
Lloyd's Insurance Company S.A. Certificato

L'assicuratore del presente contratto assicurativo è Lloyd's Insurance Company S.A.

Lloyd's Insurance Company S.A. è una società a responsabilità limitata belga (*société anonyme / naamloze vennootschap*) con sede legale in Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Bruxelles, Belgio, e registrata presso la Banque-Carrefour des Entreprises / Kruispuntbank van Ondernemingen con il numero 682.594.839 RLE (Bruxelles). È una società assicurativa soggetta alla supervisione della Banca Nazionale del Belgio. Il numero, o i numeri, di registrazione dell'impresa e altre informazioni sono disponibili su www.nbb.be. Sito web: www.lloydseurope.com. E-mail: lloydseurope.info@lloyds.com.

Il presente certificato è rilasciato da Lloyd's Insurance Company S.A., con sede legale in Italia in Corso Garibaldi 86, 20121 Milano e registrata presso la Camera di Commercio di Milano con il numero REA MI-2540259. Codice fiscale 10548370963. E-mail: informazioni@lloyds.com. Tel: +39 02 6378 881.

Numero di contratto: F2500026846-LB

Tipo di contratto: POLIZZA INFORTUNI

Nome del prodotto: POLIZZA INFORTUNI

Versione del testo della polizza: 1819 BNC

SCHEDA

Lloyd's Insurance Company S.A.
Corso Garibaldi 86, 20121 Milano
Registrazione presso la Camera di Commercio: MI-2540259
Codice fiscale e P. IVA: 10548370963
E-mail: informazioni@lloyds.com Telefono: +39 02 6378 881

LLOYD'S

Codice ramo	Corrispondente	Lloyd's Broker	UMR
5	196704	JLB 755	B1819A2500052 -

Numero di Polizza
F2500026846-LB

Nome commerciale del prodotto assicurativo:	POLIZZA INFORTUNI
---	-------------------

Nome del Contraente:	EMAPI
Indirizzo, codice postale e città:	Via XX Settembre 26/10 00187 ROMA - Lazio (italia)
P. IVA:	97269410581
Codice fiscale:	97269410581
Assicurato:	

Periodo assicurativo, tacito rinnovo escluso
Dalle 00:00 del 01/03/2025 alle 24:00 del 28/02/2026 (UTC +1 Amsterdam, Berlino, Roma, Stoccolma, Vienna)

Oggetto o rischio assicurato:	(Vedi testo di polizza)
Massimo indennizzo o somma assicurata:	(Vedi testo di polizza)
Franchigia o copertura aggiuntiva o quota di scoperto:	(Vedi testo di polizza)
Sezioni del testo della polizza applicabili al presente contratto di assicurazione:	(Vedi testo di polizza)

POLICY WORDING

*Italian policy wording, English version held in the placement file Ref. EMAPI Eng. 2025
In the event of discrepancy the Italian prevail*

Definizioni

Nel testo che segue, si intendono:

per "**Assicurazione**": il contratto di assicurazione;

per "**Polizza**": il documento che prova l'assicurazione;

per "**Contraente**": il soggetto che stipula l'assicurazione;

per "**Assicurato**": il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione e i professionisti in attività e pensionati iscritti alle Casse ed Enti aderenti ad EMAPI, i Dipendenti di EMAPI e delle Casse ed Enti aderenti ad EMAPI e dei professionisti iscritti ad EMAPI ed i consulenti di EMAPI, i Nuclei familiari interi degli Assicurati come previsto nella relativa definizione.

per "**Nucleo familiare**": (oltre al professionista) il coniuge/partner unito civilmente o il convivente more uxorio (indipendentemente dal genere), i figli risultanti dallo stato di famiglia; sono inoltre ricompresi i figli non conviventi fino ai 18 anni di età;

per "**Società**": l'Impresa assicuratrice;

per "**Premio**": la somma dovuta dall'Assicurato/Contraente alla Società;

per "**Rischio**": la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne; per "Sinistro": il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa; per "Indennizzo": la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

per "**Adesione**": L'Adesione del singolo Assicurato/Aderente alla Polizza Convenzione.

per "**Contagio**": evento dovuto a causa esterna, violenta ed improvvisa che produca all'organismo come conseguenza diretta ed esclusiva, un'infezione da virus HIV o Epatite B o C clinicamente accertabile.

per "**Epatite**": l'infiammazione del fegato dovuta a un contagio.

per "**Epatite B**": malattia infettiva, causata dal virus HBV, appartenente alla famiglia Hepadna Viridae.

per "**Epatite C**": malattia infettiva, causata dal virus Hepatitis C Virus (HCV).

Per "**HIV**": virus dell'immunodeficienza umana (acronimo dall'inglese Human Immunodeficiency Virus) è il virus responsabile della sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

Per "**Malattia**": ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Initial ⁴/_c Exec

Condizioni Generali di Assicurazione

Art.1) Definizione di infortunio

E' considerato infortunio un evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Art.2) Delimitazione dell'assicurazione

- a. L'assicurazione vale, soggetta alle esclusioni, per gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'espletamento delle mansioni relative alla occupazione professionale dichiarata in polizza o nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.
- b. Ai sensi della presente polizza sono considerati infortuni, purché non derivanti da eventi esplicitamente esclusi dal successivo Art. 3), anche:
- l'asfissia meccanica ivi compreso l'annegamento;
 - l'assideramento o congelamento;
 - i colpi di sole o di calore;
 - le lesioni da sforzo (esclusi gli infarti e le ernie fermo quanto definito al punto successivo);
 - le ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali, in base a quanto disposto nelle Condizioni Speciali Art. 26).

Art.3) Esclusioni

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti:

- a. da eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'art. 33 delle Condizioni Speciali;
- b. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particene atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc);
- c. da delitti o reati dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- d. dalla pratica di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., salto dal trampolino con gli sci, bob, pugilato, deltaplano, sport aerei in genere;
- e. dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- f. pratica di Sport Motoristici o Motonautici, dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- g. da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- h. dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
- i. da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- j. dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- k. da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- l. da guida di veicoli o natanti a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di Legge in vigore o in caso di patente scaduta salvo, in quest'ultimo caso, che l'Assicurato abbia al momento del Sinistro i requisiti necessari ad ottenere il rinnovo;
- m. pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta sia indiretta;

Initial % Exec

n. da imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa.

Tra le parti si conviene altresì che:

A) ESCLUSIONE DI CONTAMINAZIONE RADIOATTIVA E DI ESPLOSIVI NUCLEARI O LORO COMPONENTI

Questa polizza non copre sinistri derivanti da:

- a) perdita, distruzione o danneggiamento di proprietà' e le perdite o spese di qualsiasi natura da esse derivanti, nonché' le perdite conseguenti
- b) responsabilità legali di qualsiasi natura provocate direttamente o indirettamente o a cui esse danno un contributo, o che derivano da:
 1. radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva da combustibili nucleari o scorie radioattive provenienti dalla combustione di combustibili nucleari
 2. proprietà esplosive, tossiche, radioattive o altre proprietà pericolose di ordigni esplosivi nucleari o loro componenti nucleari.

B) SANZIONI, LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Nessun (ri)assicuratore sarà tenuto a fornire copertura e nessun (ri)assicuratore sarà obbligato a pagare alcun sinistro o fornire alcuna prestazione in virtù del presente contratto nella misura in cui la fornitura di tale copertura, pagamento di tale sinistro o fornitura di tale prestazione esporrebbe il (ri)assicuratore a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche e commerciali, leggi o disposizioni dell'Unione Europea, Regno Unito o Stati Uniti d'America.

C) ESCLUSIONE CORONA VIRUS

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

- a) malattia coronavirus (COVID-19);
- b) sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2);
- c) qualsiasi mutazione o variazione di SARS-CoV-2;
- d) qualsiasi paura o minaccia di a), b) o c) elencate in precedenza.

Art.4) Persone non assicurabili - Limite d'età

- a) La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi. L'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.
- b) La garanzia assicurativa si intende prestata senza limiti di età; tuttavia per i soggetti che, superati gli 80 anni di età, intendono aderire per la prima volta al programma assicurativo l'adesione potrà avvenire solo dietro presentazione di certificato medico attestante buona salute; in ogni caso per gli assicurati che hanno superato gli 80 anni di età, siano essi già assicurati o nuovi aderenti, le uniche opzioni di copertura attivabili potranno essere la 1A) e la 1B).
- c) L'Assicurato è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni di cui fosse affetto al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di infortunio l'indennità per invalidità permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette dell'infortunio, conformemente a quanto previsto dalle Condizioni Generali di assicurazione

Art.5) Dichiarazioni dell'Assicurato/Contraente

Initial ⁴/_c Exec

La Società presta la garanzia e ne determina il premio in base alle dichiarazioni fornite dall'Assicurato/Contraente, che pertanto deve manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio. Dichiarazioni inesatte o reticenze possono comportare sia il mancato indennizzo del danno o un indennizzo ridotto, sia il recesso o l'annullamento del contratto, secondo quanto previsto dagli Artt. 1892 e 1893 del C.C..

Art.6) Limiti territoriali

L'assicurazione è valida per tutti i paesi del mondo. Gli indennizzi verranno comunque pagati in Italia ed in Euro.

Art.7) Altre assicurazioni

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che avesse in corso o stipulasse con altre Società.

La presente copertura, in ogni caso, opera in aggiunta ed in cumulo ad eventuali ulteriori polizze sottoscritte dall'assicurato per il medesimo rischio ovvero di cui questi benefici a qualsiasi titolo.

Art.8) Forma delle comunicazioni - Validità delle variazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato/Contraente è tenuto sono valide solo se fatte per iscritto alla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, oppure al mandatario scelto dall'Assicurato/Contraente e riconosciuto dalla Società. Qualunque modificazione del contratto non è valida se non risulta da atto di variazione sottoscritto dalle Parti.

Art.9) Variazioni di rischio

L'Assicurato/Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare ogni elemento del rischio. Se la variazione implica diminuzione del rischio, la Società provvede a ridurre in proporzione il premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dall'Assicurato/Contraente. Se la variazione implica aggravamento del rischio, la Società ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di quindici giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione.

Art.10) Criteri di indennizzabilità

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

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Art.11) Prova

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

Initial ⁴/_c Exec

Art.12) Morte

La somma assicurata per il caso di morte viene liquidata dalla Società ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali, purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad un infortunio risarcibile a termini di polizza e questa si verifichi entro 730 giorni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

Art.13) Invalidità permanente

a) Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica entro 730 giorni dal giorno nel quale è avvenuto, la Società liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30 06 1965 n. 1124 (per l'industria), con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista.

Per gli Assicurati mancini le percentuali di invalidità permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

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 di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% (cento per cento) della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale.

La perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà, e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella predetta tabella l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

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

Art.14) Cumulo di indennità

Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro 365 giorni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art.15) Denuncia dell'infortunio - Obblighi relativi

La denuncia di ogni infortunio deve essere fatta alla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, o al mandatario scelto

Initial %c Exec

dall'Assicurato/Contraente e riconosciuto dalla Società, entro quindici giorni dall'infortunio stesso o dal momento in cui l'Assicurato/Contraente, o suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico. Nel caso di inabilità temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze. In mancanza, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore. Se dall'infortunio risulta la morte dall'Assicurato, la Società deve essere informata ~~entro le ventiquattro ore per telegramma~~ il prima possibile dai beneficiari designati ovvero, in difetto, dagli eredi dell'assicurato.

L'Assicurato è obbligato a mettersi sotto cure mediche immediatamente dopo l'infortunio, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattarsi dal commettere atti che possono ostacolare la cura e l'abilità di ricominciare il lavoro.

Art.16) Controversie

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sul grado di invalidità permanente, sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, sulla durata dell'inabilità, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo fra le Parti, a un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore e violazione di patti contrattuali.

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

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

Art.17) Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente hanno facoltà di far cessar l'assicurazione nei confronti della persona cui il sinistro si riferisce con preavviso di 30 giorni.

Art.18) Rinnovo del contratto

La presente polizza scadrà alla sua naturale scadenza, come indicato nella Scheda di polizza, senza l'obbligo delle parti contraenti di darne preventiva notifica o avviso.

Art.19) Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato/Contraente.

Initial ⁴/_c Exec

Art.20) Rinvio alle norme di Legge

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

Art.21) Foro competente

Per ogni controversia il foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o dell'Assicurato se persona fisica.

Condizioni Speciali

Art.22) Rinuncia alla Rivalsa

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

Art.23) Malore

L'assicurazione comprende gli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza.

Art.24) Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati in polizza il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli Artt. 60 e 62 C.C.. Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art.25) Esposizione agli elementi

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle Condizioni di Polizza, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di morte e di invalidità permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Art.26) Ernie traumatiche e da sforzo

A specificazione di quanto disposto dall'ultimo punto dell'Art. 2) lett. b) delle Condizioni Generali di Assicurazione, si conviene che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% (due per cento) della somma assicurata;
- nel caso di ernia addominale non operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 5% (cinque per cento) della somma assicurata;
- nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% (due per cento) della somma assicurata;
- nel caso insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Art. 16) delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Per i casi di cui sopra non verranno applicate le franchigie di invalidità permanente previste in polizza.

Initial %c Exec

Art.27) Movimenti tellurici

L'assicurazione comprende gli infortuni derivanti da movimenti tellurici

Art.28) Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati, come passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche.

Restano esplicitamente esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aereoclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso.

Sono inoltre compresi gli eventuali infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.

Resta espressamente convenuto che in nessun caso la Società potrà essere chiamata a risarcire, a seguito di sinistro, un indennizzo complessivo superiore all'importo di € 10.000.000 (dieci milioni), qualunque sia il numero degli Assicurati viaggianti sull'aeromobile. Qualora il predetto limite massimo fosse insufficiente a coprire per intero il totale degli indennizzi liquidabili a termini di polizza, in dipendenza del medesimo sinistro, la Società liquiderà ciascun Assicurato in base alla proporzione esistente tra il suddetto limite ed il totale degli indennizzi che sarebbero liquidabili a termini di polizza, salvo per quanto disposto nella presente clausola.

Art.29) Rischio guerra

L'Assicurazione è estesa agli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso, dagli eventi citati, mentre si trova in un Paese straniero dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del Suo arrivo in tale Paese. Si precise che tale garanzia ha efficacia solo in caso di guerra di carattere passivo e per tanto solo in quei Paesi che subiscono gli atti di guerra sopra descritti.

Tra le parti si conviene altresì che**ESCLUSIONE RISCHI GUERRA E TERRORISMO**

A rettifica di qualunque norma in senso contrario contenuta nel testo di polizza o clausole aggiuntive, viene convenuto che il contratto di assicurazione esclude la copertura di qualunque perdita, danno, costo o spesa di qualsivoglia natura causati direttamente o indirettamente, oppure risultanti da od in connessione ad uno dei seguenti eventi, indipendentemente da qualunque altra causa o evento che contribuiscano o concorrano agli altri aspetti del sinistro:

1. Guerra, invasione, atti ostili di nemici stranieri, ostilità od atti di guerra (dichiarata o meno), guerra civile, rivolta, insurrezione, agitazione popolare avente dimensione o conseguenze di sommossa, colpo di stato militare o meno;
oppure:
2. qualunque atto di terrorismo. Ai fini della presente clausola si intende per atto di terrorismo qualunque atto, inclusi anche e non solo quelli che presuppongano ricorso alla forza o violenza e/o alla minaccia, compiuto da qualunque persona o gruppo (l) di persone, agenti in proprio o per conto o in connessione con qualunque organizzazione o governo ed ispirati da finalità politiche, religiose,

Initial %c Exec

ideologiche o simili compreso lo scopo di influenzare le scelte di governo e/o, ancora, di porre in soggezione o timore il popolo o parte di esso.

La presente clausola esclude inoltre la copertura di perdite, costi o spese di qualsiasi natura causati direttamente o meno, o risultanti da o in connessione a qualsiasi azione intrapresa al fine di controllare, prevenire, sopprimere o comunque relativamente a quanto elencato ai punti 1. e 2.

Nel caso in cui l'assicuratore eccepisca l'accadimento dei fatti o atti di cui sopra e neghi il risarcimento dei danni, perdite, costi o spese, l'onere di provare l'insussistenza di quanto deciso dall'assicuratore graverà sull'assicurato.

Qualora parte del contenuto della presente clausola venisse dichiarato nullo o inefficace da parte degli organi giudiziari o amministrativi competenti, tale nullità o inefficacia non pregiudicherà la validità del resto della clausola

Art. 30) Diaria per convalida domiciliare

La Società assicura al professionista/capo nucleo, in caso di convalida domiciliare, successiva a ricovero in Istituti di Cura a seguito di un infortunio strettamente risarcibile a norma delle Condizioni di Assicurazione, il pagamento dell'indennità assicurata per un numero massimo di 30 giorni, ferma la franchigia fissa di 3 giorni.

La diaria viene fissata in € 100,00 al giorno, con possibilità di elevarla a € 200,00 mediante versamento del premio aggiuntivo indicato nell'Allegato 1.

Sono esclusi i ricoveri determinati da:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o dall'uso di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- cure e interventi per la eliminazione di difetti fisici, interventi e prestazioni di carattere estetico (salvo che siano rese indispensabili a seguito di infortunio), per le cure e protesi dentarie. Sono altresì esclusi i ricoveri in stabilimenti termali, case di soggiorno e di convalida.

La domanda di liquidazione, corredata di idonei documenti giustificativi, deve essere presentata alla Società, a pena di decadenza della garanzia, entro il novantesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la convalida.

In caso di ritardata denuncia non verrà pagata alcuna indennità, per i giorni di convalida anteriori al giorno della denuncia stessa. La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata al momento della definizione del sinistro principale (invalidità permanente o morte), su presentazione dei documenti giustificativi che riportino l'esatto periodo di Ricovero nell'istituto di Cura con la data di entrata e di uscita dall'Istituto stesso. La Società potrà inoltre richiedere all'Assicurato di sottoporsi ad accertamenti e controlli medici, di fornire informazioni e di produrre, ove occorra, copia della cartella clinica completa redatta nel luogo di cura.

Per le opzioni Easy A e Easy B, la presente garanzia (diaria di € 100,00 al giorno), limitatamente al professionista/capo nucleo potrà essere attivata mediante versamento del premio aggiuntivo indicato nell'Allegato 1.

Art.31) Diaria da immobilizzazione

Per il professionista/capo nucleo, qualora a seguito di infortunio indennizzabile sia applicato apparecchio gessato, o un tutore immobilizzante equivalente, la Società liquida l'indennità giornaliera garantita, a partire dal sesto giorno, fino alla sua rimozione e, comunque, per un periodo massimo di 45 (quarantacinque) giorni. Per "Gessatura" si intende un mezzo di contenimento rigido costituito da

Initial ⁴/₁₀ Exec

fascie gessate od altro apparecchio di contenimento immobilizzante, comunque esterno, sempre che applicato e/o rimosso da personale medico.

Detta indennità non è cumulabile in alcun modo con quanto eventualmente corrisposto in caso di "Diaria per convalescenza domiciliare"; in caso di sinistro verrà riconosciuto all'assicurato solo l'indennizzo più favorevole tra quelli previsti dalle due garanzie citate.

La diaria viene fissata in € 75,00 al giorno, con possibilità di elevarla a € 150,00 mediante versamento del premio aggiuntivo indicato nell'Allegato 1.

Ai fini dell'applicazione della presente garanzia è equiparata ad apparecchio gessato/tutore immobilizzante anche la permanenza obbligatoria a letto effettuata presso il domicilio dell'assicurato, necessaria per la stabilizzazione delle conseguenze dell'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza. L'Assicurato deve presentare denuncia di sinistro alla Contraente EMAPI entro 5 giorni dall'inizio della permanenza a letto presso il proprio domicilio. Successivamente e solo a guarigione avvenuta, per ottenere il rimborso l'assicurato dovrà esibire alla Contraente EMAPI la seguente documentazione:

- certificato del Pronto Soccorso o dichiarazione di ricovero in Istituto di cura con data di ricovero e di dimissioni, con diritto della società di copia della cartella clinica, nel quale venga prescritto il trattamento di stabilizzazione a letto presso il domicilio;
- per il prolungamento della permanenza rispetto a quella prescritta dal Pronto Soccorso/Ospedale: certificato ospedaliero ovvero del medico specialista nel quale siano evidenziate le motivazioni e la necessità dell'ulteriore trattamento.

Per le opzioni Easy A e Easy B, la presente garanzia (diaria di € 75,00 al giorno), limitatamente al professionista/cajonucleo potrà essere attivata mediante versamento del premio aggiuntivo indicato nell'Allegato 1.

Art.32) Rimborso spese mediche da infortunio

La Società rimborsa agli Assicurati, limitatamente alle opzioni per i quali tale garanzia è richiesta e fino al massimale previsto dalla specifica opzione, in caso di infortunio risarcibile a termini di polizza, il costo delle cure mediche sostenute, fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo assicurato indicato in polizza per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o all'ambulatorio;
- spese fisioterapiche in genere e spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

Qualora gli Assicurati fruiscano di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate. La garanzia è prestata con una franchigia fissa di € 100,00 (cento) per evento, l'importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato.

I massimali di indennizzo per ciascuna opzione sono quelli indicati all'Art.46), con possibilità di elevarli di ulteriori € 7.500,00 mediante versamento del premio aggiuntivo indicato nell'Allegato 1.

Per le opzioni 1A, 2A e 3A la presente garanzia con massimale di € 7.500,00, potrà essere attivata mediante versamento del premio aggiuntivo indicato nell'Allegato 1.

Art.33) Contagio HIV e/o Epatite B o C – Prestazione assicurativa aggiuntiva valida solo per il professionista capo nucleo

Initial %c Exec

Per gli Assicurati, per i quali tale garanzia è richiesta, limitatamente al solo ambito professionale la Società garantisce il caso di contagio da virus HIV (Human Immunodeficiency Virus) o Epatite B o C occorsi all'Assicurato durante lo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in polizza e certificato da appositi test clinici secondo le seguenti scadenze e modalità:

- 1) entro 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.

Somma assicurata

In caso di contagio da virus HIV e/o Epatite B o C, come sopra descritti, la Società riconosce agli assicurati una indennità di € 50.000,00 senza applicazione di alcuna franchigia.

Denuncia del presunto contagio

L'Assicurato e/o Contraente deve denunciare alla Società il sinistro entro quindici giorni dal presunto contagio o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata di tutta la documentazione medica e clinica descritta nel paragrafo che precede.

Esclusioni:

- Contagi da HIV, Epatite B o C che risultino già in atto secondo quanto previsto dal punto 1 del presente articolo;
- contagi non riconducibili allo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in polizza (a titolo puramente indicativo e non esaustivo: trasmissione sessuale, infortuni domestici, tatuaggi, trasfusioni di sangue...);
- Epatiti alcoliche.

Criteri di indennizzabilità

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

Cumulo di indennità

La presente garanzia viene prestata indipendentemente ed in aggiunta alle garanzie Morte ed Invalidità

Initial ⁴/_c Exec

Permanente previste rispettivamente agli Artt. 12 e 13 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Art.34) Inabilità temporanea da malattia – Prestazione assicurativa aggiuntiva valida solo per il professionista capo nucleo

Per gli Assicurati, per i quali tale garanzia è richiesta, in caso di malattia che determini una inabilità temporanea dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali, la Società assicura la corresponsione dell'indennità giornaliera il cui valore è scelto dall'assicurato tra quelli indicati (opzioni I e II) all'ultimo capoverso del presente articolo:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni professionali;
- b) parzialmente e fino al 50% (cinquanta per cento) per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle occupazioni professionali.

L'indennità per inabilità temporanea da malattia viene corrisposta per un periodo complessivo non superiore a 180 giorni, anche non continuativi, per uno o più eventi nel corso del medesimo anno assicurativo, ferma l'applicazione di una franchigia temporale di cinque giorni, elevati a 14 per gli assicurati che abbiano compiuto i 55 anni di età. La franchigia prevista viene applicata per singolo evento, inteso come ogni singolo periodo continuativo di inabilità temporanea a seguito di malattia, così come indicato alle lettere a) e b) del presente articolo).

La garanzia decorre dal giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che alle occupazioni professionali, ferma l'applicazione dei giorni di franchigia pattuiti e termina con il giorno dell'accertata guarigione.

L'Assicurato deve presentare denuncia di sinistro alla Contraente EMAPI entro 3 giorni dall'inizio della malattia che comporti l'impossibilità di prestare la propria opera e deve inoltre presentare certificato medico con diagnosi/prognosi di malattia. Detta comunicazione deve contenere il luogo di reperibilità dell'Assicurato durante il periodo di malattia. Successivamente e solo a guarigione avvenuta, per ottenere il rimborso l'assicurato dovrà esibire alla Contraente EMAPI la seguente documentazione:

- certificato medico o dichiarazione di ricovero in Istituto di cura con data di ricovero e di dimissioni, con diritto della società di copia della cartella clinica;
 - certificato di avvenuta guarigione, redatto dal medico curante, con relativa data di ripresa al lavoro.
- Nel caso in cui l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici, la liquidazione dell'indennità viene effettuata considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato.

L'indennità di cui al presente titolo non viene comunque corrisposta in caso di parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio, oltre che per le malattie diagnosticate precedentemente alla data di attivazione della garanzia.

Il limite di età, per accedere alla presente garanzia è fissato a 65 anni.

Diaria giornaliera assicurata: opzione I € 50,00; opzione II € 100,00

Art. 35) Inabilità temporanea da infortunio - Prestazione assicurativa aggiuntiva valida solo per il professionista capo nucleo

Per gli Assicurati, per i quali tale garanzia è richiesta, se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità temporanea, la Compagnia liquida un indennizzo sotto forma di diaria il cui valore è scelto dall'assicurato tra quelli indicati (opzioni I e II) all'ultimo capoverso del presente articolo:

Initial ⁴/₁₀ Exec

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle proprie occupazioni;
- b) parzialmente e fino al 50% (cinquanta per cento) per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle proprie occupazioni.

L'indennità per inabilità temporanea da infortunio viene corrisposta per un periodo complessivo non superiore a 180 giorni, anche non continuativi, per uno o più eventi nel corso del medesimo anno assicurativo, ferma l'applicazione di una franchigia temporale di cinque giorni, La franchigia di 5 giorni decorre dal giorno dell'infortunio, restando inteso che l'indennità è corrisposta a partire dal giorno seguente al compimento della franchigia, escludendo dal pagamento i casi guariti entro tale periodo.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo temporale e con una franchigia temporale come sopra indicato, l'indennità non è cumulabile con l'indennità per convalescenza domiciliare o con l'indennità da immobilizzazione.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quelli dovuti per invalidità permanente o per morte.

Il limite di età viene regolato dall'art. 4 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Diaria giornaliera assicurata: opzione I € 50,00; opzione II € 100,00

Art. 36) Invalidità permanente specifica per il Medico (chirurgo e veterinario) professionista - Prestazione assicurativa aggiuntiva valida solo per il professionista capo nucleo

Nel caso in cui il medico non potesse più esercitare la propria professione a seguito di accertata perdita anatomica o funzionale di uno o più degli arti superiori (braccio-mano-dita) o di uno o entrambi gli occhi, verrà riconosciuta, oltre al normale indennizzo previsto dalle condizioni di polizza, una ulteriore indennità di

€ 250.000,00 senza applicazione di alcuna franchigia.

Condizioni particolari di Polizza

Art.37) Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni di Polizza, con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente la Società rimborserà fino ad un massimo di € 1.500,00 (millecinquecento) per evento le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica. La garanzia è prestata con una franchigia fissa di € 50,00 (cinquanta) per evento, importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato.

Art.38) Franchigia assoluta Invalidità Permanente

A parziale deroga di quanto previsto dalle Condizioni Generali di Polizza, si conviene che non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 4% (quattro per cento) della totale; se invece essa risulterà superiore al 4% (quattro per cento) della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

In caso di invalidità permanente di grado superiore al 20% (venti per cento) la franchigia di cui sopra s'intende annullata.

Art.39) Supervalutazione dell'Invalidità Permanente



Qualora in conseguenza di un infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato riporti un'invalidità permanente, clinicamente accertata, di grado pari o superiore al 60% della totale, la somma assicurata per il caso di invalidità permanente verrà liquidata nella misura del 100%.

Art.40) Commorienza

Nel caso in cui a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza determinato da un medesimo evento consegua la morte di entrambi i genitori almeno uno dei quali assicurato, la Società corrisponde ai loro figli minori, ovvero a quelli maggiorenni portatori di handicap superiore al 66%, l'indennizzo spettante per il caso morte aumentato del 50% (fino ad un importo massimo - per l'indennizzo aggiuntivo - di € 100.000,00).

Art. 41) Limiti di indennizzo per sinistro cumulativo

In caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati sia con la presente polizza sia con altre polizze stipulate dallo stesso Contraente con la Società, l'esborso a carico della Società non potrà superare complessivamente € 10.000.000, intendendosi proporzionalmente ridotto l'indennizzo per ciascun Assicurato qualora le somme liquidabili a termini di polizza eccedano detto importo.

Art.42) Recovery Hope

La Società riconosce a favore e all'atto in cui sarà effettuata la scelta da del parte Beneficiario, il pagamento in un indennizzo, alternativo e sostitutivo di quelli previsti in polizza, secondo il massimale e le modalità qui di seguito definite:

- a) l'ammontare dell'indennizzo per Recovery Hope è pari alla indennità assicurata per il caso di morte stabilita in polizza. La Società verserà al Beneficiario (come meglio rappresentato e definito in seguito) l'indennizzo per Recovery Hope al verificarsi delle condizioni in seguito definite nel presente articolo.
- b) Potrà essere esercitata la richiesta di pagamento di indennizzo Recovery Hope **(I)** se l'Assicurato a seguito di infortunio sarà rimasto in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 giorni, **(II)** se sarà stata data comunicazione alla Società per iscritto sia dell'inizio dello stato di coma, sia dell'avvenuto superamento del periodo di 180 giorni continuativi ed ininterrotti; in entrambi i casi tale comunicazione dovrà essere fatta alla Società, a pena di decadenza, entro dieci giorni, rispettivamente dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento di 180 giorni di coma e **(III)** se sarà stata fornita alla Società idonea documentazione a comprova dello stato di coma, delle cause e della durata di tale stato.
- c) La domanda di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope deve essere presentata dal curatore o tutore provvisorio o definitivo nominato corredato dal provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente in copia autentica, sia dalla nomina del curatore o tutore, sia del provvedimento che dovrà autorizzare il pagamento dell'indennizzo Recovery Hope con le modalità e gli effetti previsti dal presente articolo, ivi compresi quelli qui di seguito specificati.
- d) A partire dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope, la copertura assicurativa a favore dell'Assicurato cesserà e quindi la Società null'altro sarà tenuta a corrispondere né per la morte né per l'invalidità permanente, salvo al verificarsi delle condizioni indicate nel paragrafo che segue.
- e) Nell'ipotesi in cui entro 730 giorni dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope l'Assicurato esca totalmente dal coma, la Società, a richiesta del Beneficiario, direttamente o tramite il tutore o curatore (perché debitamente autorizzati con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria) effettuerà un indennizzo integrativo pari al 10% (dieci per cento) dell'importo già corrisposto sino ad un massimo di € 50.000 (cinquantamila). Tale pagamento sarà effettuato

Initial ⁴/₁₀ Exec

dopo che la ripresa dal coma abbia proseguito in modo continuativo ed ininterrotto per almeno 30 (trenta) giorni ed a condizione che alla Società venga fornita idonea documentazione a comprova.

Art.43) Modalità di adesione

Ciascun professionista iscritto ad EMAPI può aderire (in proprio o per il suo nucleo familiare) alla presente polizza/convenzione semplicemente inviando il pagamento del premio ed una richiesta formale alla Contraente. La copertura decorrerà:

- dalle ore 24 del giorno di pagamento ad EMAPI, per le comunicazioni avvenute entro il 31/03 e per coloro che erano già assicurati nell'annualità precedente;
- dalle ore 24 del giorno di pagamento ad EMAPI, per le comunicazioni avvenute entro il 31/03 e relativamente alle sole nuove adesioni;
- dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese in cui EMAPI ha ricevuto la richiesta di adesioni, per le nuove adesioni pervenute dopo il 31/03 e per tutti gli altri mesi.

Tutte le coperture saranno valide sino alle ore 24,00 del giorno di scadenza della presente polizza/convenzione.

Art.44) Regolazione del premio

Entro il giorno 10 del secondo mese successivo a quello di riferimento, la Spett.le Contraente dovrà comunicare alla Società per mezzo del Broker tutti i nominativi assicurati e le relative opzioni di copertura scelte da ciascun professionista. La Società ne prenderà nota ai fini dell'operatività della copertura e con cadenza 30/04 – 30/08 – 30/10 – 30/01 (oltre regolazione finale), emetterà appendice di regolazione conteggiando il premio sulla base del numero effettivo degli assicurati nel periodo di riferimento. Il pagamento dovrà essere effettuato entro i 30 giorni successivi all'emissione della suddetta appendice.

Art.45) Clausola Broker

Alla Società Ital Brokers S.p.A. Via Albaro, 3 – 16145 Genova è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualità di Broker.

Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione potrà anche avvenire per tramite del Broker incaricato. Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso, fermo restando che il Broker è tenuto ad inoltrare a ciascuna della Parti le comunicazioni ricevute si precisa che, qualora le comunicazioni del contraente comportassero una modifica contrattuale, impegneranno gli Assicuratori solo dopo il consenso scritto.

Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art 55 del regolamento IVASS n. 05/2006, il Broker è autorizzato ad incassare i premi. La Società inoltre, riconosce che il pagamento dei premi verrà fatto dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 Codice Civile del pagamento così effettuato.

Art.46) Categorie assicurate e forme di copertura:

OPZIONE 1 A - Copertura assicurativa per il professionista

Initial ⁴/_c Exec

Somme assicurate	Prestazioni assicurative sempre Operanti
€ 150.000,00	Caso morte da infortunio.
€ 200.000,00	Caso di invalidità permanente da infortunio, con franchigia fissa del 4%; in caso di invalidità permanente di grado superiore al 20% (venti per cento) la franchigia di cui sopra s'intende annullata.
€ 100,00 die	Diaria da convalescenza domiciliare per un numero massimo di 30 giorni, ferma la franchigia fissa di 3 giorni.
€ 75,00 die	Diaria da immobilizzazione per un numero massimo di 45 giorni, ferma la franchigia di 5 giorni.
Non operante	Rimborso Spese Mediche da Infortunio (prestazione aggiuntiva)

OPZIONE 1 B - Copertura assicurativa per il professionista e per il proprio nucleo familiare

Somme assicurate	Prestazioni assicurative sempre Operanti
€ 150.000,00	Caso morte da infortunio. La somma assicurata deve intendersi prestata interamente per il singolo infortunato o nel caso di più infortunati suddivisi tra loro –fermo il massimo esborso complessivo di € 150.000,00.
€ 200.000,00	Caso di invalidità permanente da infortunio, con franchigia fissa del 4% In caso di invalidità permanente di grado superiore al 20% (venti per cento) la franchigia di cui sopra s'intende annullata. La somma assicurata deve intendersi prestata interamente per il singolo infortunato o nel caso di più infortunati suddivisi tra loro – fermo il massimo esborso complessivo di € 200.000,00.
€ 100,00 die	Diaria da convalescenza domiciliare per un numero massimo di 30 giorni, ferma la franchigia fissa di 3 giorni. Prestata solo per il professionista.
€ 75,00 die	Diaria da immobilizzazione per un numero massimo di 45 giorni, ferma la franchigia di 5 giorni. Prestata solo per il professionista.
€ 7.500,00	Rimborso Spese Mediche da Infortunio con franchigia fissa di € 100,00 per evento. La somma assicurata deve intendersi prestata interamente per il singolo infortunato o nel caso di più infortunati suddivisi tra loro –fermo il massimo esborso complessivo di € 7.500,00.

OPZIONE 2 A - Copertura assicurativa per il singolo professionista

Somme assicurate	Prestazioni assicurative sempre Operanti
€ 300.000,00	Caso morte da infortunio.

Initial % Exec

€ 400.000,00	Caso di invalidità permanente da infortunio, con franchigia fissa del 4%; in caso di invalidità permanente di grado superiore al 20% (venti percento) la franchigia di cui sopra s'intende annullata.
€ 100,00 die	Diaria da convalescenza domiciliare per un numero massimo di 30 giorni, ferma la franchigia fissa di 3 giorni.
€ 75,00 die	Diaria da immobilizzazione per un numero massimo di 45 giorni, ferma la franchigia di 5 giorni.
Non operante	Rimborso Spese Mediche da Infortunio (prestazione aggiuntiva)

OPZIONE 2 B - Copertura assicurativa per il singolo professionista e per il proprio nucleo familiare

Somme assicurate	Prestazioni assicurative sempre Operanti
€ 300.000,00	Caso morte da infortunio. La somma assicurata deve intendersi prestata interamente per il singolo infortunato o nel caso di più infortunati suddivisi tra loro – fermo il massimo esborso complessivo di € 300.000,00).
€ 400.000,00	Caso di invalidità permanente da infortunio, con franchigia fissa del 4% In caso di invalidità permanente di grado superiore al 20% (venti percento) la franchigia di cui sopra s'intende annullata. La somma assicurata deve intendersi prestata interamente per il singolo infortunato o nel caso di più infortunati suddivisi tra loro – fermo il massimo esborso complessivo di € 400.000,00.
€ 100,00 die	Diaria da convalescenza domiciliare per un numero massimo di 30 giorni, ferma la franchigia fissa di 3 giorni. Prestata solo per il professionista.
€ 75,00 die	Diaria da immobilizzazione per un numero massimo di 45 giorni, ferma la franchigia di 5 giorni. Prestata solo per il professionista.
€ 15.000,00	Rimborso Spese Mediche da Infortunio con franchigia fissa di € 100,00 per evento. La somma assicurata deve intendersi prestata interamente per il singolo infortunato o nel caso di più infortunati suddivisi tra loro – fermo il massimo esborso complessivo di € 15.000,00.

OPZIONE 3 A - Copertura assicurativa per il singolo professionista

Somme assicurate	Prestazioni assicurative sempre Operanti
€ 500.000,00	Caso morte da infortunio.
€ 500.000,00	Caso di invalidità permanente da infortunio, con franchigia fissa del 4%; in caso di invalidità permanente di grado superiore al 20% (venti percento) la franchigia di cui sopra s'intende annullata.
€ 100,00 die	Diaria da convalescenza domiciliare per un numero massimo di 30 giorni, ferma la franchigia fissa di 3 giorni.
€ 75,00 die	Diaria da immobilizzazione per un numero massimo di 45 giorni, ferma la franchigia di 5 giorni.
Non operante	Rimborso Spese Mediche da Infortunio (prestazione aggiuntiva)

OPZIONE 3 B - Copertura assicurativa per il professionista e per il proprio nucleo familiare

Somme assicurate	Prestazioni assicurative sempre Operanti
------------------	--

Initial % Exec

€ 500.000,00	Caso morte da infortunio. La somma assicurata deve intendersi prestata interamente per il singolo infortunato o nel caso di più infortunati suddivisi tra loro – fermo il massimo esborso complessivo di € 500.000,00.
€ 700.000,00	Caso di invalidità permanente da infortunio, con franchigia fissa del 4% In caso di invalidità permanente di grado superiore al 20% (venti per cento) la franchigia di cui sopra s'intende annullata. La somma assicurata deve intendersi prestata interamente per il singolo infortunato o nel caso di più infortunati suddivisi tra loro – fermo il massimo esborso complessivo di € 700.000,00.
€ 100,00 die	Diaria da convalescenza domiciliare per un numero massimo di 30 giorni, ferma la franchigia fissa di 3 giorni. Prestata solo per il professionista.
€ 75,00 die	Diaria da immobilizzazione per un numero massimo di 45 giorni, ferma la franchigia di 5 giorni. Prestata solo per il professionista.
€ 20.000,00	Rimborso Spese Mediche da Infortunio con franchigia fissa di € 100,00 per evento. La somma assicurata deve intendersi prestata interamente per il singolo infortunato o nel caso di più infortunati suddivisi tra loro – fermo il massimo esborso complessivo di € 20.000,00.

Opzione EASY A- Copertura assicurativa per il professionista

Somme assicurate	Prestazioni assicurative sempre Operanti
€ 100.000,00	Caso morte da infortunio
€ 100.000,00	Caso di invalidità permanente da infortunio, con franchigia fissa del 4%; in caso di invalidità permanente di grado superiore al 20% (venti per cento) la franchigia di cui sopra s'intende annullata.
Non operante	Diaria da convalescenza domiciliare
Non operante	Diaria da immobilizzazione
€ 7.500,00	Rimborso Spese Mediche da Infortunio con franchigia fissa di € 100,00 per evento

OPZIONE EASY B - Copertura assicurativa per il professionista e per il proprio nucleo familiare

Somme assicurate	Prestazioni assicurative sempre Operanti
€ 100.000,00	Caso morte da infortunio. La somma assicurata deve intendersi prestata interamente per il singolo infortunato o nel caso di più infortunati suddivisi tra loro – fermo il massimo esborso complessivo di € 100.000,00.
€ 100.000,00	Caso di invalidità permanente da infortunio, con franchigia fissa del 4% In caso di invalidità permanente di grado superiore al 20% (venti per cento) la franchigia di cui sopra s'intende annullata. La somma assicurata deve intendersi prestata interamente per il singolo infortunato o nel caso di più infortunati suddivisi tra loro – fermo il massimo esborso complessivo di € 100.000,00.
Non operante	Diaria da convalescenza domiciliare
Non operante	Diaria da immobilizzazione
€ 7.500,00	Rimborso Spese Mediche da Infortunio con franchigia fissa di € 100,00 per evento. La somma assicurata deve intendersi prestata interamente per il singolo infortunato o nel caso di più infortunati suddivisi tra loro – fermo il massimo esborso complessivo di € 7.500,00.

Initial % Exec

Garanzie accessorie con sopra premio – Prestazioni aggiuntive opzionali

Diaria da convalescenza domiciliare in aumento (Art. 30) – valida per il solo Professionista

Somma assicurata:	€ 100,00 die Massimo indennizzo 30 giorni e franchigia 3 giorni
-------------------	--

Diaria da immobilizzazione in aumento (Art. 31) – valida per il solo Professionista

Somma assicurata:	€ 75,00 die Massimo indennizzo 45 giorni e franchigia 5 giorni
-------------------	---

Rimborso spese mediche da infortunio (Art. 32)

Somma assicurata:	€ 7.500,00 massimale in aumento Per opzioni 1B, 2B, 3B, Easy A e Easy B
-------------------	--

Somma assicurata:	€ 7.500,00 con franchigia fissa di € 100,00 per evento Per opzioni 1A, 2A e 3A
-------------------	---

Supplemento premio per contagio H.I.V. – Epatite B e C (Art. 33) – valida per il solo Professionista

Somma assicurata:	€ 50.000,00 Senza applicazione di alcuna franchigia
-------------------	--

Inabilità temporanea da malattia (Art. 34) – valida per il solo Professionista

Somma assicurata:	€ 100,00 die Massimo indennizzo 180 giorni e franchigia 5 giorni, elevata a 14 gg per i professionisti che abbiano compiuto i 55 anni di età. La garanzia non è attivabile dai professionisti che abbiano compiuto 65 anni di età.
-------------------	--

Inabilità temporanea da infortunio (Art. 35) – valida per il solo Professionista

Somma assicurata:	€ 100,00 die Massimo indennizzo 180 giorni e franchigia 5 giorni.
-------------------	--

Invalità permanente specifica per il Medico (chirurgo e veterinario) professionista (Art. 36) – valida per il solo Professionista

Somma assicurata:	€ 250.000,00 Senza applicazione di alcuna franchigia
-------------------	---

Il Contraente

Initial %c Exec

CLAUSOLE ADDIZIONALI

CLAUSOLA DI ESCLUSIONE LIMITATA PER CONTAMINAZIONE RADIOATTIVA

1. Nonostante qualsiasi disposizione contraria presente in questo accordo di riassicurazione o in qualsiasi sua appendice, questo accordo di riassicurazione esclude qualsiasi perdita, responsabilità, costo o spesa, o qualsiasi altro importo sostenuto o che si accumula al riassicurato, sia in veste di assicuratore che di riassicuratore, direttamente o indirettamente e indipendentemente da qualsiasi altra causa che contribuisca contemporaneamente o in qualsiasi sequenza, originata da, causata da, derivante da, contribuita da, risultante da, o in altro modo in relazione con:

- 1.1. irradiazione o contaminazione da Materiale Nucleare; o
- 1.2. le proprietà radioattive, tossiche, esplosive o altre proprietà pericolose o contaminanti di qualsiasi materia radioattiva; o
- 1.3. qualsiasi dispositivo o arma che impieghi fissione e/o fusione atomica o nucleare o altra reazione simile o forza o materia radioattiva.

2. Fermo restando i termini, le condizioni e le limitazioni di questo accordo di riassicurazione, questa esclusione non si applica ai radioisotopi che hanno raggiunto lo stadio finale di fabbricazione in modo da poter essere utilizzati per qualsiasi scopo scientifico, medico, agricolo, commerciale o industriale (e dove utilizzati come tali) su qualsiasi sito diverso da una centrale nucleare.

3. Fermo restando i termini, le condizioni e le limitazioni di questo accordo di riassicurazione, questa esclusione non si applica a qualsiasi danno fisico conseguente direttamente o indirettamente dal pericolo di incendio, solo quando richiesto e nella misura prevista da qualsiasi statuto o legislazione operante al momento di tale danno fisico applicabile a qualsiasi assicurazione o riassicurazione, tranne che questo comma non si applichi a:

- 3.1. qualsiasi Rischio Nucleare; o
- 3.2. irradiazione o contaminazione da Materiale Nucleare derivante direttamente o indirettamente da tale incendio.

Definizioni

Materiale Nucleare significa:

- 4.1. Combustibile Nucleare; o
- 4.2. dove si applica il United States Atomic Energy Act del 1954 così come modificato:
 - 4.2.1. materiale nucleare speciale; o
 - 4.2.2. materiale di origine; o
 - 4.2.3. materiale derivato;

come definito nel United States Atomic Energy Act del 1954 così come modificato; o

Initial ⁴ / _c Exec
--

4.3. dove si applica la Canadian Nuclear Liability Act R.S.C., 1985, c. N-28 o qualsiasi legge modificativa di essa;

4.3.1. qualsiasi materiale, diverso dal torio o dall'uranio naturale o impoverito non contaminato da quantità significative di prodotti di fissione, che è in grado di rilasciare energia attraverso un processo di fissione nucleare auto-sostenuto;

4.3.2. materiale radioattivo prodotto nella produzione o nell'utilizzo di materiale di cui al paragrafo 4.3.1, e

4.3.3. materiale reso radioattivo dall'esposizione a radiazioni conseguenti o incidentali alla produzione o all'utilizzo di materiale di cui al paragrafo 4.3.1; o

4.4. radioisotopi, tranne che come previsto al punto 2; o

4.5. riguardo a qualsiasi territorio dove non si applicano il United States Atomic Energy Act del 1954 così come modificato e la Canadian Nuclear Liability Act R.S.C., 1985, c. N-28 o qualsiasi legge modificativa di essa, qualsiasi altro materiale radioattivo (compresi ma non limitati a prodotti radioattivi e rifiuti).

5. Combustibile Nucleare significa qualsiasi materiale, diverso dall'uranio naturale o impoverito, in grado di rilasciare energia nucleare attraverso fissione nucleare o in altro modo, da solo o in combinazione con qualsiasi altro materiale.

Rischio Nucleare significa:

6.1. Tutta la Proprietà sul sito di una centrale nucleare; o

6.2. Reattori nucleari, edifici del reattore e impianti e attrezzature in essi su qualsiasi sito diverso da una centrale nucleare; o

6.3. Tutta la Proprietà, su qualsiasi sito utilizzato o che è stato utilizzato per:

6.3.1. la generazione di energia nucleare; o

6.3.2. la Produzione, l'Utilizzo o l'Immagazzinamento di Materiale Nucleare; o

6.4. qualsiasi altra Proprietà ammissibile per l'assicurazione o la riassicurazione da parte del Local Nuclear Insurance Pool pertinente, ma solo nella misura delle esigenze di quel Local Nuclear Insurance Pool; o

6.5. il trasporto di Materiale Nucleare.

7. Proprietà significa tutti i terreni, l'aria, l'acqua, gli edifici, le strutture, gli impianti, le attrezzature, i veicoli, i contenuti (inclusi ma non limitati a liquidi e gas) e tutti i materiali di qualsiasi descrizione, fissi o meno.

8. Reattore Nucleare significa qualsiasi struttura contenente Combustibile Nucleare disposto in modo tale che possa verificarsi in essa un processo di fissione nucleare auto-sostenuto senza una fonte aggiuntiva di neutroni.

9. Produzione, Utilizzo o Immagazzinamento di Materiale Nucleare significa la produzione, fabbricazione, arricchimento, condizionamento, lavorazione, riprocessamento, uso, immagazzinamento, maneggiamento e smaltimento di Materiale Nucleare.

Initial ⁴/_c Exec

10. Local Nuclear Insurance Pool significa qualsiasi associazione di portatori di rischio (comprendenti ma non limitati a assicuratori, riassicuratori o proprietari) formata allo scopo di coprire Rischi Nucleari nel territorio in cui si trova il rischio rilevante.

LMA5199B 04 Dicembre 2012

CLAUSOLA DI SOSPENSIONE PER SANZIONI

E' condizione della presente (ri)assicurazione – condizione che s'intende accettata dal (ri)assicurato – che l'erogazione di coperture assicurative, il pagamento di richieste d'indennizzo e la fornitura di prestazioni derivanti dalle coperture stesse, siano sospesi nella misura in cui l'erogazione di tali coperture, il pagamento di tali richieste d'indennizzo e la fornitura di tali prestazioni da parte del (ri)assicuratore espongano il medesimo (ri)assicuratore a sanzioni, divieti o restrizioni ai sensi di qualsivoglia:

- a. risoluzione/i delle Nazioni Unite; o
- b. sanzione commerciale o economica, legge e/o regolamento dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

Tale sospensione rimarrà in essere fino a quando non sia cessata l'esposizione del (ri)assicuratore a tali sanzioni, divieti o restrizioni.

LMA3200 5 ottobre 2023

CLAUSOLA DI ESCLUSIONE PER ATTI DI GUERRA E TERRORISMO

Ferme restando le altre condizioni di polizza e modifiche relative, si conviene che sono escluse dal presente contratto di assicurazione perdite, danni, costi o esborsi di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti da o comunque connessi a quanto qui di seguito precisato, indipendentemente da altre cause o fatti che possano avervi contribuito, contestualmente o in altro momento:

1. Guerra, invasione, atti di nemici esteri, ostilità e operazioni belliche (in caso di guerra dichiarata o non), guerra civile, ribellione, insurrezione, sommosse popolari di portata pari a, o costituenti rivolta o colpo di stato politico o militare), o
2. Qualsiasi atto terroristico.
Ai fini di questa clausola, per atto terroristico si intende, a titolo esemplificativo ma non limitativo, l'uso della forza o della violenza e/o la minaccia di farvi ricorso esercitato da qualsiasi persona o gruppo/i di persone, operante/i autonomamente o per conto di o in collegamento con organizzazioni o governi, per motivi politici, religiosi, ideologici o scopi simili, anche al fine di influenzare governi e/o spaventare la popolazione o parte di essa.

Si intendono inoltre escluse dalla presente copertura assicurativa perdite, danni, costi o esborsi di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti da o connessi ad azioni finalizzate al controllo, alla prevenzione o alla soppressione di quanto indicato ai punti 1 e 2 che precedono o comunque a ciò relative.

Nel caso in cui i Sottoscrittori affermino che, in base alla presente clausola di esclusione, qualsiasi perdita, danno, costo o esborso non è coperto dalla presente assicurazione, l'onere di fornire prova contraria incombe all'assicurato.

L'eventuale nullità o inapplicabilità parziale della presente clausola non comporterà la nullità totale della clausola stessa, che rimarrà valida ed efficace per la parte restante.

NMA2918 (Italy)

Initial ⁴/_c Exec

08/10/2001

CLAUSOLA DI ESCLUSIONE DI CONTAMINAZIONE RADIOATTIVA E DI ESPLOSIVI NUCLEARI O LORO COMPONENTI

Questa polizza non copre sinistri derivanti da:

- a) perdita, distruzione o danneggiamento di proprietà e le perdite o spese di qualsiasi natura da esse derivanti, nonché le perdite conseguenti
- b) responsabilità legali di qualsiasi natura provocate

Direttamente o indirettamente o a cui esse danno un contributo, o che derivano da:

1. radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva da combustibili nucleari o scorie radioattive provenienti dalla combustione di combustibili nucleari
2. proprietà esplosive, tossiche, radioattive o altre proprietà pericolose di ordigni esplosivi nucleari o loro componenti nucleari.

NMA1622 04/04/1968

ESCLUSIONE PER MALATTIE INFETTIVE O CONTAGIOSE DURANTE UN PHEIC

(per l'uso su polizze assicurative per infortuni personali e commerciali/ infortuni personali e malattie)

{La tua polizza assicurativa} / {Questa assicurazione} non copre reclami in nessun modo causati da o derivanti da una malattia infettiva o contagiosa, un'epidemia della quale è stata dichiarata un'Emergenza Sanitaria Pubblica di Interesse Internazionale (PHEIC) dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Questa esclusione si applicherà ai reclami presentati dopo la data di tali dichiarazioni, ad eccezione dei casi in cui una diagnosi rilevante è stata effettuata da un medico qualificato prima della data di tali dichiarazioni.

Questa esclusione continuerà ad applicarsi fino a quando l'OMS non cancellerà o ritirerà eventuali PHEIC pertinenti.

Malattie infettive o contagiose significa qualsiasi malattia capace di essere trasmessa da una persona, animale o specie infetta a un'altra persona, animale o specie in qualsiasi modo.

LMA5500
13 maggio 2020

ESCLUSIONE PER CYBER E DATI

(per l'uso su Rischi di Proprietà Consumer e Commerciali)

Le seguenti esclusioni si applicano all'intero contratto.

Non pagheremo per nessun:

- (a) Perdita, danni, responsabilità, costo o spesa Cyber causati deliberatamente o accidentalmente da:
 - i. l'uso o l'incapacità di utilizzare qualsiasi applicazione, software o programma;
 - ii. qualsiasi virus informatico;
 - iii. qualsiasi contratto informatico relativo a i e/o ii sopra indicati.

Initial ⁴/_c Exec

(b) Dati Elettronici

perdita o danneggiamento di qualsiasi dato elettronico (ad esempio file o immagini) ovunque sia memorizzato.

LMA5404

NOTA DI RECLAMI - ITALIA

Eventuali reclami dovranno essere indirizzati per iscritto a:

Ufficio Reclami
Lloyd's Insurance Company S.A.
Corso Garibaldi 86
20121 Milano
Fax: +39 02 6378 8857
E-mail: LloydsEurope.ServizioReclami@lloyds.com o
LloydsEurope.ServizioReclami@pec.lloyds.com

La relativa decisione in merito sarà fornita per iscritto all'assicurato entro quarantacinque (45) giorni di calendario dalla presentazione del reclamo.

Qualora non si sia soddisfatti della risposta finale oppure se non si è ricevuto alcuna risposta finale entro quarantacinque (45) giorni di calendario dalla presentazione del reclamo, si avrà diritto a inoltrare il reclamo all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS). I dati di contatto sono i seguenti:

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS)
Via del Quirinale 21
00187 Roma
Italia
Telefono: 800 486661 (dall'Italia)
Telefono: +39 06 **404 14 679** (dall'estero)
Fax: +39 06 42133 206
E-mail: tutela.consumatore@pec.ivass.it

Il sito IVASS contiene maggiori informazioni sulle modalità di presentazione del reclamo a IVASS e un modello di lettera che si può utilizzare. Di seguito il link:
www.ivass.it

In caso di acquisto di un contratto online è inoltre possibile presentare un reclamo attraverso la piattaforma UE per la risoluzione online delle controversie (ODR). Il sito della piattaforma ODR è il seguente www.ec.europa.eu/odr.

Il procedimento per dar seguito al reclamo di cui sopra lascia impregiudicato il diritto di intraprendere un'azione legale o un procedimento alternativo per la risoluzione della controversia, in conformità ai propri diritti contrattuali.

LBS0011D
26/04/2023

CLAUSOLA DI NOTIFICA ATTI E GIURISDIZIONE

Si conviene che la presente Assicurazione sarà regolata esclusivamente dal diritto e dagli usi Italiani, e le eventuali controversie insorte da, o in relazione a, la presente Assicurazione saranno soggette alla giurisdizione esclusiva di un tribunale competente Italiani.

Initial ⁴/_c Exec

Lloyd's Insurance Company S.A. conviene che tutte le citazioni, notifiche o procedure finalizzate ad istituire procedimenti legali a proprio carico in relazione alla presente Assicurazione dovranno ritenersi correttamente notificate se indirizzate e consegnate all'attenzione di:

Lloyd's Insurance Company S.A.

Corso Garibaldi 86

20121 Milano

Fax: +39 02 6378 8857

il quale è a tal fine delegato all'accettazione delle notifiche processuali per conto della società.

Fornendo tale delega Lloyd's Insurance Company S.A. non rinuncia al proprio diritto ad eventuali proroghe o ritardi eventualmente spettanti alla stessa per la notifica di tali citazioni, notifiche o procedimenti in considerazione della propria residenza o domicilio in Belgio.

LBS0006A
01/01/201

Initial ⁴/_c Exec

DS

Initial slip Leader

RIFERIMENTI INTERNI

LB 100,00000%

47,62000%	5388
28,57000%	5376
22,62000%	5365
1,19000%	5366
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

Informativa Assicurati

ai sensi dell'art. 13 del regolamento europeo n. 679/2016 e del d.lgs. n. 196/2003

Questa informativa viene resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo nr. 679/2016 ("Regolamento" o "GDPR") e del D.Lgs. nr. 196/2003 (di seguito "Codice della Privacy"), in materia di protezione dei dati personali da Lloyd's Insurance Company S.A. (di seguito "Lloyd's Europe"), società assicurativa belga con sede presso Bastion Tower, 5 Place du Champ de Mars / 5 Marsveldplein, (Bruxelles), nella persona del Rappresentante generale per l'Italia, domiciliato in Milano al Corso Garibaldi 86, quale Titolare del trattamento dei suoi dati personali ai sensi della normativa applicabile.

Secondo la normativa indicata, il trattamento dei Suoi Dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

1. Titolare della protezione dei dati

Titolare del trattamento è Lloyd's Insurance Company S.A., società assicurativa belga con sede presso Bastion Tower, 5 Place du Champ de Mars / 5 Marsveldplein (Bruxelles), nella persona del suo Rappresentante per l'Italia, domiciliato in Milano presso Corso Garibaldi, 86.

2. Finalità del trattamento dei dati e correlata base giuridica

Il trattamento è effettuato per lo svolgimento delle seguenti attività:

- Valutazione di eleggibilità volta alla sottoscrizione del rischio da parte di Lloyd's Europe: la base giuridica del trattamento è lo svolgimento di attività precontrattuale. Nel caso siano raccolti dati particolari la base giuridica del trattamento è il consenso;
- Espletamento delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione del contratto di assicurazione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui Lloyd's Europe è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge; la base giuridica del trattamento è lo svolgimento di attività contrattuale;
- Informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi di Lloyd's Europe, previo Suo consenso scritto; la base giuridica del trattamento è il Suo consenso.

3. Trattamento di categorie particolari di dati personali

In occasione delle operazioni di trattamento dei dati per le finalità per le quali al punto 1, lett. (a), (b), Lloyd's Europe potrebbe venire a conoscenza anche di dati che la normativa definisce come appartenenti a categorie particolari di dati ai sensi dell'art. 9 GDPR: come, ad esempio, dati idonei a rivelare il Suo stato di salute. Le confermiamo che i Suoi dati particolari verranno trattati con la massima riservatezza e saranno utilizzate misure tecniche aggiuntive per garantirne la sicurezza in tutte le fasi del trattamento.

La base giuridica del trattamento di questa categoria di dati è il suo consenso.

4. Modalità del trattamento

Il Trattamento dei Suoi Dati avverrà mediante strumenti manuali, informatici, telematici ed in ogni caso mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza, la riservatezza.

I Suoi Dati personali saranno trattati da nostro personale specificamente formato in materia di protezione dei dati personali, e specificamente autorizzato a tal fine da parte del Titolare del trattamento.

5. Conservazione dei dati

I Suoi Dati saranno conservati rigorosamente per il tempo necessario a conseguire le finalità per le quali l'informazione è raccolta, in conformità con le leggi applicabili sulla protezione dei dati personali.

Venuta meno la necessità di utilizzo dei Suoi dati personali, gli stessi saranno rimossi da sistemi e registri Lloyd's Europe e/o saranno adottati provvedimenti per anonimizzarli in modo che Lei non possa più essere identificata tramite gli stessi.

6. Conferimento dei dati

La raccolta dei dati può essere effettuata presso l'interessato direttamente ovvero tramite società accreditate ad operare presso Lloyd's Europe, le quali svolgono per nostro conto compiti collegati alla intermediazione assicurativa (agenti, broker).

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, motorizzazione civile), limitatamente ai dati personali richiesti in forza di dette leggi, regolamenti o normativa comunitaria;
- obbligatorio per la conclusione di nuovi contratti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri; limitatamente ai dati personali contenuti nella modulistica in uso presso Lloyd's Europe;
- facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'assicurato stesso.

7. Rifiuto di conferimento dei dati

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali:

- nei casi di cui al punto 2, lett. (a) e (b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- nel caso di cui al punto 2, lett. (c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità per Lloyd's Europe di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

8. Comunicazione dei dati

I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1, lett. (a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assuntori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; ad organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero delle Attività Produttive, AGCM, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione Civile e dei trasporti in concessione); altri enti pubblici.

Gli incaricati del trattamento che si occupano della gestione del personale potranno venire a conoscenza dei Suoi dati personali esclusivamente per le finalità su menzionate.

Tali soggetti operano quali autonomi titolari o quali responsabili ex art. 28 GDPR.

L'elenco di tali soggetti è disponibile presso la Filiale Italiana di Lloyd's Europe e può essere gratuitamente messo a conoscenza dell'interessato, mediante richiesta scritta all'indirizzo e-mail LloydsEurope.DataProtection@lloyds.com.

Informativa Assicurati

ai sensi dell'art. 13 del regolamento europeo n. 679/2016 e del d.lgs. n. 196/2003

9. Trasferimento internazionale dei dati

I Suoi Dati potranno essere trasferiti a soggetti localizzati al di fuori dall'Unione Europea (a titolo esemplificativo e non esaustivo Canada, Regno Unito e Svizzera).

Il trasferimento dei Suoi Dati sarà quindi lecitamente effettuato sulla base:

- di decisioni di adeguatezza adottate da parte della Commissione Europea; oppure;
- di Standard Contractual Clauses ("SCC") adottate fra esportatore e importatore dei dati personali oggetto di trasferimento, secondo la documentazione e le indicazioni rilasciate in tema dalla Commissione Europea;
- del suo consenso espresso e informato circa i rischi inerenti al trasferimento; ciò in via residuale e solo qualora le precedenti casistiche di cui ai punti a) e b) non dovessero trovare applicazione.

10. Responsabile per la protezione dei dati

È possibile contattare il Responsabile per la Protezione dei Dati presso Lloyd's Europe utilizzando i dati di contatto inseriti di seguito:

Data Protection Officer

Lloyd's Insurance Company S.A.

Place du Champ de Mars 5,

1050 Bruxelles, Belgium

LloydsEurope.DataProtection@lloyds.com

11. Diritti dell'interessato

Lei ha il diritto di esercitare, in qualunque momento, i seguenti diritti in relazione ai Suoi Dati Personali oggetto di trattamento ai sensi della presente informativa, per come previsti e garantiti dal Regolamento e dal Codice della Privacy, tra cui (ove applicabile):

Diritto di accesso e rettifica (articoli 15 e 16 del GDPR): ha il diritto ad accedere ai Suoi dati personali e di chiedere che

gli stessi siano corretti, modificati o integrati, potendo ottenere una copia dei dati in possesso del Titolare.

Diritto alla cancellazione dei dati (Art. 17 del GDPR): nei casi previsti dalla normativa vigente può chiedere la cancellazione dei Suoi dati personali. Ricevuta e analizzata la Sua richiesta, sarà cura del Titolare cessare il trattamento e cancellare i dati personali, ove rinvenuta legittima.

Diritto di limitazione di trattamento (Art. 18 del GDPR): ha il diritto di chiedere la limitazione del trattamento dei Suoi dati personali nel caso di trattamenti illeciti o contestazione dell'esattezza dei dati personali.

Diritto di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del trattamento (Art. 19 del GDPR): ha il diritto di veder comunicato a ciascuno dei destinatari cui sono stati trasmessi i Suoi dati personali le eventuali rettifiche o cancellazioni o limitazioni del trattamento effettuate a norma degli articoli 16, 17, par. 1, e 18 GDPR, salvo che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato. Il Titolare è tenuto a comunicarle tali destinatari, qualora lo richieda.

Diritto alla portabilità dei dati (Art. 20 del GDPR): ha il diritto di ottenere, da parte del Titolare del trattamento, i Suoi dati personali al fine di trasmetterli ad altro Titolare, nei casi previsti dall'articolo richiamato.

Diritto di proporre reclamo (Art. 77 del GDPR): ha il diritto di proporre reclamo innanzi alla competente Autorità Garante per la protezione dei Dati Personali qualora ritenga che sia avvenuta, o sia in corso, una violazione dei Suoi diritti in riferimento al trattamento dei Suoi dati personali.

In aggiunta a quanto sopra, Lei ha diritto di revocare, in qualsiasi momento, il Suo consenso con riferimento alle attività di trattamento dei dati che trovano la loro base giuridica proprio sul Suo consenso.

Le richieste relative a all'esercizio uno o più dei diritti di cui sopra potranno essere rivolte al Titolare ovvero al DPO ai recapiti sopra indicati.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra, si richiede quindi di esprimere il consenso per i trattamenti dei dati strettamente necessari per le operazioni e i servizi richiesti e più precisamente per:

- il trattamento e comunicazione alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 5 della già menzionata informativa, dei dati "particolari" per le finalità di cui al punto 1, lett. (a) dell'informativa e nelle modalità di cui al punto 2. La informiamo che i dati particolari oggetto del trattamento possono essere, ad esempio, dati personali idonei a rivelare lo stato di salute (*);

Data

Firma

- lo svolgimento di attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato di cui al punto 1, lett. (c)

Data

Firma (facoltativa)

(* Per specifici servizi che comportino la conoscenza da parte di Lloyd's Europe di ulteriori dati particolari (ad esempio, dati genetici e biometrici, relativi allo stato di salute, ecc.), verrà richiesto un consenso scritto di volta in volta.

Reclami

Eventuali reclami dovranno essere indirizzati per iscritto a:

Ufficio Reclami
Lloyd's Insurance Company S.A.
Corso Giuseppe Garibaldi 86
20121 Milano
Fax: +39 02 6378 8857
E-mail: LloydsEurope.ServizioReclami@lloyds.com oppure
LloydsEurope.ServizioReclami@pec.lloyds.com

Un riscontro scritto verrà fornito al reclamante entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento del reclamo.

Qualora il riscontro sia considerato insoddisfacente o in caso di mancato o tardivo riscontro, è fatto diritto al reclamante di coinvolgere l'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) utilizzando i seguenti recapiti:

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS)
Via del Quirinale 21
00187 Roma
Italia
Telefono: 800 486661 (dall'Italia)
Telefono: +39 06 404 14 679 (dall'estero)
Fax: +39 06 42133 206
E-mail: tutela.consumatore@pec.ivass.it

Il sito IVASS contiene maggiori informazioni sulle modalità di presentazione del reclamo a IVASS e un modello di lettera che si può utilizzare. Di seguito il link:
www.ivass.it.

In caso di acquisto di un contratto online è inoltre possibile presentare un reclamo attraverso la piattaforma UE per la risoluzione online delle controversie (ODR). Il sito della piattaforma ODR è il seguente www.ec.europa.eu/odr.

Le modalità di gestione dei reclami sopra descritte non pregiudicano il diritto dell'assicurato di intentare un'azione legale o una procedura alternativa per la risoluzione delle controversie in applicazione dei propri diritti contrattuali.

LBS0011D
26/04/2023

DOCUMENTO FIRMATO DIGITALMENTE

Su questo documento è stata apposta la firma digitale dalla Compagnia di assicurazioni **Lloyd's Insurance Company S.A.** ai sensi di Leggi e Regolamenti attualmente in vigore; esso ha quindi valore legale e può sostituire il documento cartaceo.

L'integrità del documento e della firma digitale possono essere verificate dal Contraente prima di apporre la propria firma.

Come verificare la firma digitale

La firma digitale può essere verificata gratuitamente online tramite i servizi elencati sul sito WEB di AGID a questo indirizzo:

<https://www.agid.gov.it/it/piattaforme/firma-elettronica-qualificata/software-verifica>

Come verificare l'integrità del documento

La versione del documento firmato dalla Compagnia è sempre visionabile utilizzando i più comuni lettori di PDF (Acrobat Reader®, Foxit Reader®, ecc.).

Firma Digitale del Contraente (Documento Digitale)

Il Contraente può firmare questo documento con la firma elettronica in suo possesso oppure con il sistema di firma elettronica messo a disposizione dall'intermediario.

Conservazione del Documento Digitale

Il documento deve essere inviato dall'Intermediario alla Compagnia che lo conserverà digitalmente come previsto dalla Legge per preservarne la validità.

Firma Autografa del Contraente (Documento Stampato)

La firma della Compagnia è apposta digitalmente e graficamente, quindi questo documento ha valore anche se viene stampato. Il Contraente può firmare in forma autografa.

Conservazione del Documento Stampato

Il documento stampato e firmato in originale deve essere inviato dall'Intermediario alla Compagnia che lo conserverà come previsto dalla Legge.

Questa pagina

Questa pagina viene aggiunta automaticamente dal sistema di emissione documenti della Compagnia e non costituisce elemento contrattuale. Il QR-Code in calce è inserito esclusivamente ad uso interno e non può essere interpretato da altri lettori di codici.



Non è necessario stampare questo documento,
aiuta anche tu l'ambiente.

