

ESTRATTO DI CONTRATTO

**Copertura INFORTUNI
Professionali ed Extra-professionali**

EMAPI/LLOYD'S

F1900008835-LB

01/03/2019 – 29/02/2020

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	102085 EAW	JLB 755	B0755B900052 -

Numero di Polizza
F1900008835-LB

Nome commerciale del prodotto assicurativo:	
---	--

Nome del Contraente:	EMAPI Ente di Mutua Assistenza per i Professionisti Italiani
Indirizzo, codice postale e città:	Via XX Settembre 26/10 00187 ROMA - LAZIO (Italia)
P. IVA:	-
Codice fiscale:	97269410581
Assicurato:	

Definizioni

Nel testo che segue, si intendono per:

- **Assicurazione:** il contratto di assicurazione;
- **Polizza:** il documento che prova l'assicurazione;
- **Contraente:** il soggetto che stipula l'assicurazione;
- **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.
- **Nucleo familiare:** (oltre al professionista) il coniuge/partner unito civilmente o in convivente more uxorio (indipendentemente dal genere), i figli risultanti dallo stato di famiglia;
- **Società:** l'Impresa assicuratrice;
- **Premio:** la somma dovuta dall'Assicurato/Contraente alla Società;
- **Rischio:** la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne;
- **Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
- **Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
- **Adesione:** L'Adesione del singolo Assicurato/Aderente alla Polizza Convenzione.
- **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.
- **Epatite:** l'infiammazione del fegato dovuta un contagio.
- **Epatite B:** malattia infettiva, causata dal virus HBV, appartenente alla famiglia HepadnaViridae.
- **Epatite C:** malattia infettiva, causata dal virus Hepatitis C Virus (HCV).
- **HIV:** virus dell'immunodeficienza umana (acronimo dall'inglese Human Immunodeficiency Virus) è il virus responsabile della sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

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 (esclusi gli infarti);

- le ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali, in base a quanto disposto nelle Condizioni Speciali Art. 24).

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 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. 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 alcoolica 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.

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

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 risarcimento del danno o un risarcimento 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.

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.

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 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. L'Assicurato è obbligato a mettersi sotto cure mediche immediatamente dopo l'infortunio, a

seguire le prescrizioni mediche ed a trattenersi dal commettere atti che possono ostacolare la cura e l'abilità di ricominciare il lavoro.

Nel caso in cui la copertura sia stata attivata tramite una delle opzioni che prevedono l'estensione al nucleo familiare (opzioni B), oltre ai documenti di cui sopra dovrà essere prodotto, a seconda dei casi:

- Certificato di matrimonio/certificato ed estratto dell'atto di costituzione di unione civile;
- Stato di famiglia.

Art.16) Controversie

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'infortunio (o della malattia), le Parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle condizioni di polizza. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge.

La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai primi; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi. Il Collegio Medico ha sede presso il luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'agenzia cui è assegnata la polizza o presso la quale è stato concluso il contratto. Ciascuna della Parti sostiene le proprie spese, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico.

La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

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

Il presente contratto si intenderà estinto alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta tra le parti.

Art.19) Oneri fiscali

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

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

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'agenzia cui è assegnata la polizza o presso la quale è stato concluso il contratto.

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 comma 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.

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 aereo club, 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.

Art.30) Rimborso spese mediche da infortunio

La Società rimborsa agli Assicurati, 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 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.

Art. 31) Diaria per convalescenza domiciliare

La Società assicura al professionista/capoufficio in caso di convalescenza 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. Sono esclusi i ricoveri determinati:

- da intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o dall'uso di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- da cure e da interventi per la eliminazione di difetti fisici, per applicazione 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 convalescenza.

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 Convalescenza.

In caso di ritardata denuncia non verrà pagata alcuna indennità, per i giorni di Convalescenza anteriori al giorno della denuncia stessa. La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata a Convalescenza ultimata 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.

Art.32) 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 fasce 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 € 50 al giorno, con possibilità di elevarla a € 100 mediante aumento del premi di € 30.

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.

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

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 BoC;
- Negativo: la Società non procederà ad alcun indennizzo.

In caso di contagio da virus HIV o Epatite B o C, come sopra descritti, la Società riconosce agli assicurati un importo di € 50.000.

Denuncia dei 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 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:

- 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'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo temporale massimo e con una franchigia temporale come sotto indicato

La garanzia decorre dal giorno in cui si è manifestata la malattia, 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 5 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 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 della franchigia prevista per ogni singolo evento. Nel caso di evento ripetuto in tempi diversi, ma riconducibili alla stessa malattia, verrà applicata una sola franchigia che è prevista in 5 giorni.

L'indennità di cui al presente titolo non viene comunque corrisposta in caso di parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio.

Il limite di età, per accedere alla copertura assicurativa si intende fissato a 65 anni.

Diaria giornaliera assicurata: € 50,00

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 per inabilità temporanea:

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

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'indennità 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.

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 polizza.

Diaria giornaliera assicurata: € 50,00

Art. 35 bis) Invalidità permanente specifica per il Medico professionista

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 senza applicazione di alcuna franchigia."

La garanzia verrà prestata solo per il professionista.

Condizioni particolari di Polizza

Art.36) Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni di Polizza, con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia non comporti risarcimento 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.37) 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 3% (tre per cento) della totale.

Se invece essa risulterà superiore al 3% (tre 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.38) Supervalutazione dell'Invalidità Permanente

Qualora in conseguenza di un infortunio risarcibile 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.39) 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).

Art.40) Recovery Hope

La Società riconosce a favore e all'atto in cui sarà effettuata la scelta da 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 se l'Assicurato a seguito di infortunio sarà rimasto in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 giorni, e 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 nell'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 dopo che la ripresa dal coma abbia proseguito in modo continuativo ed ininterrotto per lamento 30 (trenta) giorni ed a condizione che alla Società venga fornita idonea documentazione a comprova.

Art.41) 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;
- 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.

EMAPI si impegna altresì a tenere a disposizione della Società detta documentazione di adesione in originale.

Il premio di polizza dovrà pertanto essere pagato sulla base del numero dei mesi di effettiva copertura.

Per la specifica delle opzioni si rimanda all'Art.43) Categorie assicurate e forma di copertura.

Art.42) 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 delle 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.43) Categorie assicurate e forma di copertura:
Opzione 1 A - Copertura assicurativa per il professionista

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 3%; 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 massimo di 30 giorni, franchigia fissa di 3 giorni
€ 50,00 die	Diaria da immobilizzazione per un numero massimo di 45 giorni ed una franchigia di 5 giorni

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 3% 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 massimo di 30 giorni, franchigia fissa di 3 giorni Prestata solo per il professionista
€ 50,00 die	Diaria da immobilizzazione per un numero massimo di 45 giorni ed una 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
€ 400.000,00	Caso di invalidità permanente da infortunio, con franchigia fissa del 3%; 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 massimo di 30 giorni, franchigia fissa di 3 giorni
€ 50,00 die	Diaria da immobilizzazione per un numero massimo di 45 giorni ed una franchigia di 5 giorni

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 3% 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 € 400.000,00)
€ 100,00 die	Diaria da convalescenza domiciliare per un massimo di 30 giorni, franchigia fissa di 3 giorni Prestata solo per il professionista
€ 50,00 die	Diaria da immobilizzazione per un numero massimo di 45 giorni ed una 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 3%; 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 massimo di 30 giorni, franchigia fissa di 3 giorni
€ 50,00 die	Diaria da immobilizzazione per un numero massimo di 45 giorni ed una franchigia di 5 giorni

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

Somme assicurate	Prestazioni assicurative sempre Operanti
€ 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 3% 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 massimo di 30 giorni, franchigia fissa di 3 giorni Prestata solo per il professionista

€ 50,00 die	Diaria da immobilizzazione per un numero massimo di 45 giorni ed una 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 3%; 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 3% 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.

Garanzie accessorie con sopra premio

Diaria da immobilizzazione in aumento

Somme assicurate	Prestazioni assicurative Opzionali valide solo per il Professionista
€ 50,00 die	Massimo indennizzo 45 giorni e franchigia 5 giorni

Supplemento premio per contagio H.I.V. – Epatite B e C

Somme assicurate	Prestazioni assicurative Opzionali valide solo per il Professionista
€ 50.000,00	

Inabilità temporanea da infortunio

Somme assicurate	Prestazioni assicurative Opzionali valide solo per il Professionista
€ 50,00 die	Massimo indennizzo 180 giorni e franchigia 5 giorni

Inabilità temporanea da malattia

Somme assicurate	Prestazioni assicurative Opzionali valide solo per il Professionista
€ 50,00 die	Massimo indennizzo 180 giorni e franchigia 5 giorni sino a 55 anni elevata a 14 giorni sino a 65 anni

Invalidità permanente specifica per il medico professionista

Somme assicurate	Prestazioni assicurative Opzionali valide solo per il Medico professionista
€ 250.000,00	Indennizzo all'invalidità permanente in eccesso all'opzione prescelta

Il Contraente

ALLEGATO AL MODULO DI POLIZZA (ITALIA)**Clausola Europea Di Notifica Atti e Giurisdizione**

Salvo che sia diversamente specificato nel testo di polizza, si conviene che il presente contratto d'assicurazione sarà regolato esclusivamente dalla legge e dagli usi italiani, e che qualsiasi controversia derivante da, inerente a, o connessa al presente contratto d'assicurazione sarà esclusivamente soggetta alla giurisdizione del competente Foro in Italia.

Pertanto i Membri Sottoscrittori di Lloyd's che hanno assunto il rischio di cui al presente contratto concordano che tutte le citazioni, gli avvisi o i procedimenti che debbano essere loro notificati al fine di promuovere azioni legali nei loro confronti in relazione al presente contratto d'assicurazione saranno correttamente notificati se a loro indirizzati e consegnati loro presso

Il Rappresentante Generale per l'Italia di Lloyd's
Corso Garibaldi, 86
20121 Milano

che, in questo caso, ha il potere di accettare la notifica per loro conto.

I Membri Sottoscrittori nel fornire tale potere non rinunciano ad avvalersi di ogni speciale termine o periodo di tempo al quale abbiano diritto ai fini della notifica di tali citazioni, avvisi o procedimenti in virtù della loro residenza o domicilio in Inghilterra.

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 o 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

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

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.

Clausola Di Responsabilità Disgiunta

ATTENZIONE – la seguente clausola contiene informazioni importanti – SI PREGA DI LEGGERE ATTENTAMENTE

La responsabilità di un Assicuratore nell'ambito del presente contratto è disgiunta e non solidale con altri Assicuratori che partecipano al presente contratto. Un Assicuratore è responsabile soltanto per la parte di responsabilità che ha sottoscritto. Un Assicuratore non è solidalmente responsabile per la parte di responsabilità sottoscritta da un altro Assicuratore. Un Assicuratore non è altresì responsabile per qualsiasi responsabilità assunta da un altro Assicuratore che possa aver sottoscritto il presente contratto.

La parte di responsabilità nell'ambito del presente contratto sottoscritta da un Assicuratore (oppure, nel caso di un Sindacato di Lloyd's, il totale delle quote sottoscritte dall'insieme dei membri del Sindacato) è indicata nel presente contratto.

Nel caso di un Sindacato di Lloyd's, ogni membro del Sindacato (e non il Sindacato stesso) è considerato un Assicuratore. Ogni membro ha sottoscritto una parte del totale riferito al Sindacato (tale somma corrisponde all'ammontare delle parti sottoscritte dalla totalità dei membri del Sindacato stesso). La responsabilità di ogni membro del Sindacato è disgiunta e non solidale con altri membri. Ogni membro risponde soltanto per la parte di cui si è reso responsabile. Ogni membro non è solidalmente responsabile per la parte di qualsiasi altro membro. Ogni membro non è altresì responsabile per la parte di responsabilità di ogni altro Assicuratore che possa sottoscrivere il presente contratto. La sede commerciale di ciascun membro è presso i Lloyd's, 1 Lime Street, EC3M 7HA, Londra. L'identità di ciascun membro di un Sindacato di Lloyd's e l'entità della rispettiva partecipazione possono essere accertate mediante richiesta scritta da inviarsi presso la sede secondaria italiana di Lloyd's – Corso Garibaldi 86, 20121 Milano.

Sebbene in vari punti della presente clausola ci si riferisca al "presente contratto" al singolare, dove le circostanze lo richiedano tale espressione deve essere letta come riferita a più contratti, quindi in forma plurale.

Informativa sulla Privacy

Trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 679/2016 - GDPR

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 679/2016 (di seguito denominato "Regolamento") ed in relazione ai dati personali che formeranno oggetto di trattamento, Lloyd's Insurance Company S.A. (di seguito denominata "Lloyd's Brussels") desidera informare di quanto segue.

1. Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento è effettuato per lo svolgimento delle seguenti attività:

- a) Valutazione di eleggibilità volta alla sottoscrizione del rischio da parte di Lloyd's Brussels: la base giuridica del trattamento è lo svolgimento di attività pre-contrattuale. Nel caso siano raccolti dati particolari la base giuridica del trattamento è il consenso;
- b) 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 Brussels è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge; la base giuridica del trattamento è lo svolgimento di attività contrattuale;
- c) Previo Suo consenso scritto, informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi di Lloyd's Brussels; la base giuridica del trattamento è il consenso.

2. Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali è:

- a) realizzato per mezzo di operazioni o complessi di operazioni: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità, confidenzialità, integrità, tutela;
- b) Effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) Svolto dall'organizzazione del Titolare e da società di fiducia (il cui elenco è disponibile presso il Titolare) che sono nostre dirette collaboratrici e che operano quali autonomi titolari o quali responsabili esterni del trattamento, obbligati ad adempiere in proprio alla normativa in materia di tutela di protezione dei dati personali. Si tratta in modo particolare di società che svolgono servizi di intermediazione, di assunzione dei rischi, archiviazione della documentazione assicurativa e servizi attinenti alla gestione dei sinistri, quali a titolo esemplificativo ma non esaustivo – periti, consulenti, liquidatori indipendenti e studi legali.

3. Conferimento dei dati

La raccolta dei dati può essere effettuata presso l'interessato direttamente ovvero tramite società accreditate ad operare presso Lloyd's Brussels 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:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per anti-riciclaggio, Casellario centrale infortuni, motorizzazione civile), limitatamente ai dati personali richiesti in forza di dette leggi, regolamenti o normativa comunitaria;
- b) 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 Brussels;
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'assicurato stesso.

4. Rifiuto di conferimento dei dati

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

- a) nei casi di cui al punto 3, lett. (a) e (b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- b) nel caso di cui al punto 3, lett. (c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

5. 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 consortili propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero delle Attività Produttive, 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.

Inoltre i dati potranno essere comunicati ad enti pubblici in sede di partecipazione a bandi di gara per fornire nostre referenze e a società residenti al di fuori dell'Unione Europea (per es. Regno Unito, Canada, Svizzera), che garantiscono un adeguato livello di sicurezza nel trattamento dei dati personali, per che per conto di Lloyd's Brussels effettuano controlli sull'assenza di sanzioni internazionali.

Tali soggetti operano quali autonomi titolari o quali responsabili esterni del trattamento e sono obbligati ad adempiere in proprio alla legge; l'elenco dei destinatari delle comunicazioni dei dati personali è disponibile presso la Filiale Italiana di Lloyd's Brussels, e può essere gratuitamente messo a conoscenza dell'interessato, mediante richiesta scritta al Titolare al numero di fax 02 63788850, o all'indirizzo email data.protection@lloyds.com.

6. Diritti dell'interessato

Informiamo, infine, che potrà esercitare i diritti contemplati dal Regolamento, scrivendo a email data.protection@lloyds.com si potrà pertanto chiedere di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità del Trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati stessi; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento.

È garantito il diritto a revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

È garantito il diritto alla portabilità dei dati, a proporre reclamo a un'autorità di controllo.

7. Titolare e responsabile della protezione dei dati

Titolare del trattamento per Lloyd's Brussels è il Rappresentante per l'Italia, con sede a Milano in Corso Garibaldi, 86.

È possibile contattare il responsabile della protezione dei dati all'indirizzo mail data.protection@lloyds.com.