glossario;
- b) Condizioni di assicurazione
- c) Modulo di proposta

**DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA  
SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO**

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

## NOTA INFORMATIVA

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

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

**Il presente documento non può in ogni caso derogare quanto espressamente previsto nell'ambito delle Condizioni di Assicurazione che prevarranno sulla nota informativa.**

\* \* \* \*

### **A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**

#### **1. Informazioni generali**

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

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

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

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

b. Lloyd's ha la sua sede legale in One Lime Street, Londra, EC3M 7HA, Regno Unito, che è anche il domicilio di ciascun membro di Lloyd's.

c. In Italia Lloyd's ha sede secondaria in Milano, CAP 20121, Corso Garibaldi, 86.

d. Il recapito telefonico, l'indirizzo e-mail e il sito internet di Lloyd's sono, rispettivamente: +39 026378881, [servizioclienti@lloyds.com](mailto:servizioclienti@lloyds.com) e [www.lloyds.com](http://www.lloyds.com).

e. I membri di Lloyd's che assumono rischi assicurativi sono autorizzati all'esercizio dell'attività assicurativa in forza della legge inglese. L'Associazione di Assuntori di rischi assicurativi nota come Lloyd's svolge attività in Italia

in regime di libero stabilimento (Iscrizione al n° I.00008 dell'elenco dell'IVASS delle imprese di assicurazione con sede legale in un altro Stato Membro ammesse ad operare in Italia in regime di stabilimento) e, nel Regno Unito, è soggetta al controllo della Prudential Regulation Authority, con sede in 20 Moorgate, London, EC2R 6DA.

## **2. Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's**

Come riportato a pag. 44 del Rapporto Annuale dei Lloyd's del 2017\* il capitale del mercato dei Lloyd's ammonta ad EUR 30.122 milioni\*\*\* ed è composto dai Fondi dei membri presso i Lloyd's pari a Euro 27.660 milioni, dai Bilanci dei membri per Euro 0 milioni e dalle riserve centrali di Euro 2.462 milioni.

L'indice di solvibilità del mercato centrale dei Lloyd's è stato determinato secondo i dispositivi previsti dalla direttiva Solvency II, che è entrata in vigore a partire dal 1 gennaio 2016. L'indice di solvibilità del mercato centrale dei Lloyd's al 31.12.2017 è stato pari al 215%. Tale indice è determinato dal rapporto tra il totale delle attività centrali pari a Euro 3.877 milioni e il Solvency Capital Requirement (SCR) centrale, che ammonta a Euro 1.801 milioni. Tutti gli importi relativi alla solvibilità del mercato centrale (espressi in sterline inglesi) possono essere letti a pag. 10 del "Lloyd's Solvency and Financial Condition Report" aggiornato al 31 Dicembre 2017\*\*.

\* Link al Rapporto annuale dei Lloyd's del 2017: [https://www.lloyds.com/~media/files/lloyds/investor-relations/results/2017ar/ar2017\\_annual-report-2017.pdf](https://www.lloyds.com/~media/files/lloyds/investor-relations/results/2017ar/ar2017_annual-report-2017.pdf)

\*\* Link al "Lloyd's Solvency and Financial Condition Report" al 31 Dicembre 2017: <https://www.lloyds.com/investor-relations/financial-performance/~media/2badea0be89e4de39283f51654c6a5cd.ashx>

\*\*\* Tasso di cambio al 31.12.2017: EUR 1,00 = GBP 0,8886 (fonte: Financial Times).

L'aggiornamento annuale delle Informazioni sulla situazione patrimoniale dei Lloyd's è consultabile ai seguenti link (rispettivamente in versione Italiana e Inglese):

<http://www.lloyds.com/lloyds/offices/europe/italia/piazzare-i-rischi-ai-lloyds>

<http://www.lloyds.com/lloyds/offices/europe/italy/placing-risk-at-lloyds-in-italy>

**(Art. 37, Regolamento ISVAP (ora IVASS) n. 35/2010).**

## **B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**

Relativamente alla durata del contratto si precisa che lo stesso, **non prevede il tacito rinnovo** a scadenza. **La polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.**

### **3. Coperture assicurative offerte — Limitazioni ed esclusioni**

Nei limiti ed alle condizioni di polizza, il contratto di assicurazione fornisce le seguenti garanzie:

- **Morte da Infortunio**

La Società liquida, in caso di morte dell'Assicurato, la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi o testamentari, *se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro un anno dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto*

A tal proposito, si richiamano gli articoli "Morte" e "Morte Presunta" delle "CONDIZIONI PARTICOLARI" di polizza.

- **Invalidità Permanente da Infortunio**

La Società liquida all'Assicurato un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta con le modalità individuate in polizza, *se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto*

A tal proposito, si richiama l'articolo "Invalidità Permanente (Tabella INAIL)" delle "CONDIZIONI PARTICOLARI" di polizza.

Il contratto prevede, inoltre, le seguenti **estensioni** sempre operanti:

- **Malattie Tropicali**

L'Assicurazione copre, nei limiti ed alle condizioni previste, e limitatamente al caso dell'Invalidità Permanente da Malattia anche le malattie tropicali.

A tal proposito, si richiama l'articolo "Malattie Tropicali" della sezione "CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE – CLAUSOLE SEMPRE OPERANTI".

- **Clausola Dirigenti**

L'Assicurazione viene estesa, nei limiti ed alle condizioni previste e per le sole persone con la qualifica di Dirigente, anche alle malattie professionali che si manifestino nel corso delle validità del contratto o entro 12 mesi dalla cessazione dello stesso.

A tal proposito, si richiama l'articolo "Clausola Dirigenti" della sezione "CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE – CLAUSOLE SEMPRE OPERANTI".

- **Anticipo Indennizzi su invalidità permanente**

L'Assicurazione prevede, nei limiti ed alle condizioni previste, la possibilità di chiedere un anticipo dell'indennizzo.

A tal proposito, si richiama l'articolo "Anticipo Indennizzi" della sezione "CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE – CLAUSOLE SEMPRE OPERANTI".

- **Indennizzo Speciale – Supervalutazione invalidità permanente**

L'Assicurazione prevede indennizzi speciali e particolari supervalutazioni relativi alle prestazioni assicurative garantite in polizza, riferite alla sola invalidità permanente.

A tal proposito, si richiama l'articolo "Supervalutazione Invalidità Permanente" della sezione "CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE – CLAUSOLE SEMPRE OPERANTI".

- **Rischio Guerra**

L'assicurazione è prestata anche durante lo stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) *per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità*, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dal territorio della Repubblica Italiana in un Paese fino ad allora in pace. Sono comunque esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino.

A tal proposito, si richiama l'articolo "Rischio Guerra" della sezione "CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE – CLAUSOLE SEMPRE OPERANTI"

- **Indennità aggiuntiva in caso di rapina o sequestro**

L'Assicurazione eroga, nei limiti ed alle condizioni previste, una ulteriore somma aggiuntiva qualora, a seguito di rapina, tentata rapina, sequestro, tentativo di sequestro, estorsione l'Assicurato muoia.

A tal proposito, si richiama l'articolo "Aumento Indennizzo a seguito rapina, estorsione etc." della sezione "CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE – CLAUSOLE SEMPRE OPERANTI"

- **Commorienza del coniuge**

L'Assicurazione eroga, nei limiti ed alle condizioni previste, una ulteriore somma aggiuntiva se a causa del medesimo infortunio l'evento ha come conseguenza la morte sia dell'Assicurato sia del coniuge convivente.

A tal proposito, si richiama l'articolo "Aumento Indennizzo a seguito commorienza coniugi" della sezione "CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE – CLAUSOLE SEMPRE OPERANTI"

- **Malattie Professionali**

L'Assicurazione viene estesa, nei limiti ed alle condizioni previste anche alle malattie professionali che si manifestino nel corso delle validità del contratto o entro 12 mesi dalla cessazione dello stesso.

A tal proposito, si richiama l'articolo "Malattie Professionali" della sezione "CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE – CLAUSOLE SEMPRE OPERANTI"

- **Contagio da HIV ed Epatite**

Limitatamente alle figure professionali del Comparto Sanitario, la Società garantisce il pagamento dell'indennizzo stabilito in polizza per i casi di contagio da virus HIV (Human Immunodeficiency Virus ) o Epatite B o C occorsi durante lo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in polizza.

A tal proposito, si richiama l'articolo "Contagio HIV, Epatite B o C" del Capitolo "CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE – CLAUSOLE SEMPRE OPERANTI"

- **Danni estetici**

L'Assicurazione viene estesa, nei limiti ed alle condizioni previste dalle CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE – CLAUSOLE SEMPRE OPERANTI”, (in caso di infortunio, che tuttavia non comporti invalidità permanente) alle conseguenze di carattere estetico.

L'Assicuratore rimborserà le spese mediche sostenute per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico. L'importo liquidabile non è cumulabile con l'importo previsto per le spese mediche da infortunio di cui alle CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE – CLAUSOLE OPERANTI SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE”.

Nei limiti ed alle condizioni di polizza, il presente contratto prevede, inoltre, le seguenti garanzie aggiuntive, **operanti solo ove espressamente richiamate nella “Scheda di Copertura” allegata alla polizza e se corrisposto il relativo premio:**

- **Limitazione all' ambito professionale**

La Società liquida all'Assicurato , in caso di invalidità permanente o morte conseguente ad un infortunio che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali principali e secondarie, un'indennità calcolata sulla somma assicurata con le modalità individuate in polizza.

A tal proposito, si richiama l'articolo “Limitazione all' ambito professionale” della sezione “CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE – CLAUSOLE VALIDE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI COPERTURA E SE CORRISPOSTO IL RELATIVO PREMIO”

- **Limitazione all' ambito extraprofessionale**

La Società liquida all'Assicurato , in caso di invalidità permanente o morte conseguente ad un infortunio che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività senza carattere di professionalità.

A tal proposito, si richiama l'articolo “Limitazione all' ambito extraprofessionale” della sezione “CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE - CLAUSOLE VALIDE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI COPERTURA E SE CORRISPOSTO IL RELATIVO PREMIO”

- **Invalità Permanente da Malattia**

La Società liquida all'Assicurato un'indennità nella misura indicata in polizza nel caso di invalidità permanente da malattia conseguente a malattia manifestatasi successivamente alla stipula del presente contratto.

A tal proposito, si richiamano gli articoli della sezione “INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA – ESTENSIONE VALIDA SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA E SE CORRISPOSTO IL RELATIVO PREMIO”

- **Inabilità Temporanea da Infortunio**

La società liquida all'Assicurato l'indennità giornaliera assicurata nel caso in cui l'infortunio abbia per conseguenza un'inabilità temporanea al lavoro.

A tal proposito, si richiama l'articolo “Inabilità Temporanea da Infortunio” della sezione “CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE - CLAUSOLE VALIDE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI COPERTURA E SE CORRISPOSTO IL RELATIVO PREMIO”

- **Indennità giornaliera di Ricovero**

La Società liquida all'Assicurato, in caso di ricovero in Istituto di Cura a seguito di un infortunio risarcibile ai termini di polizza, l'indennità assicurata per ogni giorno di degenza per un *periodo massimo di 120 giorni anche non consecutivi dal giorno dell'infortunio per anno assicurativo.*

A tal proposito, si richiama l'articolo "Indennità Giornaliera da Ricovero" della sezione "CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE - CLAUSOLE VALIDE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI COPERTURA E SE CORRISPOSTO IL RELATIVO PREMIO"

- **Indennità giornaliera da Ingessatura**

La Società liquida all'Assicurato, in caso di applicazione di apparecchio gessato o un altro mezzo che comporti una immobilizzazione rigida a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, un'indennità giornaliera per *un periodo massimo di 50 giorni*.

A tal proposito, si richiama l'articolo "Indennità Giornaliera da Ingessatura" della sezione "CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE - CLAUSOLE VALIDE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI COPERTURA E SE CORRISPOSTO IL RELATIVO PREMIO"

- **Rimborso Spese Mediche da Infortunio**

La Società rimborsa all'Assicurato, in caso di infortunio risarcibile ai termini di polizza, il costo delle cure mediche sostenute *entro un anno dal giorno dell'infortunio*.

A tal proposito, si richiama l'articolo "Rimborso Spese Mediche da Infortunio" della sezione "CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE - CLAUSOLE VALIDE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI COPERTURA E SE CORRISPOSTO IL RELATIVO PREMIO"

- **Estensione Rischio Guerra**

La Società, liquida all'Assicurato un'indennità nella misura indicata in polizza nel caso di morte o invalidità permanente a seguito di un infortunio direttamente causato da un atto di guerra (dichiarata o meno), insurrezione, ostilità ed operazioni militari, ammutinamento, guerra civile, rivoluzione, usurpazione di potere purché l'Assicurato non ne prenda parte attiva. Sono comunque esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino.

A tal proposito, si richiama l'articolo "Rischio Guerra" della sezione "CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE - CLAUSOLE VALIDE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI COPERTURA E SE CORRISPOSTO IL RELATIVO PREMIO"

- **Invalidità Permanente (Tabella INAIL) Integrata dal Quadro 1**

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, gli Assicuratori liquidano per tale titolo l'indennità, calcolata sulla somma assicurata secondo le percentuali indicate nella tabella allegata al DPR N. 1124 del 30 giugno 1965 e successive modifiche, integrata dal Quadro n. 1 di seguito, e rinunciano all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa, fermo restando quanto sancito dall'Articolo #4.1.4 "Franchigia Relativa per Invalidità Permanente".

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 indicate nella tabella richiamata vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta. Nei casi di perdita funzionale o anatomica 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%.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella richiamata tabella INAIL, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali indicate nella citata tabella sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In caso di dichiarato o constatato mancinismo, le percentuali di invalidità permanente stabilite per l'arto destro si intendono riferite all'arto sinistro e viceversa.

(vedasi Quadro 1 - Specifiche per la perdita anatomica o funzionale / Nessuna Franchigia applicabile) delle "CONDIZIONI PARTICOLARI OPERANTI SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE"

Sono salve ulteriori condizioni particolari concordabili tra le parti al momento della conclusione del contratto.

**AVVERTENZA**

**Il Contratto è soggetto a condizioni di assicurabilità, esclusioni, limitazioni e condizioni di sospensione della garanzia che possono determinare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo. A tal proposito, si richiama l'attenzione sul contenuto degli articoli "Dichiarazioni inesatte o reticenze", "Aggravamento di Rischio", "Richiesta Fraudolenta" delle "CONDIZIONI GENERALI"; "Esclusioni", "Persone Non Assicurabili", "Denuncia dell'Infortunio ed obblighi relativi", "Criteri di Indennizzabilità", "Morte", "Morte Presunta", "Invalidità Permanente (Tabella INAIL)", "Cumulo di Indennità", "Massimo Indennizzo Catastrofale", "Massimo Indennizzo per Calamità Naturali", "Validità Territoriale", "Limite di Età" delle "CONDIZIONI PARTICOLARI"; "Anticipo Indennizzo", "Danni estetici", "Malattie Tropicali", "Clausola Dirigenti", "Rischio Guerra", "Malattie Professionali", "Aumento indennizzo a seguito commorienza coniugi"; "Contagio da HIV ed Epatite B,C" della sezione "CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE - CLAUSOLE SEMPRE OPERANTI"; "Inabilità Temporanea da Infortunio", "Rimborso Spese Mediche da Infortunio", "Indennità Giornaliera da Ingessatura", "Indennità Giornaliera di Ricovero", "Limitazione all'ambito professionale", "Limitazione all'ambito extraprofessionale" della sezione "CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE - CLAUSOLE VALIDE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI COPERTURA E SE CORRISPOSTO IL RELATIVO PREMIO", "Oggetto dell'assicurazione", "Esclusioni", "Criteri di indennizzabilità", "Prova", "Denuncia di Sinistro ed obblighi relativi" della sezione "INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA - ESTENSIONE VALIDA SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA E SE CORRISPOSTO IL RELATIVO PREMIO".**

**AVVERTENZA**

**Il Contratto è soggetto a franchigie, scoperti e massimali. A tal proposito, in particolare, si richiama l'attenzione sul contenuto degli allegati alla polizza "Scheda di Copertura" e agli articoli "Invalidità Permanente da Infortunio (Tabella INAIL)", "Ernie da Sforzi" del Capitolo "CONDIZIONI PARTICOLARI"; "Franchigia per Invalidità Permanente", "Contagio da HIV o Epatite B,C" della sezione "CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE - CLAUSOLE SEMPRE OPERANTI"; "Inabilità Temporanea da Infortunio", "Indennità Giornaliera di Ricovero", "Indennità Giornaliera da Ingessatura", "Rimborso Spese Mediche da Infortunio" della sezione "CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE - CLAUSOLE VALIDE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI COPERTURA E**

**SE CORRISPOSTO IL RELATIVO PREMIO”, “Oggetto dell’assicurazione”, “Esclusioni”, “Criteri di indennizzabilità”, “Prova”, “Denuncia di Sinistro ed obblighi relativi” della sezione “INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA - ESTENSIONE VALIDA SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA E SE CORRISPOSTO IL RELATIVO PREMIO”.**

Di seguito è fornita un’esemplificazione numerica del meccanismo di applicazione del massimale e della franchigia:

**Esempio di meccanismo di applicazione del massimale:**

Garanzie “Rimborso Spese Mediche da Infortunio” con massimale di Euro 10.000 e franchigia di Euro 75.

Primo caso: spese indennizzabili sostenute pari ad Euro 4.000 → indennizzo pari ad Euro 3.925 ( Euro 4.000 – Euro 75).

Secondo caso: spese indennizzabili sostenute pari ad Euro 11.000 → indennizzo pari ad Euro 9.925 ( Euro 10.000 – Euro 75 dove 10.000 il massimale previsto e Euro 75 la franchigia).

**Esempio di applicazione della franchigia assoluta:**

Garanzie “Rimborso Spese Mediche da Infortunio” con massimale di Euro 10.000 e franchigia di Euro 75.

Spese indennizzabili sostenute pari ad Euro 4.000 → indennizzo pari ad Euro 3.925 ( Euro 4.000 – Euro 75).

**Esempio di meccanismo di applicazione delle franchigia relativa:**

Garanzie “Invalidità Permanente ( Tabella INAIL ) da Infortunio”

Un sinistro dal quale risultasse un danno pari a 5 punti percentuali ( 5%) comporterebbe un indennizzo pari a 2 punti ( 5% - 3% , dove 3% rappresenta la i ).

Un sinistro dal quale risultasse un danno pari a 11 punti percentuali ( 11% ) comporterebbe un indennizzo integrale in quanto si supererebbe la soglia di 10 punti percentuali che rappresenta il limite superato il quale non interviene la franchigia.

**AVVERTENZA**

**La garanzia assicurativa si intende prestata con un limite di età di 75 anni.**

**4. Dichiarazioni dell’Assicurato in ordine alle circostanze del rischio — Questionario sanitario - Nullità**

**AVVERTENZA**

**Ai sensi degli articoli 1892, 1893, 1894 del codice civile, le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell’Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all’indennizzo, nonché la stessa cessazione della garanzia assicurativa.**

**AVVERTENZA**

**Si precisa che ai fini della sottoscrizione della garanzia di Invalidità Permanente da Malattia il Contraente sarà tenuto a compilare il “Questionario Lloyd’s Malattia”; a tal riguardo si invita il Contraente a rispondere in maniera precisa e veritiera ai quesiti ivi previsti.**

**5. Aggravamento e diminuzione del rischio - variazioni nella professione****AVVERTENZA**

**Il Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare ogni elemento di rischio. Gli aggravamenti del rischio non comunicati o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'articolo 1898 del codice civile.**

**6. Premi**

E' previsto il pagamento di un premio di assicurazione secondo le periodicità stabilite in polizza.  
 Il premio è determinato per un periodo di 365 giorni ed è interamente dovuto alla consegna della polizza.  
 Il premio deve essere corrisposto all'intermediario a cui la polizza è assegnata mediante bonifico bancario.

**AVVERTENZA**

**Non sono previsti sconti di premio da parte della Società o dell'Intermediario.**

**7. Diritto di recesso**

Il contratto cessa alla naturale scadenza senza necessità di disdetta.

**AVVERTENZA**

**qualora nel corso del contratto l'assicurato risultasse affetto da alcolismo, infermità mentali, epilessia, tossicodipendenza l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del codice civile.**

**L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro come stabiliti dall'articolo 7 delle garanzie di polizza, può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'articolo 1915 del codice civile.**

**Inoltre, nell'ipotesi di aggravamento del rischio, la Società è legittimata ad esercitare il diritto di recesso a norma dell'articolo 1898 del Codice Civile.**

**8. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto**

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.

**AVVERTENZA:**

**resta fermo quanto previsto dall'art. 1915 del codice civile per cui se l'Assicurato dolosamente non adempie l'obbligo di avviso del sinistro perde il diritto all'indennizzo, mentre se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo la Società ha diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.**

**9. Legge applicabile al contratto**

Al contratto si applica la legge italiana.

**10. Regime fiscale**

Gli oneri fiscali relativi al presente contratto sono a carico del Contraente.

I premi di polizza sono assoggettati alle seguenti aliquote per le imposte di legge:

- Infortuni e Malattia 2.5%

## **C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**

### **11. Sinistri — Liquidazione dell'indennizzo**

#### **AVVERTENZA**

**La denuncia deve effettuarsi con le modalità indicate in polizza entro sessanta giorni dall'evento o dal momento in cui l'Assicurato, chi per esso o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. A tal proposito, si richiama l'articolo "Denuncia dell'Infortuni ed obblighi relativi" del capitolo "CONDIZIONI PARTICOLARI".**

#### **Invalidità Permanente da Malattia**

**La denuncia di qualsiasi invalidità che, secondo il parere del medico, possa essere indennizzabile a termini di polizza, deve essere comunicata al Broker, corredata da certificato medico ed a mezzo lettera raccomandata, entro 90 giorni dal rilascio del certificato.**

### **12. Reclami**

Ogni reclamo dovrebbe essere in prima istanza indirizzato a:

Servizio Reclami  
 Ufficio Italiano dei Lloyd's  
 Corso Garibaldi, 86  
 20121 Milano, Italia Fax no.: +39 02 6378 8857  
 E-mail: [servizioreclami@lloyds.com](mailto:servizioreclami@lloyds.com) o [servizioreclami@pec.lloyds.com](mailto:servizioreclami@pec.lloyds.com)

Laddove il reclamo come sopra indirizzato riguardi una polizza emessa in regime di Libertà di Prestazione di Servizi, l'Ufficio Italiano dei Lloyd's procederà ad inoltrare il reclamo al *Managing Agent* competente, il quale avrà l'onere di accertare che la doglianza sia presa in gestione. Il fatto che l'Ufficio Italiano dei Lloyd's funga da collettore per i reclami concernenti polizze emesse in Libertà di Prestazione di Servizi non apporta tuttavia alcuna variazione alla natura della polizza medesima.

Il soggetto deputato alla gestione del reclamo ne confermerà ricezione per iscritto entro cinque giorni lavorativi dall'effettiva data di ricevimento. Un riscontro formale circa l'esito del reclamo verrà fornito al reclamante entro quarantacinque giorni lavorativi dalla data di ricezione.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, ovvero non abbia ricevuto riscontro alcuno decorso il termine di quarantacinque giorni, potrà avvalersi della procedura prevista dall'Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS), trasmettendo la propria doglianza al Regolatore, come segue:

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS)  
 via del Quirinale 21  
 00187 Roma  
 Italia  
 Tel.: 800 486661 (dall'Italia)  
 Tel.: +39 06 42021 095 (dall'estero)

Fax: +39 06 42133 745 oppure +39 06 42133 353

E-mail: [ivass@pec.ivass.it](mailto:ivass@pec.ivass.it)

Maggiori informazioni oltre ai dettagli circa le modalità di presentazione dei reclami all'Istituto sono disponibili sul sito IVASS, accessibile tramite il seguente link.

<http://www.ivass.it>

Il dipartimento responsabile presso i Lloyd's della gestione dei reclami è il seguente:

Complaints Team

Lloyd's

One Lime Street

London

EC3M 7HA

United Kingdom

Telephone no.: + 44 (0)207 327 5696

E-mail: [complaints@lloyds.com](mailto:complaints@lloyds.com)

La procedura sopra illustrata non pregiudica in alcun modo il diritto del reclamante di adire le vie legali od affidarsi a strumenti alternativi di mediazione o a quanto contrattualmente previsto.

### **13. Arbitrato**

In caso di divergenze sull'assicurabilità delle persone, sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici aventi giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede, a scelta dell'Assicurato, presso la sede del Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's, presso la sede del Broker al quale è affidata la gestione della polizza o in comune italiano a scelta dell'Assicurato.

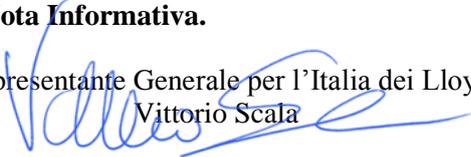
Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà alle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

\* \* \* \*

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

Il Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's  
Vittorio Scala



## GLOSSARIO

La presente parte della nota informativa contiene un elenco che riporta ed esplicita le definizioni dei termini utilizzati, in generale, in un contratto assicurativo.

Si avverte che i termini di seguito riportati non assumono alcun significato ai fini dell'interpretazione del presente contratto di assicurazione, in relazione al quale avranno rilevanza unicamente i termini definiti dalla polizza.

<b>Assicurazione:</b>	il contratto di assicurazione
<b>Contraente:</b>	il soggetto (persona fisica o giuridica) che stipula il contratto di assicurazione;
<b>Assicurato:</b>	la persona il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
<b>Assicuratori:</b>	alcuni membri dei Lloyd's, sottoscrittori della presente assicurazione
<b>Beneficiario:</b>	il soggetto designato dall'Assicurato ad incassare l'indennità in caso di sua morte;
<b>Società</b>	I soggetti che prestano l'assicurazione
<b>Assicurazione:</b>	il contratto di assicurazione;
<b>Broker:</b>	la Spettabile AON S.p.A.
<b>Premio:</b>	la somma dovuta dal Contraente agli Assicuratori;
<b>Rischio:</b>	la probabilità che si verifichi il sinistro;
<b>Sinistro:</b>	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
<b>Indennizzo:</b>	la somma dovuta dagli Assicuratori in caso di sinistro;
<b>Per Scheda Copertura:</b>	il documento che riporta i dati identificativi del Contraente/Assicurato, le garanzie assicurate, le condizioni ed il periodo di efficacia dell'Assicurazioni.
<b>Per Ricovero:</b>	La degenza in istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
<b>Per Istituto di Cura:</b>	L'ospedale pubblico, la clinica e la casa di cura sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
<b>Per Franchigia Temporale:</b>	Il periodo di tempo che intercorre tra la data di stipulazione della polizza e l'effettiva decorrenza della garanzia.
<b>Per Inabilità Temporanea da Infortunio:</b>	Inabilità totale dell'Assicurato ad attendere a qualsiasi attività.

## OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La presente assicurazione copre le persone assicurate per i casi di morte ed invalidità permanente derivanti da infortunio, intendendosi per tale un qualsiasi evento dovuto a causa fortuita, anche violenta, ed esterna.

L'assicurazione vale per gli infortuni che le persone assicurate subiscano durante:

- lo svolgimento delle attività professionali dichiarate, nonché delle eventuali diverse attività professionali non dichiarate, fermo restando quanto sancito dall'Articolo 4 "Aggravamento del rischio" delle Condizioni Generali;
- lo svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

## CONDIZIONI GENERALI

### Definizioni

- Assicurazione: Il contratto di assicurazione;
- Contraente: Il soggetto che stipula l'assicurazione;
- Assicurato: Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- Assicuratori: Alcuni membri dei Lloyd's, sottoscrittori della presente Assicurazione;
- Premio: La somma dovuta dal Contraente agli Assicuratori;
- Sinistro: Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
- Rischio: La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne;
- Indennizzo: La somma dovuta dagli Assicuratori in caso di sinistro.

### Art.1) Esclusioni

La presente Assicurazione non copre:

- 1.1 I danni direttamente e indirettamente dovuti o causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari, atti di terrorismo o sabotaggio, occupazioni, serrate, nonché colpi di stato civili e militari, guerre, invasioni, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o meno), guerre civili, rivoluzioni, insurrezioni, potere militare o usurpato, legge marziale, confisca, nazionalizzazione, requisizione, distruzione o danneggiamento di beni derivanti da atti o disposizioni delle Pubbliche Autorità sia Centrali che Regionali o Locali.
- 1.2 I danni direttamente o indirettamente dovuti o causati da trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, mareggiate, maremoti o frane.
- 1.3 I danni direttamente o indirettamente dovuti o causati da dolo o colpa grave dell'Assicurato o delle persone delle quali egli deve rispondere a norma di Legge.
- 1.4 I danni direttamente o indirettamente dovuti o causati anche solo parzialmente da radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari o da scorie nucleari derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo nonché da proprietà radioattive, tossiche, esplosive o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari o suoi componenti.
- 1.5 Qualunque danno che non sia materiale e diretto, salvo specifico patto in deroga.

### Art.2) Dichiarazioni inesatte e reticenze

Gli Assicuratori determinano il premio in base alle dichiarazioni dell'Assicurato e/o del Contraente, i quali sono obbligati a dichiarare tutti i fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio da parte degli Assicuratori.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato e/o del Contraente 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 ai sensi degli artt. 1892, 1893, e 1894 del Codice Civile.

Tali disposizioni si applicano anche ad ogni estensione, proroga rinnovo o appendice.

**Art.3) Forma dell'Assicurazione**

Le eventuali modifiche, proroghe, rinnovi e sostituzioni della presente assicurazione debbono essere provati per iscritto.

**Art.4) Aggravamento del rischio**

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non comunicati o non accettati dagli Assicuratori possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art.1898 C.C. In caso di recesso gli Assicuratori rimborseranno la parte di premio al netto dell'imposta dalla data in cui la comunicazione del recesso prende efficacia sino alla scadenza del contratto.

**Art.5) Diminuzione del rischio**

Nel caso di diminuzione del rischio tale che se fosse stata conosciuta al momento del perfezionamento della assicurazione avrebbe portato alla pattuizione di un premio minore, gli assicuratori ridurranno proporzionalmente il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'Assicurato o del Contraente ai sensi dell'Art. 1897 C.C. e rinunciano al diritto di recesso.

**Art.6) Assicurazione presso diversi assicuratori**

Se sullo stesso interesse e per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, l'Assicurato o il Contraente deve dare agli Assicuratori comunicazione scritta degli altri contratti stipulati. In caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato. Qualora la somma di tali indennizzi - escluso dal conteggio l'assicuratore insolvente - superi l'ammontare del danno, gli Assicuratori della presente copertura assicurativa saranno tenuti a pagare soltanto la propria quota proporzionale in ragione dell'indennizzo calcolato secondo il proprio contratto, esclusa comunque ogni obbligazione solidale con gli altri assicuratori. Gli Assicuratori, entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione possono recedere dalla presente assicurazione con preavviso di 15 Giorni.

**Art.7) Obblighi in caso di sinistro**

In caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente, prima di aver diritto a qualsiasi indennizzo dovrà:

- a) darne avviso agli Assicuratori appena ragionevolmente possibile e comunque, non oltre dieci giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'Assicurato o il Contraente ne ha avuto conoscenza,
- b) fornire agli Assicuratori o ai periti incaricati quelle informazioni e prove al riguardo che gli Assicuratori possano ragionevolmente richiedere.

**Art.8) Recesso in caso di sinistro**

Dopo ogni sinistro, denunciato ai termini di contratto, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente o gli Assicuratori possono recedere dall'assicurazione.

In caso di recesso esercitato dagli Assicuratori questo ha effetto dopo 30 giorni e gli Assicuratori entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborseranno la parte di premio al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

**Art.9) Richiesta fraudolenta**

Qualora l'Assicurato o il Contraente avanzasse una richiesta intenzionalmente falsa o fraudolenta, sia per quanto riguarda l'importo richiesto sia altrimenti, egli decadrà dal diritto all'indennizzo di cui alla presente Assicurazione.

**Art.10) Comunicazioni**

Tutte le comunicazioni fra le Parti dovranno essere inviate per lettera raccomandata, telex, telefax o per telegramma:

- a) per quanto riguarda le comunicazioni dirette agli Assicuratori: al Corrispondente dei Lloyd's tramite il quale è stata effettuata l'assicurazione od al Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's.
- b) per quanto riguarda le comunicazioni all'Assicurato all'ultimo indirizzo conosciuto dagli Assicuratori.

**Art 11) Procedura per la valutazione del danno**

L'ammontare del danno sarà determinato con le seguenti modalità:

- a) dagli Assicuratori, o da un Perito da questi incaricato con il Contraente o persona da lui designata; oppure, a richiesta di una delle Parti;
- b) fra due Periti nominati uno dagli Assicuratori ed uno dal Contraente con apposito atto unico.

Nel caso in cui le parti abbiano nominato due periti che non abbiano raggiunto un accordo, questi potranno nominare un terzo Perito e le decisioni saranno prese a maggioranza di voti.

Il terzo Perito, su richiesta anche di uno solo dei periti, dovrà essere nominato anche prima che si verifichi il disaccordo.

Se una delle Parti non provvede alla nomina del proprio Perito o se i Periti non si accordano su quella del terzo Perito, tali nomine vengono demandate, su iniziativa della parte più diligente, al presidente del Tribunale nella cui giurisdizione il sinistro è avvenuto.

A richiesta di una delle Parti, il terzo Perito deve essere scelto fuori dalla provincia dove è avvenuto il sinistro. Ciascuna delle parti sostiene la spesa del proprio Perito; quello del terzo è per metà a carico dell'Assicurato che conferisce agli assicuratori la facoltà di pagare detta spesa e di prelevare la sua quota dell'indennizzo dovutogli.

**Art.12) Mandato dei periti**

I Periti devono:

- a) indagare sulle circostanze di tempo e luogo e sulle modalità del sinistro;
- b) verificare l'esattezza delle descrizioni e delle dichiarazioni risultanti dagli atti contrattuali e riferire se al momento del sinistro esistevano circostanze che avessero mutato il rischio e non fossero state comunicate;
- c) verificare se il Contraente o l'Assicurato ha adempiuto agli obblighi di cui all'Art 7.
- d) procedere alla stima ed alla liquidazione del danno e delle spese. Nel caso di procedura per la valutazione del danno effettuata ai sensi dell'Art.11 lettera b) i risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, (con allegate le stime dettagliate), da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuno delle Parti. I risultati delle suddette operazioni peritali sono vincolanti per le Parti salvo gli errori di conteggio che dovranno essere rettificati. Le Parti rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di dolo, errore, violenza, nonché di violazione dei patti contrattuali, impregiudicata in ogni caso qualsivoglia azione od eccezione inerente l'indennizzabilità del danno. La perizia collegiale è valida anche se un Perito si rifiuta di sottoscrivere; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri Periti nel verbale definitivo di perizia. I Periti sono dispensati dall'osservanza di ogni formalità giudiziaria.

**Art.13) Pagamento dell'indennizzo**

Verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno, gli Assicuratori provvederanno al pagamento dell'indennizzo entro 60 Giorni.

In caso di accertamento giudiziale del danno, il pagamento dell'indennità resta sospeso sino alla data di esecutività della sentenza.

**Art.14) Domande giudiziali**

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

**Art.15) Oneri fiscali**

Gli oneri fiscali presenti e futuri relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

**Art.16) Rinvio alle norme di legge**

Per quanto non diversamente stabilito si applicano le disposizioni di legge italiana.

**Art.17) Decorrenza della Assicurazione**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di decorrenza indicato nella Scheda di Copertura se il premio è stato pagato entro 30 giorni dalla data di decorrenza stessa; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento.

I premi convenuti devono essere pagati al Lloyd's coverholder che ha emesso la polizza.

Se il Contraente non paga il premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, fermo il diritto degli Assicuratori al pagamento dei premi scaduti, ai sensi dell' art 1901 del Codice Civile.

## CONDIZIONI PARTICOLARI (CLAUSOLE SEMPRE OPERANTI)

A parziale modifica e ad integrazione di quanto previsto dalle "Definizioni" delle Condizioni Generali, nel testo che segue si intendono:

- **Per Contraente:** il soggetto (persona fisica o giuridica) che stipula il contratto di assicurazione;
- **Per Assicurato:** la persona il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- **Per Beneficiario:** il soggetto designato dall'Assicurato ad incassare l'indennità in caso di sua morte;
- **Per Società:** I soggetti che prestano l'assicurazione
- **Per Assicurazione:** il contratto di assicurazione;
- **Per Broker:** la Spettabile Aon S.p.A.
- **Per Premio:** la somma dovuta dal 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 Scheda Copertura:** il documento che riporta i dati identificativi del Contraente/Assicurato, le garanzie assicurate, le condizioni ed il periodo di efficacia dell'Assicurazioni.
- **Per Ricovero:** La degenza in istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
- **Per Istituto di Cura:** L'ospedale pubblico, la clinica e la casa di cura sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.

- **Per Franchigia Temporale:** Il periodo di tempo che intercorre tra la data di stipulazione della polizza e l'effettiva decorrenza della garanzia.
  
- **Per Inabilità Temporanea da Infortunio:** Inabilità totale dell'Assicurato ad attendere a qualsiasi attività lavorativa

### ***ALTRE ASSICURAZIONI***

A parziale deroga di quanto previsto dall' art. 6 delle Condizioni Generali, "Assicurazione presso diversi assicuratori", il Contraente è tenuto a dichiarare l'esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni limitatamente a quelle da lui contratte con gli spettabili Lloyd's a copertura dei medesimi rischi.

### ***COMUNICAZIONI***

A parziale deroga dell' art. 10 delle Condizioni Generali, "Comunicazioni", tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, chi per esso o gli aventi diritto, sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata, telegramma o telefax alla Spettabile Aon S.p.A. – Via Andrea Ponti, 8/10 – 20143 – MILANO e pertanto tutte le comunicazioni da quest'ultima ricevute si intendono ricevute dagli Assicuratori.

### ***ESCLUSIONI***

A totale deroga dell' art. 1 delle Condizioni Generali, "Esclusioni", la presente assicurazione non copre:

- a) la morte e l'invalidità permanente da malattia, fatto salvo se non direttamente convenuto (i.e. "Malattie Tropicali" ; "Clausola Dirigenti"; "Malattie Professionali"; "Contagio da HIV o Epatite B,C"), intendendosi per malattia ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, ferma restando l'operatività della copertura per gli infortuni subiti in occasione di malori, vertigini e simili.
  
- b) gli infortuni derivanti da:
  - da guerra e guerra civile, salvo quanto previsto dalla successiva Condizione Particolare "Rischio Guerra";

- Suicidio, tentato suicidio od autolesione intenzionale, ferma restando la copertura per gli infortuni determinati da imperizia, negligenza ed imprudenza anche gravi;
- Partecipazione attiva dell'Assicurato ad azioni aventi carattere violento, delittuose o sediziose, fatto salvo l'intervento motivato da solidarietà umana;
- Uso di sostanze stupefacenti, allucinogeni o simili a meno che essi non siano stati prescritti da un medico;
- Trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale delle particelle atomiche;
- Dalla partecipazione a competizioni agonistiche, intendendosi per tali quelle ove l'Assicurato sia ingaggiato dietro corrispettivo in danaro, a meno che detta attività sia dichiarata all'atto della stipula del contratto;
- Guida di veicoli o natanti a motore per la quale l'Assicurato non sia in possesso delle abilitazioni previste dalla legge;
- Pratica a qualunque titolo di paracadutismo e sport aerei in genere;
- Reazioni Nucleari, Radiazioni Nucleari o contaminazioni radioattive.

### ***SERVIZIO MILITARE***

L'assicurazione vale altresì in tempo di pace in seguito a richiamo per ordinarie esercitazioni; è invece sospesa durante il servizio di leva o il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o a carattere eccezionale e riprende vigore non appena cessate le suddette condizioni di sospensione.

Durante il servizio militare di leva in tempo di pace, la garanzia potrà operare esclusivamente per i rischi non connessi con lo svolgimento del servizio cui l'Assicurato è chiamato.

### ***PERSONE NON ASSICURABILI***

Non sono assicurabili le persone colpite da alcoolismo, infermità mentali, epilessia, tossicodipendenza e pertanto non saranno risarcibili gli eventuali infortuni dalle stesse subiti.

L'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni, e si procederà al rimborso del premio imponibile pro-rata.

### ***DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI***

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 7 delle Condizioni Generali ("Obblighi in caso di sinistro"), la denuncia dell'infortunio con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata da certificato medico, deve essere comunicata all'ufficio del Broker presso il quale è stata stipulata la polizza entro 60 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato, chi per esso o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità

Il Broker attiverà il gestore dei sinistri incaricato dalla Società

- CAPANNA INSURANCE SERVICES SAS, Livorno – Italia

### ***CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ***

Gli Assicuratori corrispondono l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio; non sarà pertanto indennizzabile quanto imputabile a condizioni fisiche preesistenti.

### ***CONTROVERSIE***

In caso di divergenze sull' assicurabilità delle persone, sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici aventi giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede, a scelta dell' Assicurato, presso la sede del Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's, presso la sede del Broker al quale è affidata la gestione della polizza o in comune italiano a scelta dell'Assicurato.

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

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale.

### ***MORTE***

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro un anno dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, gli Assicuratori liquidano la somma assicurata per il caso morte ai beneficiari designati; in difetto di designazione gli Assicuratori liquidano la suddetta somma agli eredi legittimi o testamentari.

### ***MORTE PRESUNTA***

Qualora il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso a seguito di infortunio indennizzabile a termine di polizza, gli Assicuratori liquideranno ai beneficiari indicati nel contratto il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli Artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Resta inteso che, se dopo che gli Assicuratori hanno pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, gli Assicuratori avranno diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

### ***INVALIDITÀ PERMANENTE (Tabella INAIL)***

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, gli Assicuratori liquidano per tale titolo l'indennità, calcolata sulla somma assicurata secondo le percentuali indicate nella tabella allegata al DPR N. 1124 del 30 giugno 1965 e successive modifiche e rinunciano all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa, fermo restando quanto sancito dall'Articolo "Franchigia Relativa per Invalidità Permanente".

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 indicate nella tabella richiamata vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta. Nei casi di perdita funzionale o anatomica 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%.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella richiamata tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali indicate nella citata tabella sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In caso di dichiarato o constatato mancinismo, le percentuali di invalidità permanente stabilite per l'arto destro si intendono riferite all'arto sinistro e viceversa.

### ***BENEFICIARI***

Beneficiari per il caso di invalidità permanente si intendono gli Assicurati stessi, mentre per il caso di morte gli eredi legittimi e testamentari, salvo diversa dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato e rilasciata, a sua scelta, ai competenti uffici del Contraente, degli Assicuratori o del Broker.

### ***CUMULO DI INDENNITÀ***

Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, gli Assicuratori corrispondono ai beneficiari designati o, in difetto alle persone indicate al precedente, la differenza fra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore, e non richiede rimborso in caso contrario.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi; tuttavia se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque, se non liquidata, sia stata documentata nella sua entità, gli Assicuratori pagano agli eredi l'importo dovuto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

***ERNIE DA SFORZI***

Ai fini dell'operatività della garanzia di cui alla presente polizza, si considerano a tutti gli effetti quali infortuni garantiti le ernie da sforzo, anche se in presenza di concause patologiche, con l'intesa che:

- a) se l'ernia non fosse operabile secondo parere medico, verrà corrisposta una indennità a titolo di invalidità permanente pari al 10% della somma assicurata a tale titolo. In caso di contestazione circa la natura dell'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico secondo procedura stabilita all'Articolo 9 "Controversie" delle Condizioni Particolari di polizza;
- b) se l'ernia risultasse operabile e dopo l'intervento residuasse una invalidità permanente, la stessa verrà indennizzata con i normali criteri previsti per i casi di invalidità permanente da infortunio ed entro un massimo del 5% della somma assicurata a tale titolo.

***MASSIMO INDENNIZZO CATASTROFALE***

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone Assicurate con la presente polizza, l'esborso a carico degli Assicuratori non potrà superare la somma complessiva di €10.000.000,00 (dicimilioni/00).

Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

***MASSIMO INDENNIZZO PER "CALAMITÀ NATURALI"***

Limitatamente agli infortuni derivanti da eruzioni vulcaniche, inondazioni e movimenti tellurici, l'esborso massimo in relazione a questa Assicurazione non potrà superare €10.000.000,00 (decimilioni/00) in conseguenza di un unico evento.

Nel caso quindi di sinistro che colpisca un numero di persone assicurate con la presente polizza comportante un indennizzo complessivamente superiore al predetto massimale, la somma da corrispondere a ciascun infortunato sarà proporzionalmente ridotta.

***VALIDITÀ TERRITORIALE***

L'assicurazione vale per il mondo intero, con l'intesa che le indennità liquidabili ai termini della presente polizza saranno corrisposti in Italia in valuta italiana.

***BUONA FEDE***

L'omissione da parte del Contraente e/o (se previsto) dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni all'atto della stipula del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudica il diritto al risarcimento dei danni, nè riduce lo stesso, sempre che ciò sia avvenuto in buona fede, fermo restando il diritto degli Assicuratori una volta venuti a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza degli Assicuratori o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità in corso).

***RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA***

Gli Assicuratori rinunciano a favore dell'Assicurato o degli aventi diritto ad ogni azione di regresso verso gli autori o terzi responsabili dell'infortunio per le prestazioni dagli Assicuratori stessi effettuate in virtù del presente contratto.

***LIMITE DI ETÀ***

Salvo se diversamente pattuito, la presente assicurazione non vale per le persone di età superiore ai 75 anni. Tuttavia per le persone che raggiungano tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa in tale momento, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in ogni caso verranno restituiti a richiesta del Contraente al netto delle tasse governative.

***ANTICIPO INDENNIZZO***

L'Assicurato ha diritto di ottenere, prima della liquidazione del sinistro per il caso di invalidità permanente, il pagamento di un acconto pari al 50% dell'importo minimo che dovrebbe essere indennizzato in base alle risultanze acquisite, a condizione che non siano sorte contestazioni sull'indennizzabilità del sinistro stesso e che l'indennizzo complessivo sia prevedibile in almeno €50.000,00 (cinquantamila/00).

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

***DANNI ESTETICI***

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

Tale importo non è cumulabile con l'importo previsto per le spese mediche da infortunio, di cui all'allegato sette.

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

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

### ***MALATTIE TROPICALI***

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

Fermi restando i criteri tutti di indennizzo di cui alla presente polizza, resta convenuto che agli effetti della presente estensione di garanzia non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 5% dell'invalidità permanente totale; se invece essa risulterà superiore al 5% dell'invalidità permanente totale, l'indennità verrà corrisposta soltanto per la parte eccedente.

Rimane inoltre convenuto che in caso di sinistri che colpiscano la Categoria Dirigenti, non troverà applicazione la franchigia prevista dal presente Articolo.

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

1 - Malaria	25 - Anchilostomiasi
2 - Febbre emoglobinurica	26 - Bilcarziosi
3 - Tripanosomiasi	27 - Distomiasi varie
4 - Liesahamiososi	28 - Cisticerosi
5 - Febbre gialla	29 - Broncospirochetosi
6 - Peste	30 - Trichinosi
7 - Tifo petecchiale e febbri tifo petecchiali simili	31 - Malattie da carenza (scorbuto, beri-beri, ecc.)
8 - Febbri ricorrenti	32 - Sprue
9 - Dengue e dengue simili	33 - Morsicature di serpenti e di altri animali velenosi
10 - Febbre del Mar Rosso ed affini (massauina etc.)	34 - Malattie da veleni vegetali
11 - Meningite cerebro-spinale epidemica	35 - Malattie da agenti fisici (colpo di calore, colpo di freddo, ecc.)
12 - Morbo di Weil	36 - Malattie da ingestione di cibi guasti
13 - Soderu	37 - Framboesia
14 - Brucellosi (metilense) etc.	38 - Lebbra
15 - Tetano	

16 - Morva	39 - Ulcera tropicale
17 - Rabbia	40 - Filariosi
18 - Tifo addominale, paratifi e simili	41 - Miasi
19 - Vaiolo, vaioloide, vaccinia, alatrini	42 - Bubbone climatico
20 - Amebiasi e sue complicanze	43 - Funicolite epidermica
21 - Dissenteria bacillare, da protozoi, da praelminti, c nematelminti da artropodi	44 - Rinocleroma
22 - Colite ulcerosa	45 - Dermatosi tropicali di qualunque origine
23 - Colera ed infezioni coleriformi	46 - Micosi
24 - Teniasi, ascaridiosi, ossuriosi, tricocefalosi, flagellosi	

### ***CLAUSOLA DIRIGENTI***

Qualora con la presente polizza si assicurasse la Categoria Dirigenti, la garanzia per i casi di morte ed invalidità permanente si intende prestata anche se tali eventi derivassero da malattia professionale riconosciuta nel D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 e successive modificazioni, o riconosciuta tale dalla Magistratura, che si manifesti nel corso della validità del presente contratto o entro 12 (dodici) mesi dalla cessazione dello stesso.

Resta convenuto che qualora l'invalidità permanente conseguente ad infortunio o a malattia professionale accertata con i criteri di indennizzabilità del presente contratto, comporti l'abbandono del lavoro in qualità di Dirigente ed una riduzione permanente delle capacità lavorative generiche in misura non inferiore al 50%, verrà indennizzata con il 100% del capitale assicurato.

### ***FRANCHIGIA PER INVALIDITÀ PERMANENTE***

L'assicurazione per la garanzia Invalidità permanente da infortunio di cui all'art. Invalidità Permanente (Tabella Inail) viene prestata nei confronti dell'Assicurato fino a concorrenza della somma assicurata indicata nella Scheda di Copertura, con l'applicazione delle seguenti franchigie:

- fino a €1.000.000,00 la Società non liquida alcun indennizzo se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 3% della totale; se invece l'invalidità permanente è superiore al 3% della totale, la Società liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente;
- eccedente €1.000.000,00 e fino a €1.500.000,00., la Società non liquida alcun indennizzo se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente è superiore al 5% della totale, la Società liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente;

Resta inteso che in caso di invalidità permanente uguale o superiore al 10% verrà liquidata l'indennità relativa all'invalidità permanente effettivamente constatata, senza applicazione di alcuna franchigia.

### ***PARTECIPAZIONE A GARE O PROVE***

La garanzia è estesa anche alla partecipazione di gare - e relative prove o allenamenti – organizzate o svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni o Enti di promozione sportiva riconosciute dal CONI - purchè a titolo gratuito - per tutte le attività sportive con esclusione di sport invernali, paracadutismo, il parapendio e gli sport aerei in genere, anche se svolti a titolo non professionale.

La presente estensione di garanzia è operante con l'applicazione di una franchigia del 5% che si annulla in caso di invalidità permanente uguale o superiore al 15%.

### ***PRATICA SPORT INVERNALI***

Fermo restando quanto già previsto dal paragrafo "Esclusioni", la garanzia è estesa anche alla pratica di sport invernali (esclusa la partecipazione a gare) purchè a titolo gratuito - per tutte le attività sportive con esclusione di salto dal trampolino con sci, sci acrobatico, bob, sci estremo, anche se svolti a titolo non professionale.

La presente estensione di garanzia è operante con l'applicazione di una franchigia del 7% che si annulla in caso di invalidità permanente uguale o superiore al 15%.

Rimane convenuto che in caso di sinistri risarcibili ai sensi della Condizione Particolare Aggiuntiva "Malattie Tropicali", il disposto di cui al presente articolo non troverà applicazione, e varrà pertanto la franchigia prevista dal suddetto articolo.

### ***SUPERVALUTAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE***

In caso di perdita totale a seguito di infortunio della vista, dell'udito o della voce verrà liquidato un importo pari al doppio di quello stabilito in base alla Tabella D.P.R. 30/06/1965 N. 1124, e successive modifiche ed integrazioni, con il massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente.

In tutti gli altri casi di infortunio, che producano come conseguenza una Invalidità Permanente di grado superiore al 50% la Società liquiderà un indennizzo pari al 100% della somma assicurata.

### ***RISCHIO GUERRA***

L'assicurazione vale anche per gli infortuni all'estero derivanti da atti di guerra (dichiarata e non) o di insurrezione popolare per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, nel caso in cui l'Assicurato venga sorpreso da tali eventi mentre si trova al di fuori della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino o dello Stato della Città del Vaticano in un Paese sino ad allora in pace e a condizione che non vi abbia preso parte attiva.

### ***AUMENTO INDENNIZZO A SEGUITO RAPINA, ESTORSIONE, ETC...***

Gli Assicuratori pagano ai figli e/o al coniuge non legalmente separato dell'Assicurato, che risultino beneficiari dell'assicurazione, la somma convenuta per il caso di Morte aumentata del 50% quando l'Assicurato muore in

conseguenza di un infortunio subito a seguito di reato di rapina, tentata rapina, estorsione, tentativo di sequestro, messi in opera nei confronti dell'Assicurato stesso.

La presente estensione di garanzia non è cumulabile con quella prevista al successivo articolo.

### ***AUMENTO INDENNIZZO A SEGUITO COMMORIENZA CONIUGI***

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

### ***MALATTIE PROFESSIONALI***

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

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

### ***CONTAGIO DA HIV ED EPATITE B o C (esclusivamente agli individui operanti nel settore del c.d. "Comparto Sanitario")***

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

- a) per il solo caso di Invalidità Permanente, restando escluso il caso di decesso dell'Assicurato
- b) nel limite del capitale assicurato e salvo diversamente pattuito, fino ad un massimo di €100.000,00 (centomila/00);
- c) senza applicazione di franchigia

#### **Comparto Sanitario**

Ai fini e agli effetti del presente articolo e, in particolare, del punto a) di cui al precedente paragrafo, per "Comparto Sanitario" si intende: tutto il personale esercente l'attività sanitaria, tecnico sanitaria, riabilitativa, diagnostica, assistenziale; gli autisti soccorritori (come normato dalla legge 251/2000 e dal Decreto Ministeriale del 29/03/2001 e s.m.i., di cui ai Decreti Ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali); gli Operatori Socio-Sanitari (qualificati secondo quanto previsto dall'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni in data 22/02/2001 tra il Ministro della Sanità, il Ministro della Solidarietà Sociale, le Regioni e le Province autonome

di Trento e Bolzano e dai successivi dispositivi attuativi emanati a livello regionale); gli Assistenti Sociali (come qualificati dalla Legge n. 84 del 23/03/1983 e in possesso del diploma universitario sancito secondo le caratteristiche dell'art. n. 2 della legge 341 del 19/11/1990 e s.m.i.).

### ***Denuncia del presunto Contagio***

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

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

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

Esiti test di cui al punto 1):

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

Esiti test di cui al punto 2):

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

Esiti test di cui al punto 3):

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

**CONDIZIONI AGGIUNTIVE****(OPERANTI SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI  
COPERTURA)****A ) LIMITAZIONE ALL' AMBITO PROFESSIONALE**

L' assicurazione si intende limitata ai soli infortuni che l'assicurato subisca durante lo svolgimento dell'attività professionale svolta.

L'Assicurazione vale altresì per gli infortuni subiti dall' Assicurato mentre si reca dal proprio domicilio alla sede di lavoro e viceversa.

**B) LIMITAZIONE ALL'AMBITO EXTRAPROFESSIONALE**

L' assicurazione si intende limitata ai soli infortuni che l'Assicurato subisca durante lo svolgimento di attività che non rientrino nell'attività professionale svolta.

**C) INABILITÀ TEMPORANEA DA INFORTUNIO**

Se l'Infortunio ha per conseguenza una Inabilità Totale dell'Assicurato ad attendere a qualsiasi attività lavorativa, la Società liquida la somma assicurata integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere a qualsiasi attività lavorativa.

L'Indennità per Inabilità Temporanea, che è corrisposta per il periodo della necessaria cura medica, decorre dal giorno successivo a quello dell'Infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia e cessa col giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione.

Detta Indennità viene corrisposta per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni dal giorno dell'Infortunio.

L'indennità è inoltre soggetta alla franchigia temporale specificata nella seguente tabella:

Franchigia temporale :

Categoria A:	i primi 8 giorni
Categoria B:	i primi 10 giorni
Categoria C:	i primi 10 giorni

Categoria D: i primi 15 giorni

### ***D) INDENNITÀ GIORNALIERA DI RICOVERO***

Se in conseguenza dell'Infortunio l'Assicurato viene ricoverato in Istituto di cura, la Società liquida un'indennità giornaliera per un periodo massimo di giorni 120 (centoventi), anche non consecutivi, dal giorno dell'Infortunio. Il giorno di dimissione non è indennizzabile. L'indennità è inoltre soggetta alla franchigia temporale per i primi 3 giorni.

### ***E) INDENNITÀ GIORNALIERA DA INGESSATURA***

Se in conseguenza dell'Infortunio all'Assicurato viene applicato un apparecchio gessato o un altro mezzo che comporti una immobilizzazione rigida, la Società liquida un'indennità giornaliera per un periodo massimo di giorni 50 (cinquanta) fino alla rimozione del gesso o del mezzo immobilizzante. L'indennità è inoltre soggetta alla franchigia temporale per i primi 3 giorni.

### ***F) RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO***

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

Il rimborso delle spese comprende:

- a) onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria;
- b) uso della sala operatoria e materiale di intervento;
- c) rette di degenza in ospedali o cliniche;
- d) medicinali prescritti dal medico curante;
- e) onorari medici;
- f) accertamenti diagnostici;
- g) trasporto dell'Assicurato in ospedale o clinica in autoambulanza;

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

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

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

Per detta garanzia il massimale per sinistro e per anno assicurativo o frazione si intende fissato nella somma indicata sulla scheda di polizza, comunque non superiore a €10.000,00 (diecimila/00).

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

## **G) RISCHIO GUERRA**

La presente polizza è estesa a risarcire gli infortuni direttamente causati da un atto di guerra (dichiarata o meno), insurrezione, ostilità ed operazioni militari, ammutinamento, guerra civile, rivoluzione, usurpazione di potere purché l'Assicurato non ne prenda parte attiva.

## **H) INVALIDITÀ PERMANENTE (Tabella INAIL) Integrata dal Quadro 1**

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, gli Assicuratori liquidano per tale titolo l'indennità, calcolata sulla somma assicurata secondo le percentuali indicate nella tabella allegata al DPR N. 1124 del 30 giugno 1965 e successive modifiche, integrata dal Quadro n. 1 di seguito, e rinunciano all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa, fermo restando quanto sancito dall'Articolo #4.1.4 "Franchigia Relativa per Invalidità Permanente".

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 indicate nella tabella richiamata vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta. Nei casi di perdita funzionale o anatomica 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%.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella richiamata tabella INAIL, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali indicate nella citata tabella sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In caso di dichiarato o constatato mancinismo, le percentuali di invalidità permanente stabilite per l'arto destro si intendono riferite all'arto sinistro e viceversa.

### **Quadro 2 - Specifiche per la perdita anatomica o funzionale / Nessuna Franchigia applicabile**

<b>Perdita anatomica o funzionale di :</b>		<b>Invalidità permanente totale sulla somma assicurata</b>
Cecità o perdita totale della facoltà visiva	un occhio	<b>80%</b>
	entrambi	<b>100%</b>
Sordità completa	un orecchio	<b>50%</b>
	bilaterale	<b>100%</b>
Braccio, avambraccio della mano	destro	<b>100%</b>
	sinistro	<b>75%</b>

Un pollice	destro	<b>100%</b>
	sinistro	<b>60%</b>
Un indice	destro	<b>100%</b>
	sinistro	<b>55%</b>
Un medio	destro	<b>30%</b>
	sinistro	<b>25%</b>
Un annulare	destro	<b>15%</b>
	sinistro	<b>10%</b>
Un mignolo	destro	<b>15%</b>
	sinistro	<b>12%</b>

## **INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA**

### ***OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE***

Fermo tutto quanto previsto dalla polizza base, ed ad integrazione di quanto previsto dall'Oggetto dell'Assicurazione della stessa, l'assicurazione è estesa al caso di invalidità permanente conseguente a malattia, sempre che questa si manifesti successivamente alla stipula del presente contratto, intendendosi per tale ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

### ***ESCLUSIONI***

Ad integrazione di quanto previsto dall'Articolo 4 "Esclusioni" della polizza base, la presente assicurazione non copre le invalidità permanenti derivanti, direttamente o indirettamente, da:

- a) dolo dell'Assicurato;
- b) malattie professionali di cui al D.P.R. n. 1124 del 30/06/1965 e successive modifiche, qualora già assicurate dalla polizza base;
- c) malattie manifestatesi antecedentemente la data di effetto della presente polizza, e dirette conseguenze delle stesse.

## **CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ**

A) in caso di malattia che abbia per conseguenza una invalidità permanente di grado superiore al 24% (ventiquattro per cento) gli Assicuratori liquidano una indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle seguenti percentuali:

<b>Percentuale di Invalidità Permanente Accerta</b>	<b>Percentuale di Invalidità Permanente Liquidata</b>
Fino al 24	Nessuna
25	5
26	8
27	11
28	14
29	17
30	20
31	23
32	26
33	29
34	32
<b>35=55</b>	<b>55</b>
56	59
57	63
58	67
59	71
60	75
61	79
62	83
63	87
64	91
65	95

B) La valutazione del grado di invalidità permanente verrà effettuata secondo quanto previsto dalla tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124.

Per i 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 dell'Assicurato allo svolgimento della propria attività o di ogni altra attività confacente le sue attitudini ed abitudini.

## **PROVA**

Colui che richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dagli Assicuratori, fornire agli stessi ogni informazione e produrre copia delle eventuali cartelle cliniche complete di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno curato e visitato.

## **DIRITTO ALL'INDENNITÀ**

Il diritto all'indennità è di carattere personale, non è quindi trasferibile.

Tuttavia se l'Assicurato muore dopo che l'invalidità sia stata documentata nella sua entità, gli Assicuratori pagano ai beneficiari dell'Assicurato l'indennizzo dovuto.

## **5.6 DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI**

La denuncia di qualsiasi invalidità che, secondo il parere del medico, possa essere indennizzabile a termini di polizza, deve essere comunicata al Broker, corredata da certificato medico ed a mezzo lettera raccomandata, entro 90 giorni dal rilascio del certificato.

Gli Assicuratori si impegnano ad accertare l'invalidità entro 180 giorni dalla data del timbro postale della lettera raccomandata di cui sopra.

A richiesta dell'Assicurato la visita medica per stabilire la risarcibilità e l'entità del sinistro verrà effettuata contemporaneamente dal medico dell'Assicurato e dal medico degli Assicuratori.

## **SANZIONI FINANZIARIE INTERNAZIONALI**

### **APPENDICE NO.1 - SEMPRE OPERANTE**

#### **Sanction Limitation and Exclusion Clause ~ LMA3100**

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

#### **TRADUZIONE:**

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

**MODELLO 7A - COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEI CONTRAENTI**

Ai sensi delle disposizioni del d. lgs. n. 209/2005 (Codice delle assicurazioni private) e del regolamento ISVAP n. 5/2006 in tema di norme di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa, gli intermediari:

- prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche, **consegnano al contraente** copia del documento (Allegato n. 7B del regolamento ISVAP) che contiene notizie sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela del contraente;
- prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, **illustrano al contraente** - in modo corretto, esauriente e facilmente comprensibile - gli elementi essenziali del contratto con particolare riguardo alle caratteristiche, alla durata, ai costi, ai limiti di copertura, agli eventuali rischi finanziari connessi alla sua sottoscrizione ed ad ogni altro elemento utile a fornire un'informazione completa e corretta;
- sono tenuti a proporre o consigliare contratti adeguati** alle esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente, nonché, ove appropriato in relazione alla tipologia del contratto, alla sua propensione al rischio; a tal fine acquisiscono dal contraente stesso ogni informazione che ritengono utile;
- informano il contraente** della circostanza che il suo rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto più adeguato alle sue esigenze; nel caso di volontà espressa dal contraente di acquisire comunque un contratto assicurativo ritenuto dall'intermediario non adeguato, **lo informano per iscritto dei motivi dell'inadeguatezza**;
- consegnano al contraente** copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, **copia del contratto stipulato e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto**;
- possono ricevere dal contraente, a titolo di versamento dei premi assicurativi, **i seguenti mezzi di pagamento**:
  - assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità**, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
  - ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale**, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
  - denaro contante, esclusivamente** per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo **responsabilità civile auto** e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto), nonché per i contratti degli **altri rami danni con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto**.

**MODELLO 7B – INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA O, QUALORA NON PREVISTA, DEL CONTRATTO**

**PARTE I – INFORMAZIONI RELATIVE AGLI INTERMEDIARI**

Tabella 1.1 - Dati identificativi degli intermediari – Broker Retail

Ragione sociale	<b>Aon S.p.A. Insurance &amp; Reinsurance Broker</b>	<p align="center"><b>Nota per il contraente</b></p> <p align="center">Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'intermediario possono essere controllati visionando il registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi (RUI) sul sito internet dell'IVASS (<a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a>)</p>
Sede legale	Via Andrea Ponti 8/10, 20143 Milano (MI)	
Numero di iscrizione al RUI	B000117871 - Sez. B	
Data di iscrizione al RUI	12 marzo 2007	
Telefono	02 45434.1	
Indirizzo e-mail	assicurazioni@aon.it	
Sito Internet	<a href="http://www.aon.it">www.aon.it</a>	

Tabella 1.2 - Dati identificativi degli intermediari – Agente Emittente

Ragione sociale	<b>US Underwriting Solutions Srl</b>	<p align="center"><b>Nota per il contraente</b></p> <p align="center">Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'intermediario possono essere controllati visionando il registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi (RUI) sul sito internet dell'IVASS (<a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a>)</p>
Sede legale	Via Radegonda 11, 20121 Milano (MI)	
Numero di iscrizione al RUI	A000485912 – Sez. A	
Data di iscrizione al RUI	18 aprile 2014	
Telefono	+39 02 454 342 60	
Indirizzo e-mail	underwriting.office@agencyus.it	
Sito Internet	<a href="http://www.agencyus.it">http://www.agencyus.it</a>	

**Collaborazione ai sensi dell'art. 22 del D.L. n. 179/2012**

La informiamo che, nel caso specifico, il prodotto assicurativo da noi proposto è oggetto di un accordo di collaborazione nell'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa ai sensi dell'articolo 22 del Decreto Legge n. 179 del 18 ottobre 2012, così come convertito dalla legge n.221 del 17 dicembre 2012 (di seguito "Accordo di Collaborazione") in essere tra Aon S.p.A. ed l'Agente Groupama - US Underwriting Solutions Srl (di seguito "Agente Emittente"). Sulla base dell'Accordo di Collaborazione, Aon S.p.A. può presentare e proporre ai propri clienti prodotti assicurativi e fornisce altresì assistenza e consulenza agli stessi nella selezione, conclusione, gestione ed esecuzione delle polizze, mentre l'Agente Emittente provvede a concludere ed emettere le polizze in qualità di Agente per conto di Groupama Assicurazioni Sp.A.

Relativamente all'Agente Emittente, si precisa inoltre che lo stesso ha in essere dei mandati agenziali con le seguenti imprese di assicurazione:

- ITAS – ISTITUTO TRENINO-ALTO ADIGE PER ASSICURAZIONI SOCIETA' MUTUA DI ASSICURAZIONI
- D.A.S. DIFESA AUTOMOBILISTICA SINISTRI - S.P.A. DI ASSICURAZIONE
- ITAS VITA S.P.A.
- AMTRUST INTERNATIONAL UNDERWRITERS DAC
- HELVETIA COMPAGNIA SVIZZERA D'ASSICURAZIONI S.A.
- AMTRUST EUROPE LIMITED
- ARISCOM COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.P.A.

- AXA CORPORATE SOLUTIONS ASSURANCE
- METLIFE EUROPE DESIGNATED ACTIVITY COMPANY
- ALLIANZ GLOBAL CORPORATE & SPECIALTY SE
- ACE EUROPEAN GROUP LIMITED
- LLOYD'S
- HDI ASSICURAZIONI S.P.A.
- AIG EUROPE LIMITED

**Tabella 1.3 - Autorità competente alla vigilanza sull'attività svolta**

IVASS – Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo - Via del Quirinale 21 - 00187 ROMA

**PARTE II - INFORMAZIONI RELATIVE A POTENZIALI SITUAZIONI DI CONFLITTO D'INTERESSI**

**Tabella 2.1 - Dichiarazioni dell'intermediario**

- a. Aon S.p.A. e US Underwriting Solutions Srl NON detengono una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di una Impresa di Assicurazione.
- b. Nessuna Impresa di Assicurazione o impresa controllante di un'Impresa di Assicurazione è detentrica di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di Aon S.p.A. o di US Underwriting Solutions Srl.

**Tabella 2.2 – Contratti proposti**

- a. Aon S.p.A. e US Underwriting Solutions Srl forniscono consulenze basate su analisi imparziali. Le valutazioni tecniche sono proposte in seguito all'analisi dei contratti offerti dalle primarie Imprese di Assicurazione del mercato idonee a soddisfare i bisogni del contraente e/o assicurato.
- b. Aon S.p.A. e US Underwriting Solutions Srl propongono contratti in assenza di obblighi contrattuali che gli impongono di proporre esclusivamente i contratti di una o più Imprese di Assicurazione.
- c. Su richiesta del contraente, Aon S.p.A. può fornire la denominazione delle Imprese di Assicurazioni con le quali la stessa ha o potrebbe avere rapporti d'affari.

**PARTE III - INFORMAZIONI RELATIVE ALLE FORME DI TUTELA DEL CONTRAENTE / ASSICURATO**

**Tabella 3.1 - Informazioni generali**

Ai sensi dell'Articolo 117 del D. Lgs. 7 settembre 2005, n. 209, i premi pagati dal contraente e/o dall'assicurato agli intermediari e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dalle Imprese di Assicurazione, se regolati per il tramite degli intermediari, costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio degli intermediari stessi.

L'attività di intermediazione esercitata è garantita da una polizza di assicurazione Infortuni, che copre i danni arrecati al Contraente/Assicurato conducente del Veicolo Assicurato, per gli infortuni subiti in relazione alla guida del Veicolo stesso ed alle operazioni necessarie, in caso di fermata, per la ripresa della marcia.

Il contraente e l'assicurato hanno la facoltà di rivolgersi al Fondo di garanzia per l'attività dei mediatori di assicurazione e di riassicurazione c/o IVASS Via del Quirinale 21 – 00187 Roma – Tel.: +39 06/421.331 per chiedere il risarcimento del danno patrimoniale loro causato dall'esercizio dell'attività di intermediazione, che non sia stato risarcito dall'intermediario stesso o non sia stato indennizzato attraverso la polizza di cui al precedente punto.

Il contraente e l'assicurato hanno la facoltà, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, di inoltrare per iscritto i reclami di pertinenza dell'intermediario Aon S.p.A. alternativamente a:

- a) Aon S.p.A. – a mezzo di posta ordinaria all'indirizzo: Via Andrea Ponti 8/10, 20143 Milano, a mezzo Fax al numero [02 45434.810] o via e-mail alla casella di posta elettronica: [reclami.aonspa@aon.it](mailto:reclami.aonspa@aon.it), all'attenzione della Funzione Reclami Aon S.p.A., la quale provvederà a trasmetterlo senza ritardo a *Groupama Assicurazioni S.p.A. - Reclami e Rapporti Enti Istituzionali - Viale Cesare Pavese n.385 - 00144 ROMA* - oppure all'indirizzo di posta elettronica [reclami@groupama.it](mailto:reclami@groupama.it) oppure al numero di fax 0680210979, dandone contestuale notizia al reclamante, o
- b) a *Groupama Assicurazioni S.p.A. - Reclami e Rapporti Enti Istituzionali - Viale Cesare Pavese n.385 - 00144 ROMA* - oppure all'indirizzo di posta elettronica [reclami@groupama.it](mailto:reclami@groupama.it) oppure al numero di fax 0680210979 il quale provvederà, anche nell'ipotesi di cui al punto precedente, a rispondere al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione con le medesime modalità utilizzate dal reclamante per il suo invio.

A prescindere da chi sia il destinatario del reclamo, il reclamante provvederà ad indicare nel proprio reclamo:

- i. nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- ii. individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- iii. breve ed esauritiva descrizione del motivo del reclamo e numero di polizza oggetto del reclamo;
- iv. ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Resta comunque salva la possibilità per il contraente e l'assicurato, qualora non dovessero ritenersi soddisfatti dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro entro il termine di 45 giorni, di rivolgersi all'IVASS, Servizio Vigilanza Intermediari, Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, compilando l'apposito modulo reso disponibile dall'Autorità sul sito internet [https://www.ivass.it/consumatori/reclami/Allegato2\\_Guida\\_ai\\_reclami.pdf](https://www.ivass.it/consumatori/reclami/Allegato2_Guida_ai_reclami.pdf) integrando le informazioni sopra richieste da (i) a (iv) con la copia del reclamo presentato ad uno dei soggetti di cui alle lettere (a), (b) e dell'eventuale riscontro ricevuto.

Per le controversie relative al presente contratto, oltre al tentativo di mediazione a fini conciliativi di cui al D.Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010 quale condizione di procedibilità della domanda giudiziale, gli aventi diritto hanno la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria ovvero di rivolgersi ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, tra cui ad esempio, la possibilità di adire l'Organo di Mediazione costituito presso la Camera di Commercio, Industria e Artigianato del luogo di residenza o di domicilio principale del Cliente Contraente o dei soggetti che intendano far valere i diritti derivanti dal contratto.

**Tabella 3.2 - Nota importante per il contraente e per l'assicurato**

Ai sensi dell'Art. 118 del D. Lgs 209/2006, il pagamento del premio eseguito in buona fede ad Aon S.p.A. o ad i suoi collaboratori, ha effetto liberatorio per il contraente e/o l'assicurato nei confronti della Compagnia e conseguentemente impegna la Compagnia (e, in caso di coassicurazione, tutte le Compagnie Assicuratrici) a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto.

**PARTE IV – INFORMAZIONI RELATIVE ALLA TRASPARENZA DEI PREMI E DELLE CONDIZIONI DI CONTRATTO DELL'ASSICURAZIONE**

**Tabella 4.1 - Livelli provvigionali percepiti dall'Intermediario**

In riferimento agli obblighi informativi a carico degli intermediari assicurativi, di cui Art. 9 del Regolamento ISVAP n. 23 del 9 maggio 2008, Aon S.p.A. dichiara di percepire, per la Polizza INFORTUNI E MALATTIA "Individuale" – Lloyd's , provvigioni pari 30% calcolato sul relativo premio netto.

**PARTE V - LIMITAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DEL BROKER E DECADENZA DALL'AZIONE DI RESPONSABILITÀ**

Con riferimento ai rapporti professionali intercorrenti con il cliente e con riferimento ai rapporti assicurativi stipulati o stipulandi tramite l'intermediazione di Aon S.p.A. nonché ai sinistri che sono o saranno gestiti tramite Aon, si precisa che: Aon S.p.A. adempie ai suoi obblighi nel rispetto dei principi generali di cooperazione, correttezza e buona fede vigenti nell'ordinamento legislativo italiano ed in particolare uniforme i suoi comportamenti alle regole ed alla normale diligenza proprie della sua professionalità. In caso di sua inadempienza agli obblighi assunti Aon risponderà dei danni causati nei termini e limiti di seguito indicati:

- a) Aon S.p.A. risponderà, secondo legge, senza limiti di valore per i danni causati quale conseguenza immediata e diretta di inadempienza imputabile a colpa grave o dolo;
  - b) Nel caso in cui l'inadempienza di Aon sia imputabile a colpa lieve, la stessa risponderà esclusivamente:
    - b.1) dei danni emergenti fino ad un valore massimo di euro 2.000.000,00 (duemilioni), importo che in tal caso si intende accettato come limite massimo di responsabilità civile valevole per ognuno e comunque globalmente per tutti gli addebiti azionabili; e
- a condizione che il reclamo venga inviato a mezzo raccomandata a.r., a pena di decadenza, entro e non oltre un anno dalla data in cui si è avuta (o si sarebbe dovuto avere) conoscenza dell'inadempimento.

**QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEI CONTRATTI ASSICURATIVI**

**Avvertenza per il Compilatore** (Regolamento ISVAP n° 5 del 16 ottobre 2006) Le vigenti disposizioni di legge ed i regolamenti obbligano gli intermediari assicurativi a proporre esclusivamente contratti adeguati alle esigenze dei Clienti. La violazione di detto obbligo comporta la responsabilità dell'intermediario e lo assoggetta alle sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari previste dall'ordinamento. Ciò rende indispensabile una preventiva assunzione di informazioni dal Cliente col tramite della presente, in assenza delle quali sarebbe impossibile adempiere a tale obbligo. Il Cliente, può rifiutare di fornire le informazioni che dovranno essere richieste ma ciò pregiudicherebbe la valutazione dell'adeguatezza del contratto rispetto alle sue esigenze assicurative e comporta, comunque, il rilascio da parte sua di una dichiarazione attestante il rifiuto stesso.

\*\*\*\*\*

**INFORMATIVA PRIVACY SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Con riferimento al Regolamento Europeo sulla protezione ed il Trattamento dei Dati Personali 2016/679 noto come "General Data Protection Regulation" (GDPR), La informiamo che sulla home page del nuovo portale Aon Privacy <https://www.privacy.aon.it/> potrà trovare l'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali in cui vengono illustrati i dati che raccogliamo, la relativa modalità di trattamento ed i fondamenti giuridici alla base del Trattamento.

Dopo aver preso visione dell'Informativa, al fine di esprimere la Sua scelta in merito al trattamento automatizzato dei dati personali, ivi inclusa la profilazione effettuata per analizzare le preferenze, abitudini, interessi e al fine di poter effettuare la scelta circa il ricevimento di comunicazioni commerciali personalizzate, La invitiamo a registrarsi al link che ha già ricevuto o che riceverà via e-mail."



Richiedente (Cognome/Nome – Ragione Sociale)	Residenza/Sede Legale	CAP	Provincia	Data
--	-----------------------	-----	-----------	------

Mod. 7A / 7B /Adeguatezza/Privacy

### DATI GENERALI (General Data)

<b>Numero Proposta</b> (Proposal Number)	<input type="text"/>	<b>Tipo di rinnovo</b> (Type of renewal)	NO TACITO RINNOVO (no tacit renewal)	<b>Durata</b> (Duration)	ANNUALE (annual)
---	----------------------	---	---	-----------------------------	---------------------

### DATI DELLA PERSONA DA ASSICURARE (Details of the Person to be insured)

<b>Nome e Cognome</b> (First/Last Name)	<input type="text"/>				
<b>Genere</b> (Gender)	<input type="text"/>	<b>Data di nascita</b> (Date of birth)	<input type="text"/>	<b>Cod.Fiscale</b> (SSN)	<input type="text"/>
<b>Indirizzo</b> (Street name and number)	<input type="text"/>			<b>CAP</b> (Postal Address)	<input type="text"/>
<b>Località</b> (Location)	<input type="text"/>	<b>Città</b> (Town)	<input type="text"/>	<b>Stato</b> (State)	<input type="text"/>
<b>Occupazione</b> (Job)	<input type="text"/>				

**Utilizza un veicolo per svolgere la Sua attività? Nel caso, indichi la percorrenza annua media**  
In the case of use of a vehicle for business purposes, please state your average yearly mileage.  Si  No  
Km \_\_\_\_\_

**Guida motociclette o scooter? (in caso affermativo indicare anche la cilindrata)**  
Do you ride Motor Cycles or Scooters? (please state c.c.)  Si  No  
c.c. \_\_\_\_\_

### TERMINI DELLA COPERTURA (Insurance Terms)

<b>Periodo di Copertura</b> (Policy Period)	<b>Dal</b> (Inc.date): <input type="text"/>	<b>Al</b> (Exp.date): <input type="text"/>
<b>Opzioni</b> (Options): <input type="text"/> (es. Professionale / Prof + Extra)	<b>Fascia di reddito</b> (wage bracket) <input type="text"/>	

### COPERTURE E SOMME ASSICURATE RICHIESTE (Requested benefits & insured sums)

	Somma Assicurata (Insured sum)	Premio annuo lordo (Annual Premium)
<b>Morte da infortunio</b> (Accidental death)	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<b>Invalidità permanente da infortunio</b> (Permanent disablement due to accident)	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<b>Inabilità temporanea da infortunio</b> (Temporary disablement due to accident)	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<b>Diaria da ricovero</b> (Hospitalization)	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<b>Diaria da gesso</b> (Plaster cast)	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<b>Rimborso Spese Mediche da infortunio</b> (Medical Expenses reimbursement due to accident)	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<b>Invalidità permanente da Malattia* (Questionario obbligatorio)</b> (Permanent disablement following sickness (questionnaire to be provided))	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>

### STORIA DEL RISCHIO (History of Risk)

**Negli ultimi 3 anni, ha subito infortuni**  
What accidents

Si       No

**Numero infortune subiti**

\_\_\_\_\_

**Le è mai stata rifiutata o accettata a condizioni speciali una copertura assicurativa per infortuni/vita/malattia ? oppure Ha mai ricevuto disdetta o rifiuto a di rinnovare la Sua copertura da parte degli assicuratori? Nel caso, indichi i dettagli.**

Si       No      [Dettagli \(details\)](#)

Have you ever been declined or accepted on special terms, for life, accident, or illness insurance, or has any company ever cancelled or declined to renew your policy?

**Dettagli Infortunio/i** (details of any claims in the last 3 years)

<b>Data</b> (Date)	<b>Postumi</b> (effects)
<b>Data</b> (Date)	<b>Postumi</b> (effects)
<b>Data</b> (Date)	<b>Postumi</b> (effects)

**PRATICHE SPORTIVE E/O RICREATIVE – svolge o prevede di svolgere una delle seguenti pratiche**  
(to apply any of the following practice (separately regulated in policy);

A.	<b>Sport invernali</b> (winter sports)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	<b>Si devono includere anche le gare?</b> (competitions to be included?)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
B.	<p><b>Dichiara di svolgere una delle seguenti attività?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Immersioni subacquee con respiratore</b> (scuba diving)</li> <li>• <b>Alpinismo, comprendente uso di funi e guide</b> (rock climbing or mountaineering normally involving the use of ropes or guides)</li> <li>• <b>Speleologia</b> (potholing)</li> <li>• <b>Attività equestre e/o caccia a cavallo e/o gara/concorsi ippici</b> (hunting on horseback and/or horseriding and/or equestrian races/competitions)</li> <li>• <b>Gare automobilistiche o motociclistiche di ogni genere</b> (driving or riding in any kind of race or competition)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
C.	<p><b>Effettua viaggi aerei in qualità diversa da quella di passeggero?</b> <b>Nel caso, fornisci i dettagli</b> Do you intend to fly other than as a passenger? If yes, please provide details</p>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Eventuali ulteriori note (additional details):

**PREMIO DI POLIZZA – MODALITA' DI PAGAMENTO**

**Premio Netto** €

**Imposte 2,5 %** (Imposta sulle Assicurazioni Ramo Infortuni) €

**Premio Lordo** €

**Spese di gestione ed oneri amministrativi e gestionali** (sostenuti da Aon nell'interesse e per conto) €

**Premio Totale** €

Il Richiedente deve effettuare il pagamento del totale sopra esposto a mezzo carta di credito ovvero alle seguenti coordinate

**IBAN:**

**BENEFICIARIO:** AON SPA

**CAUSALE:** INFORTUNI Lloyd's

## ADEGUATEZZA

### Avvertenza preliminare

Gli intermediari assicurativi hanno l'obbligo di proporre esclusivamente polizze adeguate alle esigenze assicurative del Richiedente. Si rende, quindi, indispensabile l'assunzione di alcune informazioni, in assenza delle quali sarebbe impossibile adempiere a tale obbligo. È possibile rifiutare di fornire tali informazioni; tuttavia, posto che ciò potrebbe pregiudicare la valutazione dell'adeguatezza della polizza offerta rispetto alle effettive esigenze assicurative del Richiedente, tale rifiuto comporta il rilascio di una dichiarazione attestante tale circostanza. Pertanto:

### Le dichiarazioni che seguono risultano appropriate?

- i. Il Richiedente ha compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta.
- ii. Il Richiedente ha compreso se il contratto assicurativo proposto risulta idoneo rispetto alle sue esigenze assicurative.
- iii. Il Richiedente è consapevole che la polizza offerta prevede limiti di indennizzo, limiti di operatività ed esclusioni.
- iv. Il Richiedente ha compreso i contenuti del Fascicolo Informativo scaricato (Nota Informativa, Glossario e Condizioni Generali di assicurazione relativi al contratto assicurativo che intende sottoscrivere).
- v. Il Richiedente ha compreso i contenuti del documento Informativa Precontrattuale ed.11.2016 scaricato dalla piattaforma ONE AFFINITY. Le dichiarazioni che seguono risultano appropriate? i. Il Richiedente ha compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta. ii. Il Richiedente ha compreso se il contratto assicurativo proposto risulta idoneo rispetto alle sue esigenze assicurative. iii. Il Richiedente è consapevole che la polizza offerta prevede limiti di indennizzo, limiti di operatività ed esclusioni, (iv). Il Richiedente ha compreso i contenuti del Fascicolo Informativo scaricato (Nota Informativa, Glossario e Condizioni Generali di assicurazione relativi al contratto assicurativo che intende sottoscrivere). v. Il Richiedente ha compreso i contenuti del documento Informativa Precontrattuale scaricato dalla piattaforma

Data	Cognome Nome	Firma del Richiedente

## DICHIARAZIONI (Statements)

Il Richiedente dichiara che le informazioni contenute in questo documento sono vere e nessuna circostanza – dove per “circostanza” si intende qualsiasi fatto che possa verosimilmente influenzare l'accettazione o la diversa valutazione della proposta da parte dell'Assicuratore - è stata tenuta nascosta.

Il Richiedente dichiara di essere consapevole che la mancata rivelazione o l'errata descrizione di una circostanza autorizza gli Assicuratori ad invalidare la copertura.

Il Richiedente è altresì consapevole che l'Assicuratore fisserà i termini e le condizioni della copertura sulla base delle informazioni contenute in questo documento ma che la firma dello stesso non impegna me a sottoscrivere la copertura né l'Assicuratore ad accettarla.

Data	Cognome Nome	Firma del Richiedente

Il Richiedente dichiara di affidare la gestione della polizza assicurativa nascente dalla presente sottoscrizione ad Aon S.p.A., Broker di assicurazioni iscritto al Registro Unico degli Intermediari assicurativi (RU) con il numero B000117871.

Il Richiedente dichiara altresì di conoscere ed accettare la limitazione di responsabilità per colpa lieve del broker e la decadenza dall'azione di responsabilità precisati nella Parte V delle “Informazioni da rendere al Richiedente prima che lo stesso sia vincolato dal contratto”.

Data	Cognome Nome	Firma del Richiedente

Il Richiedente dichiara:

- (i) di avere ricevuto le informazioni precontrattuali di cui ai Regolamenti IVASS n. 5/2006 e 34/2010;
- (ii) di avere preso visione e di accettare le Condizioni di Assicurazione relative alla polizza INFORTUNI E MALATTIA “Individuale”- Ed. 11/2016;
- (iii) di avere ricevuto e di avere preso visione del Fascicolo Informativo “CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI E MALATTIA “Individuale”- Ed. 11/2016”. Il fascicolo è comprensivo della copertina, della nota informativa, del glossario e delle condizioni di assicurazione Lloyd's.

Data	Cognome Nome	Firma del Richiedente

Il Richiedente dichiara di essere consapevole che Polizza INFORTUNI E MALATTIA "Individuale"- Ed. 11/2016di è intermediata mediante tecniche di comunicazione a distanza, ossia attraverso strumenti di comunicazione ed organizzativi che consentono la conclusione di un contratto senza la presenza fisica e simultanea delle parti. L'intermediazione è svolta sotto la responsabilità dell'intermediario AON che in particolare cura la valutazione di adeguatezza del prodotto assicurativo ai sensi della disciplina rilevante.

Data	Cognome Nome

Firma del Richiedente

Il Richiedente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c., dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione relative alla polizza INFORTUNI E MALATTIA "Individuale"- Ed. 11/2016:

**Condizioni di assicurabilità, esclusioni, limitazione e condizioni di sospensione della garanzia:**

- "Dichiarazioni inesatte o reticenze"
- "Aggravamento di rischio"
- "Richiesta Fraudolenta" delle "Condizioni Generali"
- "Esclusioni"
- "Persone non assicurabili"
- "Denuncia dell'Infortunio ed obblighi relativi"
- "Criteri di Indennizzabilità"
- "Morte"
- "Morte Presunta"
- "Invalidità Permanente (Tabella INAIL)"
- "Cumulo di indennità"
- "Massimo Indennizzo Catastrofale"
- "Massimo Indennizzo per Calamità Naturali"
- "Validità Territoriale"
- "Limite di Età" delle "Condizioni Particolari"
- "Anticipo di Indennizzo"
- "Malattie Tropicali"
- "Clausola Dirigenti"
- "Rischio Guerra"
- "Malattie Professionali"
- "Aumento indennizzo a seguito commorienza coniugi"
- "Contagio da HIV ed Epatite B,C" della sezione "Condizioni Particolari Aggiuntive – Clausole sempre Operanti"
- "Inabilità Temporanea da Infortunio"
- "Rimborso Spese Mediche da Infortunio"
- "Indennità Giornaliera da Ingessatura"
- "Indennità Giornaliera da Ricovero"
- "Limitazione all'ambito Professionale"
- "Limitazione all'ambito Extra-Professionale" della sezione "Condizioni Particolari Aggiuntive – Clausole valide solo se espressamente richiamate nella scheda di copertura e se corrisposto il relativo Premio"
- "Oggetto dell'assicurazione"

- "Limitazione all'ambito Professionale"
- "Limitazione all'ambito Extra-Professionale" della sezione "Condizioni Particolari Aggiuntive – Clausole valide solo se espressamente richiamate nella scheda di copertura e se corrisposto il relativo Premio"
- "Esclusioni"
- "Criteri di Indennizzabilità"
- "Prova"
- "Denuncia di Sinistro ed obblighi relativi" della sezione "Invalidità Permanente da Malattia – Estensione valida solo se espressamente richiamata e se corrisposto il relativo Premio"

**Franchigie, scoperti e massimali**

Il Contratto è soggetto a franchigie, scoperti e massimali

- "Invalidità Permanente da Infortunio (Tabella INAIL)",
- "Ernie da Sforzi" del Capitolo "CONDIZIONI PARTICOLARI";
- "Franchigia per Invalidità Permanente"
- "Contagio da HIV o Epatite B,C" della sezione "CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE – CLAUSOLE SEMPRE OPERANTI"
- "Inabilità Temporanea da Infortunio"
- "Indennità Giornaliera di Ricovero"
- "Indennità Giornaliera da Ingessatura"
- "Rimborso Spese Mediche da Infortunio" della sezione "CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE - CLAUSOLE VALIDE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI COPERTURA E SE CORRISPOSTO IL RELATIVO PREMIO"
- "Oggetto dell'assicurazione"
- "Esclusioni"
- "Criteri di indennizzabilità"
- "Prova"
- "Denuncia di Sinistro ed obblighi relativi" della sezione "INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA - ESTENSIONE VALIDA SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA E SE CORRISPOSTO IL RELATIVO PREMIO".

Data	Cognome Nome

Firma del Richiedente

**MEZZI DI PAGAMENTO**

Il contratto prevede il pagamento annuale del premio in unica soluzione.

Qualora espressamente concordato con gli Assicuratori e indicato nel certificato relativo alla polizza, il pagamento del premio potrà essere frazionato in una o più rate.



Il pagamento del premio dovrà essere eseguito a mezzo carta di credito o a mezzo bonifico bancario su conto corrente intestato all'intermediario assicurativo indicato nel modulo di proposta nella sezione "INTERMEDIARIO".

--	--

Data

Cognome  
Nome

--

Firma del  
Richiedente