

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI E MALATTIA DELL'OTS - OPERATORE TECNICO SUBACQUEO -

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO, CONTENENTE:

- a) Nota informativa;
- b) Condizioni di assicurazione;
- c) Glossario;
- d) Proposal Form/Modulo di Proposta.

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE PRELIMINARE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA.

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP (ora IVASS), ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP (ora IVASS). Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza

* * * * *

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

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

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

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

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

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

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

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

e. I membri di Lloyd's che assumono rischi assicurativi sono autorizzati all'esercizio dell'attività assicurativa in forza della legge inglese. L'Associazione di Assuntori di rischi assicurativi nota come Lloyd's svolge attività in Italia in regime di libero stabilimento (Iscrizione al n°.I.00008 dell'elenco dell'IVASS delle imprese di assicurazione con sede legale in un altro Stato Membro ammesse ad operare in Italia in regime di stabilimento) e, nel Regno Unito, è soggetta al controllo della Prudential Regulation Authority, con sede in 20 Moorgate, London, EC2R 6DA.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's

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

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

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

** Link al "Lloyd's Solvency and Financial Condition Report" al 31 Dicembre 2017:

<https://www.lloyds.com/investor-relations/financial-performance/~media/2badea0be89e4de39283f51654c6a5cd.ashx>

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

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

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

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

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

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto ha durata annuale e non è soggetto a tacito rinnovo.

OPERATIVITA' per i seguenti rischi:

Morte da infortunio

Invalità permanente – parziale o totale - da infortunio riferita alla diminuita capacità generica allo svolgimento di qualsiasi attività

Inabilità temporanea totale da infortunio riferita alla specifica attività professionale di OTS

Invalità permanente da malattia: la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità lavorativa generica dell'Assicurato di esercitare qualsiasi attività lavorativa indipendentemente dalla sua professione di OTS.

Malattie da immersione (solo se specificatamente richiesta): Invalità totale permanente e inabilità totale temporanea allo svolgimento della specifica attività professionale da OTS.

Rimborso spese mediche da infortunio.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda alle relative sezioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: Le Condizioni di Assicurazione prevedono la presenza di limitazioni ed esclusioni come disciplinato alle Condizioni Generali di Assicurazione ai punti: Art 14, Art 21, Art 24, Art. 25, Sezione Invalità permanente da malattia Art. 3, Art 4, Art.5; Sezione Malattie da Immersione Art. 3, Art. 4.

AVVERTENZA: Le Garanzie sottoscritte si intendono prestate sino alla concorrenza delle somme assicurate previste nelle Condizioni di Assicurazioni, le prestazioni possono essere altresì soggette ad applicazione di franchigie previste nelle Condizioni di Assicurazioni.

AVVERTENZA: La copertura rimane efficace sino alla scadenza annuale successiva al compimento del 65° anno di età dell'Assicurato.

4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

Si specifica che il contratto verrà redatto secondo le informazioni provviste dal Contraente nell'apposito formulario denominato: PROPOSAL FORM/MODULO DI PROPOSTA.

AVVERTENZA: Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni del contratto, nonché, in caso di dolo o colpa grave la cessazione dell'Assicurazione. Gli effetti delle reticenze e dichiarazioni inesatte di cui sopra sono disciplinati dagli articoli 1892, 1893 e 1984 del Codice Civile che prevedono cause di annullamento del Contratto.

Il Contratto non prevede casi di nullità se non quelli previsti dalla Legge.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

Unico aggravamento si intende la discesa oltre i 300 metri di profondità come specificato alla lettera N) dell'Art. 14 Esclusioni.

6. Premi

Il premio è determinato in funzione a:

a) segmentazione del rischio in relazione alla profondità di immersione dell'OTS.

b) Le somme assicurate/garanzie prescelte dal Contraente/Assicurato

Il Contratto prevede il pagamento annuale del premio in un'unica soluzione.

Il Pagamento del premio dovrà essere eseguito sul Conto Corrente intestato al Broker specificato nel Contratto, espressamente in tale qualità.

7. Rivalse

L'Assicuratore rinuncia a favore del Contraente/Assicurato o degli aventi diritto ad ogni azione di regresso di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso gli Autori o Terzi responsabili dell'Infortunio causato alle persone assicurate con il presente Contratto.

Tale rinuncia alla rivalsa non si applica nel solo caso inerente la garanzia Rimborso Spese Mediche da Infortuni.

8. Diritto di recesso

L'Assicuratore o il Contraente/Assicurato possono recedere dall'Assicurazione dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'Art. 2952 – secondo comma del Codice Civile i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui i diritti si fonda.

Alla denuncia devono far seguito, nei tempi e nei modi stabiliti dalle condizioni di assicurazione i documenti relativi al sinistro.

L'omissione o il ritardo agli obblighi di cui sopra costituisce adempimento degli obblighi previsti dagli articoli 1913, 1914 e 1915 del Codice Civile e può comportare la decadenza al diritto della prestazione assicurativa.

10. Legge applicabile al contratto

Il Contratto è soggetto e regolato dalla Legge Italiana.

11. Regime fiscale applicabile al contratto

L'aliquota di imposta applicata a tutte le garanzie è pari al 2,5%.

Gli indennizzi corrisposti in caso di sinistro sono esenti da imposte sui redditi e da altre imposte indirette.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

In caso di sinistro il Contraente/Assicurato deve darne avviso scritto agli Assicuratori e/o al Broker nei termini stabiliti dalle Condizioni di Assicurazione.

13. 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.

14. Arbitrato

Nei casi di Controversie sull'assicurabilità delle persone, sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente il Contraente/Assicurato e l'Assicuratore, si obbligano a conferire, con scrittura privata mandato di decidere a norma e nei limiti delle condizioni di polizza ad un collegio di tre medici con le modalità stabilite nelle condizioni di assicurazione.

* * * * *

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

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

Glossario

(le definizioni relative a termini espressi al singolare valgono, con significato al plurale, anche per i medesimi termini espressi al plurale)

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

Assicuratore: il membro o membri di Lloyd's, che hanno accettato di assumere il rischio coperto dal Contratto d'Assicurazione e, in caso di coassicurazione, le imprese di assicurazione menzionate nel Contratto di Assicurazione;

Bilanci dei membri: l'utile/(la perdita) da distribuire/(da recuperare) da parte dei Sindacati a favore di/(dai) membri di Lloyd's;

Consumatore: è la persona fisica che agisce per scopi estranei all'attività imprenditoriale, commerciale, artigianale o professionale eventualmente svolta;

Contratto d' Assicurazione: il contratto in forza del quale l'Assicuratore assume, nei limiti, termini e condizioni ivi previsti, i rischi nello stesso specificati;

Contraente: Il soggetto che stipula il Contratto d'Assicurazione ed il cui interesse può essere protetto dall'Assicurazione;

Fondi dei membri presso Lloyd's: i fondi depositati e detenuti in via fiduciaria presso Lloyd's a garanzia dei contraenti e per sostenere l'attività assuntiva di rischi complessiva di un membro;

Franchigia: Importo prestabilito che, in caso di Sinistro, rimane a carico dell'Assicurato. Tale importo va a ridurre l'ammontare dell'indennizzo/risarcimento che sarebbe spettato se tale franchigia non fosse esistita.

Massimale: l'ammontare che rappresenta l'entità massima dell'obbligazione di pagamento dell'Assicuratore in forza del Contratto d'Assicurazione;

Premio: Il corrispettivo dovuto dal Contraente all'Assicuratore;

Scheda di Polizza: il documento allegato al Contratto d'Assicurazione che contiene i dati del Contraente e dell'Assicurato, il Massimale, i Sottolimiti, la decorrenza, il premio, i Sindacati il cui membro o membri hanno accettato di assumere il rischio coperto dal Contratto d'Assicurazione, gli eventuali altri dettagli del Contratto d'Assicurazione;

Scoperto: Importo che rimane a carico dell'Assicurato, espresso in misura percentuale sull'ammontare dell'indennizzo/risarcimento che spetterebbe in assenza dello scoperto stesso;

Sindacato: è definito Sindacato il membro di Lloyd's o il gruppo di membri di Lloyd's, che assumono rischi attraverso un agente gestore al quale è attribuito un numero di sindacato dal "Council" di Lloyd's;

Sinistro: Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa

Sottolimito: l'ammontare che rappresenta l'entità massima dell'obbligazione di pagamento dell'Assicuratore in forza del Contratto d'Assicurazione in relazione ad uno specifico rischio: tale ammontare non si somma a quello del Massimale, ma è una parte dello stesso.

31/05/18

LSW1694I-12



COMMERCIAL
DIVERS

CONDIZIONI DI POLIZZA

POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI E MALATTIA DELL'OTS OPERATORE TECNICO SUBACQUEO BASSO FONDALISTA ED ALTO FONDALISTA

DEFINIZIONI: nel testo che segue si intendono:

- ✓ per **Infortunio:** l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza uno degli eventi garantiti in polizza;
- ✓ per **Malattia:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
- ✓ Per **Contraente:** il soggetto che stipula il contratto nell'interesse proprio o di altre persone;
- ✓ per **Assicurato:** il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione;
- ✓ per **Assicurazione:** il contratto di Assicurazione;
- ✓ per **Assicuratore:** il/i membro/i dei Lloyd's **Sottoscrittore/i** della presente Assicurazione;
- ✓ per **Polizza:** il documento che prova l'Assicurazione;
- ✓ per **Broker:** il broker di Assicurazione indicato nella Scheda di Copertura;
- ✓ per **Premio:** la somma dovuta dall'Assicurato/Contraente agli Assicuratori e/o **Sottoscrittori**;
- ✓ per **Rischio:** la probabilità che si verifichi il sinistro;
- ✓ per **Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione;
- ✓ per **Indennizzo:** la somma dovuta dagli Assicuratori e/o **Sottoscrittori** in caso di sinistro;
- ✓ per **Attività Professionale:** quella inerente il lavoro remunerato di OTS – Operatore Tecnico Subacqueo -;

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

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

ART. 1 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Ai sensi dell'art. 1901 C.C. l'**Assicurazione** decorre dal giorno concordato ed indicato nel contratto, ferme restando le scadenze stabilite per il pagamento dei premi o delle rate di premio successivi. Il pagamento dei premi deve essere eseguito presso il **Broker/Corrispondente dei Lloyd's**, in questo caso **European Brokers**, che gestisce in esclusiva la polizza. Il pagamento della prima rata di premio avviene con quietanzamento da parte del **Broker/Corrispondente dei Lloyd's**, in questo caso **European Brokers**, e, per i premi successivi, su documenti separati emessi dal **Broker/Corrispondente dei Lloyd's**, sempre **European Brokers**.

Se alle scadenze convenute il **Contraente/Assicurato** non paga i premi successivi, l'**Assicurazione** resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo giorno successivo a quello della scadenza, ed entra in vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui il **Contraente/Assicurato** versa quanto dovuto, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite ed il diritto dell'**Assicuratore** al pagamento dei premi scaduti. Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata minore ed è dovuto per intero, anche se ne sia stato concesso il frazionamento in due o più rate.

ART.2 – DIMINUZIONE O AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO (vedi anche art.21)

L'**Assicurato/Contraente** deve dare comunicazione scritta all' **Assicuratore** di ogni diminuzione del rischio. L' **Assicuratore** è tenuto a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del **Contraente/Assicurato**, ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al conseguente diritto di recesso. Tale obbligo vale anche, ai sensi dell'art. 1898 C.C., in caso di aggravamento del rischio; in tali circostanze l'**Assicuratore** avrà il diritto di richiedere un aumento del premio o di recedere dalla presente **Assicurazione** dando avviso di disdetta di almeno 30 giorni. Gli aggravamenti di rischio non accettati o non conosciuti dall'**Assicuratore** possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'**Assicurazione**. Ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 C.C. le dichiarazioni inesatte o le reticenze del **Contraente/ Assicurato** relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'**Assicurazione**.

ART.3 - RECESSO A SEGUITO DI SINISTRO

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

ART. 4 - ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

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

ART.5 – ONERI FISCALI

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza e agli atti da essa dipendenti, sono a carico del **Contraente/Assicurato** o dei suoi aventi diritto, anche se il pagamento sia stato anticipato all'**Assicuratore dal Broker/Corrispondente dei Lloyd's**, in questo caso **European Brokers**.

ART.6 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni, a cui le parti sono tenute devono essere effettuate con lettera raccomandata o PEC. Tutte le comunicazioni date al **Broker/Corrispondente dei Lloyd's**, in questo caso **European Brokers**, hanno piena validità ed efficacia tra le parti.

ART. 7 – FORO COMPETENTE

A meno che non sia specificamente concordato tra le parti il Foro Competente, a scelta della Parte Attrice è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria dove ha sede il **Contraente/Assicurato** o il **Broker/Corrispondente dei Lloyd's**, in questo caso **European Brokers**.

ART. 8 - VALIDITÀ TERRITORIALE

L'**Assicurazione** ha validità "Mondo intero".

ART. 9 - DURATA DEL CONTRATTO

Il periodo di copertura previsto da questa **Assicurazione** non potrà essere superiore ai 12 mesi a meno che non preventivamente diversamente concordato e cesserà alla naturale scadenza della polizza senza tacito rinnovo.

ART. 10 - LIQUIDAZIONE

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso l'**Assicuratore** liquida l'indennizzo dovuto ne dà comunicazione agli interessati e avuta notizia della loro accettazione dispone il pagamento entro 30 giorni. L'importo viene corrisposto in Italia ed in valuta Euro.

ART. 11 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

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

ART. 12 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

- delle attività professionali di OTS - Operatore Tecnico Subacqueo - come definite dalle norme vigenti e dalle regole di buona tecnica in materia di immersione subacquee professionali nonché delle eventuali altre attività professionali non dichiarate che, se fossero state conosciute dall'**Assicuratore** prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, non avrebbero determinato alcuna maggiorazione del premio;
- di ogni altra attività svolta che non abbia carattere professionale.

A titolo esemplificativo e non limitativo sono considerati infortuni anche:

- a. le lesioni sofferte in occasione di aggressioni, vandalismo, rapina ed atti violenti in generale (fatto salvo quanto specificatamente escluso dalla clausola "Esclusione di Guerra, Terrorismo e stragi di massa 1607JHA00005"), a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte volontaria o attiva;
- b. gli infortuni provocati da qualsiasi evento naturale, quali ad esempio: terremoto, tempeste, eruzioni vulcaniche, franamento del terreno e simili;
- c. gli infortuni derivanti dall'uso e guida di veicoli e natanti in genere, compresi mezzi di terzi e/o pubblici (salvo quanto disposto nell'art. 14 "Esclusioni" lettera c) e d));
- d. gli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei in qualità di passeggero nei limiti e nei termini di quanto disposto all'art.29 delle Condizioni Generali di Assicurazione;
- e. i colpi di sole e di calore, la disidratazione, l'assideramento e il congelamento, le vertigini nonché in genere gli effetti della temperatura esterna, degli agenti atmosferici e di altre influenze termiche ed atmosferiche;
- f. l'asfissia dovuta ad involontaria aspirazione di gas o vapori;
- g. l'avvelenamento, le intossicazioni e le lesioni prodotte dall'ingestione accidentale di cibi o dall'assorbimento di bevande o sostanze in genere;
- h. i morsi ed i calci, le punture e le ustioni provocate da animali, insetti e vegetali (con esclusione però delle malattie da essi direttamente o indirettamente provocate)
- i. le infezioni, comprese quelle tetaniche, risultanti da infortuni risarcibili a termini di polizza;
- j. l'annegamento;
- k. le lesioni muscolari e tendinee determinate da sforzi inclusi infarto e colpi apoplettici e le ernie traumatiche;
- l. l'azione di fulmine, la folgorazione e le lesioni provocate da scariche elettriche;
- m. le lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive, nonché le lesioni prodotte da fiamma o da corpi incandescenti;
- n. le conseguenze fisiche derivanti da operazioni chirurgiche e da altre cure rese necessarie da infortunio;
- o. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza (purché non alla guida di veicoli, motoveicoli o natanti), di malore e di incoscienza;
- p. gli infortuni subiti dall'Assicurato derivanti da imperizia, imprudenza e negligenza anche gravi del Contraente/Assicurato;
- q. le lesioni subite in occasione di legittima difesa o di atti compiuti per solidarietà umana;
- r. l'Assicuratore in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato, corrisponderà le somme assicurate per uno degli eventi garantiti in polizza anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano causa diretta dell'infortunio, ma conseguenza della zona, del clima, o di altre situazioni concomitanti e l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni permanenti;
- s. gli infortuni subiti in occasione di dirottamento o pirateria aerea fatto salvo quanto specificatamente escluso dalla clausola "Esclusione di Guerra, Terrorismo e stragi di massa 1607JHA00005".
- t. gli infortuni subiti durante la pratica non professionale di qualsiasi sport ad eccezione di quelli specificatamente esclusi all'art.14 "Esclusioni".

ART. 13 - ERNIE DA SFORZO

Ai fini della garanzia di cui alla presente assicurazione si considerano a tutti gli effetti quali infortuni garantiti le ernie da sforzo a patto che:

- a) se l'ernia non sia reputata operabile in base a parere medico verrà corrisposta un' indennità a titolo di Invalidità Permanente non superiore al 10% dell'importo assicurato. In caso di contestazione circa l'operabilità dell'ernia la decisione è rimessa al Collegio Medico secondo la procedura stabilita successivamente;
- b) se l'ernia risulti operabile e dopo l'intervento emerga una Invalidità Permanente la stessa verrà indennizzata con i normali criteri previsti per i casi di Invalidità Permanente da infortunio ed entro un massimo del 5% dell'importo assicurato a tale titolo.

ART. 14 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'Assicurazione gli infortuni derivanti da:

- A. suicidio, tentato suicidio o autolesione intenzionale o azione delittuosa compiuta dalla/e persona/e assicurata/e;
- B. uso di sostanze stupefacenti, allucinogeni o simili non prescritto da ricetta medica di un dottore specialista o se prescritto non usato in conformità con la prescrizione;
- C. guida di veicoli o natanti per i quali l'Assicurato non sia in possesso della relativa abilitazione o dell'età stabilita dalla legge;
- D. partecipazione a competizioni sportive agonistiche, corse o gare, salvo che si tratti di gare automobilistiche di regolarità indette dall'ACI, regate veliche o raduni cicloturistici o altre manifestazioni di carattere ricreativo che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore;
- E. pratica di qualunque forma di paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere;
- F. partecipazione a qualsiasi forma di alpinismo e speleologia che di norma implicino l'uso di ramponi, funi o guide, caccia a cavallo, concorsi ippici, la pratica di rugby, boxe o qualunque altra forma di arte marziale;
- G. le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da un infortunio;
- H. partecipazione a gare di sci e snowboard, gare di salto con gli sci, sci acrobatico, hockey su ghiaccio, utilizzo di bob o skeletons;
- I. attività o semplice partecipazione a qualsiasi titolo quando l'Assicurato sia un componente delle Forze Armate;
- J. esposizione considerata ad un grave pericolo (tranne che nel tentativo di salvare la vita umana);
- K. nevrosi, psiconevrosi, psicopatie o psicosi, ansia, stress, stanchezza o malattie mentali o emotive o disturbi di qualsiasi tipo se diagnosticate da medico qualificato ed autorizzato secondo la normativa vigente;
- L. una sindrome di dolore cronico incluso ma non limitato alla sindrome cronica o complesso dolore regionale o fibromialgia (una sindrome caratterizzata da dolore cronico nei muscoli e tessuti molli che circondano le articolazioni, la stanchezza e la tenerezza in siti specifici del corpo) se diagnosticati da medico qualificato ed autorizzato secondo la normativa vigente;
- M. perdita o danneggiamento di qualunque equipaggiamento durante l'immersione;
- N. qualunque immersione oltre i 300 metri (a meno che non venga espressamente approvata dall'Assicuratore)
- O. morte o invalidità permanente o inabilità totale temporanea in conseguenza diretta di malattie da immersione quali narcosi da azoto, morbo dei cassoni, embolia gassosa, paralisi del subacqueo o qualsiasi altra condizione patologica associata o attribuibile all'immersione. Tale esclusione si intende parzialmente abrogata nel caso sia stata richiamata in polizza la Condizione Speciale "malattie da immersione";
- P. qualora l'Assicurato non sia in possesso di un PADI o equivalente licenza di immersione secondo le norme vigenti e non osservi le regole di buona tecnica in materia di immersioni subacquee professionali;
- Q. qualunque attività se l'Assicurato non opera più come OTS – Operatore Tecnico Subacqueo –.

Esclusione di guerra, terrorismo e stragi di massa (1607JHA00005)

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

1. guerra, ostilità, operazioni belliche (con conflitti dichiarati o no);
2. invasioni;
3. atti perpetrati da nemici di nazionalità diversa da quella della persona assicurata o del paese nel quale gli atti si verificano;
4. guerra civile;
5. sommosse;
6. ribellioni;
7. insurrezioni;

8. rivoluzioni;
9. rovesciamento di governi legalmente costituiti;
10. tumulti civili che assumano le proporzioni o siano equivalenti ad una rivolta e sommossa;
11. colpi di stato militari o usurpazioni di potere;
12. esplosioni di armi da guerra;
13. utilizzo di armi nucleari, chimiche o biologiche di distruzione di massa in qualsiasi forma esse siano utilizzate o combinate tra loro;
14. omicidi o assalti per i quali sia stata dimostrata incontrovertibilmente la responsabilità di agenti appartenenti ad uno stato straniero rispetto alla nazionalità dell'Assicurato, sia nei casi di guerra dichiarata con quello Stato sia nei casi in cui ciò non sia avvenuto;
15. attività terroristica.

Ai fini della presente esclusione:

- i. per attività terroristica s'intendono l'atto o gli atti perpetrati da un soggetto o da gruppo/i di soggetti compiuti per ragioni politiche, religiose, ideologiche o analoghe, con l'intenzione di influenzare il governo e/o di seminare il terrore tra l'opinione pubblica o parti della stessa. L'attività terroristica può comprendere, senza esserne a questo limitata, il ricorso alla forza o alla violenza e o la minaccia di ricorrervi. Inoltre potranno essere ritenuti responsabili di attività terroristiche soggetti che agiscano individualmente, ovvero per conto di, o in collaborazione con organizzazione/i o governo/i;
- ii. per utilizzo di armi nucleari di distruzione di massa si intende l'uso di ogni tipo di esplosivo nucleare o mezzo di emissione, scarico, dispersione, rilascio o fuga di materiale fissile con livello di radioattività con capacità di rendere inabile o portare alla morte persone e animali;
- iii. per utilizzo di armi chimiche di distruzione di massa si intende emissione, scarico, dispersione, rilascio o fuga di ogni materiale chimico composto solido liquido o gassoso che quando usato causa incapacità, disabilitazione o morte di persone e animali;
- iv. per utilizzo di armi biologiche di distruzione di massa si intende emissione o scarico, dispersione, rilascio o fuga di ogni agente patogeno (produttore di malattie), micro-organismi e/o tossine biologiche (inclusi, modifiche genetiche e tossine chimiche) capaci di causare incapacità, inabilità o morte di persone e animali.

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

Nel caso in cui parte della presente esclusione sia da ritenersi nulla o non applicabile, la parte restante rimarrà in vigore a tutti gli effetti. (JHA 7/11/01).

Esclusione per contaminazione Nucleare (27/11/2001)

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

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

ART. 15 - MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'**Assicurato** e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, l'**Assicuratore** liquiderà la somma assicurata per il caso di morte ai beneficiari designati, in difetto di designazione l'**Assicuratore** liquiderà la detta somma agli eredi.

ART. 16- RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di infortunio indennizzabile a termini della presente polizza ed avvenuto all'estero, l'**Assicuratore** corrisponderà fino ad un massimo di Euro 5.000,00 per ogni assicurato il rimborso delle spese sostenute, in caso di decesso, per il rimpatrio della salma dell'**Assicurato** fino al luogo di sepoltura in Italia. L'**Assicuratore** effettuerà il rimborso agli aventi diritto previa presentazione in originale dei giustificativi di spesa debitamente quietanzati.

ART. 17 - 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, l'**Assicuratore** liquiderà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi in parti eguali il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli artt. 60 e 62 C.C..

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

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

ART. 18 - INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'Invalidità Permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, l'**Assicuratore** liquida a tale titolo un'indennità calcolata in percentuale della somma assicurata per Invalidità Permanente usando la tabella delle percentuali di Invalidità Permanente allegata al regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30/06/65 n. 1124 e successive modifiche ed integrazioni e con rinuncia da parte dell'**Assicuratore** all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa in caso di infortunio (INAIL), ma fermo restando l'applicazione della franchigia richiamata all'Art.19 e con l'intesa che l'indennizzo verrà effettuato in capitale e non sotto forma di rendita.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione le percentuali sopraindicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti l'indennità viene stabilita mediante la somma delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100% dell'importo assicurato per il caso di Invalidità Permanente totale.

L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà della percentuale stabilita per il pollice, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito di un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella suesposta tabella l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'**Assicurato** di esercitare qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In caso di provato e constatato mancinismo le percentuali di Invalidità Permanente riferite all'arto destro si intendono riferite all'arto sinistro e viceversa.

Per le persone fino a 50 anni di età, se l'infortunio ha per conseguenza lesioni al viso che determinano deturpazioni o sfregi permanenti, l'**Assicuratore** liquiderà una somma a titolo di ulteriore indennità, oltre al rimborso delle spese documentate e sostenute per l'intervento estetico chirurgico riparatore, fino ad un massimo di Euro 12.500,00.

ART. 19 – FRANCHIGIA PER INVALIDITÀ PERMANENTE

Le somme assicurate per Invalidità Permanente da Infortunio, a meno che non diversamente stabilito in polizza, sono soggette ad una franchigia articolata come segue sulla somma assicurata:

- 3% relativa al 10% fino ad Euro 400.000,00: la franchigia si azzerà per invalidità permanente accertata pari o superiore all'11%;
- 5% assoluta per somme assicurate eccedenti Euro 400.000,00 e fino ad Euro 600.000,00;

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

ART. 20 - CUMULO DI INDENNITÀ

Se dopo il pagamento di una indennità per Invalidità Permanente ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'**Assicurato** muore, l'**Assicuratore** corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, alle altre persone indicate all'art. 28 delle Condizioni Generali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore, e non richiederanno il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente e Inabilità Temporanea è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia se l'**Assicurato** muore per causa indipendente da un infortunio la cui indennità sia stata concordata o offerta in misura determinata l'**Assicuratore** paga agli eredi l'importo liquidato o offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

ART. 21 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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

In caso di perdita anatomica o perdita funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali di liquidazione di cui all'art.18 saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 22 - ANTICIPO INDENNIZZI

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

L'obbligo dell'**Assicuratore** verrà in essere entro 90 giorni dalla data di denuncia del sinistro a condizione che siano trascorsi 30 giorni dalla richiesta dell'anticipo.

ART. 23 - BUONA FEDE

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

ART. 24 - LIMITI DI ETÀ

L'**Assicurazione** non vale per le persone di età maggiore di 65 anni. Tuttavia per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'**Assicurazione** mantiene la sua validità fino alla scadenza annuale della polizza corrente.

ART. 25 - PERSONE NON ASSICURABILI

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

ART. 26 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

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

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

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

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

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

ART. 27 - CONTROVERSIE SULL'ASSICURABILITÀ DELLE PERSONE E SULLE CONSEGUENZE DELLE LESIONI

In caso di divergenza sull'assicurabilità delle persone ed ai sensi degli Art.18 e Art.21 sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni e/o sul grado di Invalidità Permanente le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine di Medici avente giurisdizione del luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico dovrà risiedere nel Comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'**Assicurato** o al luogo di residenza del **Broker/Corrispondente dei Lloyd's**, in questo caso **European Brokers** che gestisce la polizza.

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

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro 2 anni.

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

ART. 28 - BENEFICIARI

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

- in caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, salvo diversa dichiarazione sottoscritta dall'**Assicurato** e rilasciata, a sua scelta, ai competenti uffici del **Broker/Corrispondente dei Lloyd's** in questo caso **European Brokers** o all'**Assicuratore**;
- in caso di Invalidità Permanente gli **Assicurati** stessi con l'impegno che le quietanze di liquidazione degli indennizzi dovranno essere sottoscritte sia dall'**Assicurato** che dal **Contraente**.

ART. 29 – RISCHIO VOLO

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

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

In ogni caso l'**Assicuratore** non corrisponderà un importo superiore ad Eur 10.000.000,00 per il numero totale delle persone che viaggiano sullo stesso aereo al momento del sinistro. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano l'importo sopraindicato le indennità spettanti saranno adeguate, in caso di sinistro, con riduzione e imputazione proporzionale.

ART. 30 – CONCENTRAZIONE

Nel caso di sinistro che colpisca piu' persone assicurate l'esborso massimo complessivo a carico dell'**Assicuratore** non potrà essere superiore a € 10.000.000,00. Se gli indennizzi complessivamente dovuti dovessero eccedere tale importo l'**Assicuratore** procederà alla loro proporzionale riduzione. Detta riduzione verrà effettuata in modo proporzionale alla somma assicurata per persona.

ART. 31 - JHA Estensione Guerra e Terrorismo con Clausola di Recesso entro le 168 ore (7 giorni) – (1607JHA00006)

Questa clausola si intende estesa al mondo intero ad esclusione dei paesi indicati nell'allegata lista

Fermo le altre condizioni di polizza e a parziale deroga della "JHA esclusione di guerra, terrorismo e stragi di massa" si estende l'**Assicurazione** a lesioni corporee direttamente o indirettamente causate, conseguenti o in relazione con quanto di seguito precisato:

1. Guerra, ostilità, operazioni belliche (con conflitti dichiarati o no);
2. Invasioni;
3. Atti perpetrati da nemici di nazionalità diversa da quella della persona assicurata o del paese nel quale gli atti si verificano;
4. Guerra civile;
5. Sommosse;
6. Ribellioni;
7. Insurrezioni;
8. Rivoluzioni;
9. Rovesciamento di governi legalmente costituiti;
10. Tumulti civili che assumano le proporzioni o siano equivalenti ad una sommossa e rivolta;
11. Colpi di stato militari o usurpazioni di potere;
12. Esplosioni di armi da guerra;
13. Omicidi o assalti per i quali sia stata dimostrata incontrovertibilmente la responsabilità di agenti appartenenti ad uno Stato straniero rispetto alla nazionalità dell'**Assicurato**, sia nei casi di guerra dichiarata con quello stato sia nei casi in cui non vi siano state dichiarazioni di guerra;
14. Attività terroristica

fermo restando che,

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

Ai fini della presente estensione:

- i. Per attività terroristica s'intendono l'atto o gli atti perpetrati da un soggetto o da un gruppo/i di soggetti, compiuti per ragioni politiche, religiose, ideologiche o analoghe, con l'intenzione di influenzare il governo e/o di seminare il terrore tra l'opinione pubblica o parti della stessa. L'attività terroristica può comprendere, senza esserne a questo limitata, il ricorso alla forza o alla violenza e o la minaccia di ricorrervi. Inoltre potranno essere ritenuti responsabili di attività terroristiche soggetti che agiscono individualmente, ovvero per conto di, o in collaborazione con organizzazione/i o governo/i.
- ii. Per utilizzo di armi nucleari di distruzione di massa si intende l'uso di ogni tipo di esplosivo nucleare o mezzo di emissione, scarico, dispersione, rilascio o fuga di materiale fissile con livello di radioattività e con capacità di rendere inabile o portare alla morte persone e animali.
- iii. Per utilizzo di armi chimiche di distruzione di massa si intende l'emissione o scarico, dispersione, rilascio o fuga di ogni materiale chimico composto, solido, liquido o gassoso che quando usato causa incapacità, disabilitazione o morte di persone e animali.
- iv. Per utilizzo di armi biologiche di distruzione di massa si intende l'emissione o scarico, dispersione, rilascio o fuga di ogni agente patogeno (produttore di malattie) micro-organismi e/o tossine biologiche (inclusi modifiche genetiche e tossine chimiche) capaci di causare incapacità, disabilitazione o morte di persone e animali.

Fermo restando quanto sopra indicato l'**Assicuratore** si riserva il diritto di concedere all'**Assicurato** un preavviso di 168 ore per la notifica dell'annullamento dell'inclusione di uno o tutti i rischi di cui ai sopra elencati punti da (1) a (14). Tale notifica sarà ritenuta debitamente ricevuta da parte dell'**Assicurato** all'ora e alla data in cui la medesima sarà stata ricevuta dal **Broker/Corrispondente dei Lloyd's**, in questo caso **European Brokers**, che ha negoziato la polizza direttamente con l'**Assicuratore**.

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

(Assicurazione Infortunio o Assicurazione contro le malattie)

Fermo restando quanto contrario al contenuto della presente polizza, la presente polizza assicurativa non copre danni conseguenti a:

- stato di guerra, dichiarato o no, tra i seguenti Paesi: Cina, Francia, Regno Unito, Federazione Russa e Stati Uniti d'America; o stato di guerra sul territorio europeo, dichiarato o no (ad eccezione di guerre civili o azioni condotte da o per conto delle Nazioni Unite) nel quale siano coinvolti i Paesi sopraelencati o loro forze armate (1/7/93) NMA 2582B

Lista dei Paesi esclusi per i Rischi Italiani dalla copertura Guerra e Terrorismo (ART. 31)

1. Afghanistan
2. Repubblica Centrafricana
3. Cecenia
4. Repubblica Democratica del Congo
5. Egitto
6. Iran
7. Iraq
8. Israele (solo in Cisgiordania e Striscia di Gaza)
9. Libia
10. Corea del Nord
11. Somalia
12. Sudan del Sud
13. Sudan
14. Siria
15. Yemen

IL CONTRAENTE/ASSICURATO

L'ASSICURATORE

ART. 32 – CLAUSOLA BROKER

Ad ogni effetto di Legge, le Parti contraenti riconoscono al Broker - European Brokers S.r.l. Sede legale e Direzione Generale in Roma, Via Ludovisi, 16 - 00187 Roma- il ruolo di cui al D.lgs N. 209/2005, relativamente alla conclusione ed alla gestione della presente assicurazione e per tutto il tempo della durata, incluse proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni.

In conseguenza a quanto sopra si conviene espressamente:

- di riconoscere che tutte le comunicazioni che, per Legge o per contratto, il **Contraente/Assicurato** è tenuto a fare all'**Assicuratore**, si intendono valide ed efficaci anche se notificate al **Broker**;
- che il pagamento dei premi dovuti all'**Assicuratore**, per qualsiasi motivo relativo alla presente assicurazione, venga effettuato dal **Contraente** al **Broker**. Il pagamento così effettuato ha effetto liberatorio per il **Contraente** ai sensi dell'Art. 1901 C.C. . L'**Assicuratore** delega quindi esplicitamente il **Broker**, all'incasso del premio, in ottemperanza al comma 2 dell'Art. 118 D.lgs 209/2005 e con gli effetti per il **Contraente** previsti al primo comma del medesimo articolo;
- che le variazioni alla presente assicurazione richieste dal **Contraente** al **Broker**, in forma scritta, siano immediatamente efficaci quanto accettate dall'**Assicuratore**;
- che la gestione dei sinistri, fino a che non diventino vertenze legali, venga curata per conto del **Contraente/Assicurato** dal **Broker**;
- che il **Broker** ha ottemperato agli obblighi assicurativi di Legge di cui all'Art. 112, comma 3 del D.lgs 209/2005 e si impegna a produrre copia della vigente polizza a semplice richiesta scritta dell'**Assicuratore** in qualunque momento del rapporto.

CLAUSOLE VESSATORIE

Clausole da approvare esplicitamente per iscritto.

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

- ART. 3 FACOLTÀ DI RECESSO A SEGUITO DI SINISTRO
- ART. 7 FORO COMPETENTE
- ART. 14 ESCLUSIONI
- ART. 19 FRANCHIGIA PER INVALIDITÀ PERMANENTE
- ART. 25 PERSONE NON ASSICURABILI
- ART. 27 CONTROVERSIE SULL'ASSICURABILITÀ DELLE PERSONE E SULLE CONSEGUENZE DELLE LESIONI
- ART. 30 CONCENTRAZIONE

IL CONTRAENTE/ASSICURATO

L'ASSICURATORE

CONDIZIONI SPECIALI

sempre valide ed operanti

Inabilità Totale Temporanea da Infortunio

Se l'infortunio ha per conseguenza una Inabilità Temporanea dell'Assicurato ad attendere alla sua occupazione professionale, l'Assicuratore liquida l'indennità assicurata integralmente per ogni giorno/settimana in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alla sua occupazione professionale di OTS – Operatore Tecnico Subacqueo –

L'indennizzo per Inabilità Temporanea viene corrisposto per un periodo massimo assicurato riportato sulla scheda di polizza, a decorrere dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato con le modalità dell'art. 26 delle Condizioni Generali di Polizza (dedotta la franchigia applicata) o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia (dedotta la franchigia applicata) e cessa con il giorno della avvenuta guarigione risultante da certificato medico o, in mancanza di tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato. L'indennizzo per Inabilità Temporanea è cumulabile con quelli dovuti per Morte o Invalidità Permanente.

Rimborso Spese mediche da infortunio

L'Assicuratore rimborserà all'Assicurato per il quale è prestata la garanzia, in caso di infortunio risarcibile ai termini della presente Assicurazione, il costo delle spese mediche sostenute in Istituto di cura pubblico o privato (ma regolarmente riconosciuto) fino alla concorrenza, per ogni evento, dell'importo indicato come:

- fino al 10% dell'indennizzo liquidato per Inabilità Permanente;
- fino al 20% dell'indennizzo liquidato per Inabilità Temporanea;

e in ogni caso soggetto a un massimo di quindici-mila euro (EUR 15.000,00)

Per spese mediche sostenute intendiamo:

- a. onorari dei medici, chirurghi, assistenti, anestesisti e di ogni altro soggetto che partecipi all'intervento;
- b. l'uso della sala operatoria, del materiale di intervento (compreso il costo della prima protesi, ma escludendo le protesi dentarie), del materiale di cura e dei medicinali, degli accertamenti radiografici e radioscopici, degli esami e da analisi in genere e della terapia fisica;
- c. rette di degenza in ospedali o cliniche;
- d. le spese di trasporto, su ambulanze e /o mezzi speciali di soccorso, dal luogo dell'incidente all'Istituto di cura o ambulatorio entro il limite del 10% del massimale assicurato;

Inoltre: le spese, entro il limite del 20% del massimale assicurato, sostenute dopo la cessazione del ricovero o rese necessarie dall'intervento chirurgico ambulatoriale, per esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche e fisioterapeutiche effettuate nei 30 giorni successivi.

La domanda di rimborso, corredata dalle ricevute originali delle spese sostenute per i titoli suindicati, dovrà essere presentata all'Assicuratore entro un mese dal termine della cura medica. Qualora gli originali delle notule, distinte e ricevute siano stati presentati a terzi per ottenere il rimborso, l'Assicuratore effettuerà il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

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

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

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute in seguito a infortunio durante lo svolgimento di attività sportive e per operazioni di chirurgia plastica salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di Inabilità Permanente come riportato all'art. 18 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

La somma assicurata indicata in polizza rappresenta il massimo esborso, nel corso dell'anno, a cui l'Assicuratore sarà tenuto qualsiasi sia l'ammontare dei sinistri.

La garanzia è prestata con una franchigia fissa di EUR 175,00 (a meno che non sia diversamente stabilito in polizza) per ogni singolo evento, importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato.

Limitatamente alla presente Condizione Speciale riferita ad ogni importo risarcibile non è operante l'Art. 11 (Rinuncia al diritto di rivalsa) delle Condizioni Generali di Assicurazione.

INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Condizione Speciale sempre valida ed operante

LA PRESENTE GARANZIA È RILASCIATA CONGIUNTAMENTE ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO.

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

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 2 - DEFINIZIONI

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

- ✓ E' considerata Invalidità Permanente la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità lavorativa generica dell'Assicurato di esercitare qualsiasi attività lavorativa indipendentemente dalla sua professione.

ART. 3 - ESCLUSIONI DALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Sono escluse dall'Assicurazione le Invalidità Permanenti derivanti direttamente od indirettamente, da:

- i. malattie dell'Assicurato diagnosticate precedentemente alla stipula della presente polizza;
- ii. abuso di alcolici o da uso a scopo non terapeutico di psicofarmaci, sostanze stupefacenti, narcotici;
- iii. trasmutazione del nucleo dell'atomo nonché radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- iv. dolo dell'Assicurato;
- v. Malattie Professionali di cui all'art.14 lettere K – L – O

ART. 4 - PERSONE NON ASSICURABILI PER LA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

L'Assicurazione non vale:

- a. per le persone di età superiore ai 65 (sessantacinque) anni, mentre per quelle assicurate cessa automaticamente alla scadenza annuale del contratto immediatamente successiva al compimento del 65° (sessantacinquesimo) anno di età;

- b. per le persone affette da epilessia, tossicodipendenza, infermità mentali, alcolismo, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), o simili o correlate sindromi comunque esse siano state contratte e denominate. L'Assicurazione cessa con la diagnosi di una delle predette condizioni, restando precisato che sono comunque escluse le conseguenze dalla prima diagnosi.

ART.5 - CRITERI E TERMINI DI LIQUIDAZIONE PER LA GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

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

A =% INVALIDITA PERMANENTE ACCERTATA
B =% DA LIQUIDARE SULLA SOMMA ASSICURATA

A	B	A	B	A	B
Sino al 24	0				
25	9	39	37	53	65
26	11	40	39	54	67
27	13	41	41	55	69
28	15	42	43	56	71
29	17	43	45	57	73
30	19	44	47	58	76
31	21	45	49	59	79
32	23	46	51	60	82
33	25	47	53	61	85
34	27	48	55	62	88
35	29	49	57	63	91
36	31	50	59	64	94
37	33	51	61	65	97
38	35	52	63	66 ed oltre	100

- b) La valutazione del grado di Invalidità Permanente verrà effettuata secondo quanto previsto dalla tabella annessa al Testo Unico sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. del 30/06/1965 n.1124 e successive modificazioni. Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella predetta tabella l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità lavorativa dell'Assicurato allo svolgimento della propria attività professionale di OTS – Operatore Tecnico Subacqueo -

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

ART. 6 - ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

La prova dell'esistenza delle condizioni per la richiesta dell'indennità è a carico dell'Assicurato.

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

ART. 7 - DIRITTO ALL'INDENNITA' PER LA GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

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

ART. 8 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI PER LA GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA.

L'Assicurato deve denunciare al **Broker/Corrispondente dei Lloyd's** in questo caso **European Brokers** a mezzo lettera raccomandata o PEC il verificarsi di qualsiasi invalidità che, secondo parere medico, possa essere indennizzabile a termini di polizza. La denuncia deve essere effettuata entro 30 giorni dal rilascio del relativo certificato ed in ogni caso non oltre 30 giorni dopo la scadenza e/o recesso del presente contratto. L'Assicuratore si impegna ad accertare l'invalidità entro 180 giorni dalla data del timbro postale della lettera raccomandata o PEC di cui sopra.

IL CONTRAENTE/ASSICURATO

L'ASSICURATORE

CLAUSOLE VESSATORIE

Clausole da approvare esplicitamente per iscritto.

Agli effetti degli artt 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente/Assicurato dichiara di aver preso conoscenza e di approvare espressamente le disposizioni degli Articoli 3, 4, 5, 6, 7 e 8 della Condizione Speciale relativi alla garanzia Invalidità Permanente a seguito di malattia:

ART. 3 - ESCLUSIONI PER LA GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

ART. 4 - PERSONE NON ASSICURABILI PER LA GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

ART. 5 - CRITERI E TERMINI DI LIQUIDAZIONE PER LA GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

ART. 6 - ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITA' PERMANENTE CONSEGUENTE A MALATTIA

ART. 7 - DIRITTO ALL'INDENNITA' PER LA GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

ART. 8 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI PER LA GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA.

IL CONTRAENTE/ASSICURATO

L'ASSICURATORE

MALATTIE DA IMMERSIONE
Condizione Speciale valida esclusivamente su richiesta dell'assicurato

La presente copertura è valida esclusivamente se il premio inerente è stato versato e se viene rilasciata congiuntamente alle altre coperture relative agli infortuni e malattie previste dalla presente polizza di assicurazione.

Le Condizioni che seguono in caso di discordanza prevalgono sulle Condizioni Generali e Speciali "sempre valide ed operanti" della Polizza.

Art. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Questa estensione della copertura copre le "Malattie da Immersione" come riportate nell'Art.2 "Definizioni" che siano diagnosticate durante il periodo di polizza.

Art. 2 - DEFINIZIONI

Per **Autorità competenti sulle Immersioni** si intendono le organizzazioni di controllo nazionali o riconosciute a livello internazionale che stabiliscono le linee guida e le raccomandazioni cui gli associati devono attenersi per una sicura e responsabile attività di immersione.

Per **Malattie da immersione** si intende il contrarre a seguito di immersione per finalità professionali da parte dell'Assicurato una patologia quali narcosi da idrogeno, morbo dei cassoni, embolia, paralisi del subacqueo, malattie da decompressione o altre a queste assimilabili altrimenti escluse dall'Art.14 lettere K-L-O delle Condizioni Generali di Assicurazione e dalla Condizione Speciale "sempre valida ed operante" per la Invalidità Permanente da Malattia.

Art. 3 - ESCLUSIONI PER LE GARANZIE MALATTIE DA IMMERSIONE: INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE - INABILITA' TOTALE TEMPORANEA -

La polizza non copre le **malattie da immersione** derivanti direttamente od indirettamente da:

- a) Malattie dell'Assicurato diagnosticate precedentemente alla stipula della presente polizza;
- b) abuso di alcolici o da uso non terapeutico di psicofarmaci, sostanze stupefacenti, narcotici;
- c) trasmutazione del nucleo dell'atomo nonché radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- d) dolo dell'Assicurato

Art. 4 – CONDIZIONI DI INDENNIZZABILITA' PER LE MALATTIE DA IMMERSIONE

L'Assicurato deve osservare scrupolosamente le disposizioni delle Autorità competenti/norme vigenti/regole di buona tecnica in materia di immersioni professionali subacquee, a titolo esemplificativo ma non limitativo quanto segue:

- a) Immersione deve essere effettuata in base alle regole di sicurezza e alle raccomandazioni così come stabilite dalle Autorità preposte;
- b) L'assicurato sia in possesso di regolare licenza e possa dimostrare adeguata esperienza attraverso uno storico professionale della sua attività;
- c) L'assicurato possa dimostrare di essere fisicamente idoneo secondo le disposizioni vigenti.
- d) L'equipaggiamento per l'immersione sia stato adeguatamente mantenuto secondo gli obblighi di legge standard,

Nel caso quanto sopra non sia scrupolosamente osservato l'Assicurato perderà il diritto all'indennizzo.

Art. 5 - SOMME ASSICURATE PER LE MALATTIE DA IMMERSIONE

Immersioni fino a - 50 mt

Invalidità Totale Permanente	INAIL	Franchigia Frontale	Inabilità totale temporanea	Periodo ITT	Franchigia per il periodo ITT
Euro 200.000	NO	15%	Euro 500	52 o 104 settimane	14 o 28gg
Euro 400.000					

Immersioni tra - 50 mt e - 300 mt

Invalidità Totale Permanente	INAIL	Franchigia Frontale	Inabilità totale temporanea	Periodo ITT	Franchigia per il periodo ITT
Euro 200.000	NO	15%	Euro 1.500 Euro 3.000	52 o 104 settimane	14 o 28gg
Euro 400.000					
Euro 600.000					

Art. 6 - PROVA DI SINISTRO PER MALATTIE DA IMMERSIONE

L'onere della prova per aver diritto all'indennizzo con riferimento a questa sezione è a carico dell'Assicurato.

Art. 7 - DIRITTO DI INDENNIZZO PER MALATTIE DA IMMERSIONE

Il diritto all'indennizzo è personale e non è cedibile.

ART. 8 - CRITERI - TERMINI DI LIQUIDAZIONE SULLA GARANZIA INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE PER LE MALATTIE DA IMMERSIONE

Se la malattia da immersione ha come conseguenza la "perdita permanente della capacità lavorativa dell'Assicurato" allo svolgimento della propria attività professionale di OTS – Operatore Tecnico Subacqueo – l'Assicuratore corrisponderà l'intera somma assicurata secondo l'opzione richiamata nella scheda di copertura previa deduzione della franchigia frontale del 15%. L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Assicuratore, fornire allo stesso ogni informazione e produrre ogni copia delle eventuali cartelle cliniche compilate e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno curato e visitato.

L'Assicuratore in ogni caso demanderà a un Medico Legale la valutazione sulla sussistenza dello stato e sul grado di invalidità per determinare in via definitiva la perdita permanente della capacità lavorativa dell'Assicurato allo svolgimento della propria attività professionale di OTS – Operatore Tecnico Subacqueo -

ART.9 - CONTROVERSIE

In caso di divergenza sulla natura o sul grado di Invalidità Permanente, le parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere a norma e nei limiti delle condizioni di polizza ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine di Medici avente giurisdizione del luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico dovrà risiedere nel Comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato o al luogo di residenza del **Broker/Corrispondente dei Lloyd's** in questo caso **European Brokers** che gestisce la polizza.

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

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro 2 anni.

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

ART.10 – INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA

Se la malattia da immersione ha per conseguenza una Inabilità Totale Temporanea dell'Assicurato ad attendere alla sua occupazione professionale di OTS – Operatore Tecnico Subacqueo – l'Assicuratore liquida l'indennità assicurata integralmente per ogni giorno/settimana in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alla sua occupazione professionale.

L'indennizzo per Inabilità Totale Temporanea viene corrisposto per un periodo massimo assicurato riportato sulla scheda di polizza, a decorrere dal giorno successivo a quello della malattia regolarmente denunciata con le modalità dell'art.11 che segue (dedotta la franchigia applicata) o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia (dedotta la franchigia applicata) e cessa con il giorno della avvenuta guarigione risultante da certificato medico o, in mancanza di tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato. L'indennizzo per Inabilità Totale Temporanea è cumulabile con quello di Invalidità Totale Permanente.

Art. 11 – DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI

L'Assicurato deve notificare al **Broker/Corrispondente dei Lloyd's** in questo caso **European Brokers** a mezzo raccomandata o PEC qualunque malattia che in base a referto medico possa essere riconducibile ad una malattia da immersione indennizzabile a termini di questa polizza.

La denuncia deve essere effettuata entro 30 giorni dal rilascio del relativo certificato medico ed in ogni caso non oltre 30 giorni dopo la scadenza e/o recesso della/dalla presente polizza.

IL CONTRAENTE/ASSICURATO

L'ASSICURATORE

CLAUSOLE VESSATORIE

Clausole da approvare esplicitamente per iscritto

Agli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente/Assicurato dichiara di aver preso conoscenza e di approvare espressamente le disposizioni degli Articoli 3, 4, 5, 6,7,8,9 e 11 della Condizione Speciale di Assicurazione relativi alle Malattie da Immersione:

[Art. 3 – ESCLUSIONI PER LE GARANZIE MALATTIE DA IMMERSIONE: INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE - INABILITA' TOTALE TEMPORANEA](#)

[Art. 4 – CONDIZIONI DI INDENNIZZABILITA' PER LE MALATTIE DA IMMERSIONE](#)

[Art. 5 – SOMME ASSICURATE PER LE MALATTIE DA IMMERSIONE](#)

[Art. 6 – PROVA DI SINISTRO PER MALATTIE DA IMMERSIONE](#)

[Art. 7 – DIRITTO DI INDENNIZZO PER MALATTIE DA IMMERSIONE](#)

[Art. 8 - CRITERI – TERMINI DI LIQUIDAZIONE GARANZIA INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE PER LE MALATTIE DA IMMERSIONE](#)

[Art. 9 – CONTROVERSIE](#)

[Ar.11 – DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI](#)

IL CONTRAENTE/ASSICURATO

L'ASSICURATORE



COMMERCIAL DIVERS

GLOSSARIO

GLOSSARIO

INERENTE ALLA POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI E MALATTIA DELL'OTS – Operatore Tecnico Subacqueo –

ANNO ASSICURATIVO

Periodo di tempo pari a 365 giorni (o a 366 in caso di anno bisestile).

ASSICURATO OTS – Operatore Tecnico Subacqueo –

La persona fisica indicata nella SCHEDA DI COPERTURA in favore del quale sono prestate le garanzie assicurative.

BENEFICIARI

L' ASSICURATO o, in caso di decesso di questo, i relativi eredi legittimi o testamentari secondo l'ordinamento giuridico italiano, ovvero i soggetti indicati dal CONTRAENTE e con il benessere dell'ASSICURATO se persona diversa, ai quali l'ASSICURATORE deve corrispondere le SOMME ASSICURATE in caso di morte da INFORTUNIO.

SCHEDA DI COPERTURA

Il documento che riporta i dati e le informazioni relative all'ASSICURATO, il PERIODO DI VALIDITA' DELLA POLIZZA, il PREMIO ed eventuali dettagli delle garanzie prestate in POLIZZA. La SCHEDA DI COPERTURA forma parte integrante della POLIZZA.

CONTRAENTE

La persona fisica, l'associazione professionale, o la società indicata nella SCHEDA DI COPERTURA, che stipula l'assicurazione per conto proprio e/o per conto dell'ASSICURATO.

FRANCHIGIA

- a) importo e/o giorni a carico dell'ASSICURATO, indicati nelle Condizioni di Assicurazione;
- b) è parte della SOMMA ASSICURATA e viene dedotta una volta accertato l'importo dell'indennizzo

INDENNIZZO

La somma dovuta dall'ASSICURATORE all'ASSICURATO o ai BENEFICIARI ai sensi della presente POLIZZA.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

MALATTIA

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da INFORTUNIO.

MALATTIE DA IMMERSIONE

Patologie contratte a seguito di immersione.

MORTE DA INFORTUNIO

Evento mortale a seguito di INFORTUNIO.

INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

La perdita definitiva e irrimediabile a seguito di INFORTUNIO, in misura parziale o totale, della capacità generica dell' ASSICURATO a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

La malattia che abbia per conseguenza una invalidità permanente superiore al 24% (ventiquattro) in base alla Tabella Inail DPR 30/06/1965 N. 1124 e successive modificazioni.

INABILITA' TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO

L'infornio che ha per conseguenza un'inabilità temporanea dell'ASSICURATO ad attendere alla sua occupazione di OTS – Operatore Tecnico Subacqueo –.

RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

Spese mediche sostenute a seguito di INFORTUNIO risarcibile a termine della POLIZZA.

MALATTIE DA IMMERSIONE (COPERTURA OPZIONALE)

- a) Invalidità totale permanente della capacità lavorativa dell'ASSICURATO allo svolgimento dell'attività di OTS – Operatore Tecnico Subacqueo
- b) Inabilità totale temporanea: inabilità totale temporanea dell'ASSICURATO ad attendere alla sua occupazione di OTS – Operatore Tecnico Subacqueo

PARTI

IL CONTRAENTE, L' ASSICURATO E L' ASSICURATORE

PERIODO DI VALIDITA' DELLA POLIZZA

Periodo di efficacia della POLIZZA compreso fra le 24 della data di decorrenza della POLIZZA e le ore 24 della data di scadenza come indicato nella SCHEDA DI COPERTURA.

POLIZZA

Il documento che prova l'assicurazione.

PREMIO

La somma dovuta dal CONTRAENTE all' ASSICURATORE ai fini della garanzia assicurativa.

SINISTRO

Verificarsi dell'evento dannoso per cui si presta l'assicurazione.

SOMME ASSICURATE

Le somme specificatamente indicate della SCHEDA DI COPERTURA .

BROKER

Il soggetto definito in Polizza, autorizzato ad esercitare tale attività in base alle Leggi e ai Regolamenti applicabili.



COMMERCIAL
DIVERS

PROPOSAL FORM

ASSICURAZIONE INFORTUNI E MALATTIA
DELL'OTS // *OPERATORE TECNICO SUBACQUEO*



 EUROPEAN
BROKERS
ASSICURAZIONI

Assicurazione Infortuni - Invalidità Permanente da Malattia (IPM) e Inabilità Totale Temporanea (ITT) per OTS "Operatore Tecnico Subacqueo"

Il presente Modulo di Proposta è costituito da 3 sezioni:

The present Proposal Form is composed of 3 sections

SEZIONE (A) Dati anagrafici e personali /attività professionale OTS svolta

SECTION A: Personal and Birth data of the Insured/ OTS Professional

SEZIONE (B) Opzioni di copertura concedibili dall'Assicuratore

SECTION B: Coverage Options that can be given by the Insurer

SEZIONE (C) Requisiti di assicurabilità/informazioni aggiuntive/sport praticati a scopo ricreativo/ amatoriale

SECTION C: Eligibility criteria for present insurance/additional information/practicable sports for recreation scopes and amatorial.

QUESTO MODULO, COSTITUITO DA N. 5 PAGINE, DEVE ESSERE COMPLETATO, DATATO E FIRMATO

THIS FOR IS COMPOSED OF 5 PAGES AND NEEDS TO BE COMPLETED, DATED AND SIGNED.

SEZIONE (A)

SECTION A

Nome Name	Cognome Surname
Sesso Sex	Data nascita Date of Birth
Comune nascita Place of Birth	Comune di residenza Place of residence
Indirizzo Address	Civico e CAP Number and Post Code
Telefono Phone	PEC Legal Mail
Codice Fiscale/P.Iva VAT Code	Email Email
Altezza - mt Hight -mt	Peso - Kg Waight - Kg

Attività Professionale svolta di:

Professional Activity

OTS Basso Fondale (fino a – 50 mt)

OTS Shallow divers (up to – 50 mt)

Specificare attività svolte

Specify activity

OTS Alto Fondale (fino a -100 mt)

OTS Deep Divers (up to – 100 mt)

Specificare attività svolte

Specify Activity)

OTS Alto Fondale (fino a -300 mt)

OTS Deep Divers (up to – 300 mt)

Specificare attività svolte

Specify Activity

SEZIONE (B)

La copertura prevede la combinazione delle seguenti assicurazioni: Morte da Infortunio, IP “Invalidità Permanente da Infortunio”, IPM “Invalidità Permanente da Malattia”, ITT “Inabilità Totale Temporanea”. La copertura “Malattie da Immersione” è opzionale.

Selezionare la combinazione desiderata

The coverage provides the combination of the following risks: Death caused by Accident, PD “Permanent Disablement by Accident”, PDI “Permanent disablement by Illness”, TTD “Total Temporary Disablement”. The coverage for “Diving Sicknesses” is optional.

Please select the desired option.

OTS Basso Fondale - Combinazione Assicurativa prevista (fino a -50mt)

SHALLOW DIVER – Insurance Provided combination (up to -50mt).

SOMME ASSICURABILI* (Obbligatorio. Scegliere una delle opzioni indicate a seguire):

LIMITS (It is compulsory. Please select option required).

1. Morte 150.000 € / IP 200.000 € / IPM 200.000 €

Death 150.000 €/PD 200.000 €/PDI 200.000 €

2. Morte 300.000 € / IP 400.000 € / IPM 400.000 €

Death 300.000 €/PD 400.000 €/PDI 400.000 €

ITT* (Obbligatorio. La somma assicurabile è fissa. Scegliere una delle opzioni per il periodo espresso in settimane e i giorni di franchigia):

TTD (compulsory. The sum insured is fixed. Please select one of the options for the period expressed in weeks and number of days of deductible)

- **ITT 500 € per settimana (TTD)**

Settimane* (Obbligatorio)

Weeks (Compulsory)

52

104

Franchigia* (Obbligatorio)

Deductible (compulsory)

14gg (14 days)

28gg (28 days)

“MALATTIE DA IMMERSIONE” (Opzionale)

Diving Sicknesses (Optional)

SI (YES)

NO (NO)

OTS Alto Fondale - Combinazioni Assicurative previste (fino a -100mt e fino a -300mt)

DEEP DIVERS - Insurance Provided combination (up to -100mt and up to -300mt)

SOMME ASSICURABILI* (Obbligatorio. Scegliere una delle opzioni indicate a seguire):

LIMITS (It is compulsory. Please select option required).

1. **Morte 150.000 € / IP 200.000 € / IPM 200.000 €**

Death 150.000 €/PD 200.000 €/PDI 200.000 €

2. **Morte 300.000 € / IP 400.000 € / IPM 400.000 €**

Death 300.000 €/PD 400.000 €/PDI 400.000 €

3. **Morte 500.000 € / IP 600.000 € / IPM 600.000 €**

Death 500.000 €/PD 600.000 €/PDI 600.000 €

ITT* (Obbligatorio. La somma assicurabile è fissa. Scegliere una delle opzioni per il periodo espresso in settimane e i giorni di franchigia):

TTD (compulsory. The sum insured is fixed. Please select one of the options for the period expressed in weeks and number of days of deductible)

a. **ITT 1.500 € per settimana**

TTD 1.500 € per week

b. **ITT 3.000 € per settimana**

TTD 3.000 € per week

Settimane* (Obbligatorio) 52 104
Weeks (compulsory)

Franchigia* (Obbligatorio) 14gg (14 days) 28gg (28 days)
Deductibles (compulsory)

“MALATTIE DA IMMERSIONE” (Opzionale) SI (YES) NO (NO)
Diving Sicknesses (Optional)

DECORRENZA POLIZZA. Dalle ore 24.00 del
POLICY INCEPTION. From h. 24.00 of

gg/mm/aaaa (dd/mm/yyyy)

SEZIONE (C)

Per favore risponda alle seguenti domande SI o NO, e fornisca dettagli nei box di seguito laddove richiesto:

Please answer the following questions using YES or NO, and give details in the boxes where required.

1. Questa assicurazione è soggetta alle **condizioni essenziali** che siano stati rilasciati l'attestato di qualifica professionale di Operatore Tecnico Subacqueo per "Basso Fondale" o "Alto Fondale" con la Registrazione presso la Capitaneria di Porto e il certificato comprovante la preparazione alla sicurezza in cantiere. Per favore confermi di possedere l'attestato OTS con la registrazione alla Capitaneria di Porto ed il certificato per la sicurezza in cantiere.

This insurance is subject to **essential conditions** that the professional qualification of OTS for shallow divers or deep divers with registration at the pertinent Port Authority is provided, and that the Certificate with prove of this is proving the security on working site.

Please provide confirmation to own such OTS certificate with Port Authority registration and the certificate for security on working site.

SI (YES)

NO (NO)

2. Questa assicurazione è soggetta alla condizione essenziale che vi sia l'annuale attestato/certificato di idoneità medica all'esercizio lavorativo subacqueo – iperbarico fornita da personale medico qualificato. Per favore confermi di possedere questo attestato/certificato.

This insurance is subject to the essential condition, that the Insured owns the annual licence/certificate of medical approval to the activity of professional divers- hyperbaric given from qualified medical personnel. Please confirm You hold this licence/certificate.

SI (YES) NO (NO)

3. Conferma di non aver subito alcun sinistro derivante da infortunio o malattia negli ultimi tre anni? In caso affermativo fornisca relativi dettagli. Do You confirm that You never had any claim deriving from personal accident or illness in the last three years? In case of affirmative answer, please give details-

SI (YES) NO (NO)

4. Per favore elenchi gli sport praticati a scopo ricreativo/ amatoriale. Please list the practiced sports for recreation/amateur scope.

5. Per eventuali informazioni aggiuntive utilizzi lo spazio sottostante. For any additional information please use the space below.

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito ogni informazione rilevante ai fini della valutazione ed accettazione di questa assicurazione nei termini in cui viene sottoscritta e per il relativo premio richiesto. I, underlined, declare that I gave each and every relevant information in order to evaluate the acceptance of this insurance in the terms in which it is subscribed and for the relevant premium requested.

Con la presente acconsento che ogni informazione fornita utile al rilascio della copertura assicurativa possa essere fornita a terze parti. Signing the present I agree that all information, necessary to release the insurance coverage, can be handed to third parties.

FIRMA DELL'ASSICURATO
INSURED SIGNATURE

DATA
DATE

Indicare il nome del proponente se persona diversa dall'assicurato
Indicate the name of the proponent if different from the insured.

Nome Name		Cognome Surname	
Indirizzo Address		Civico Number	
Città Town		CAP Post Code	

FIRMA DEL PROPONENTE
Proponent Signature

DATA
DATE

INFORMATIVA PRIVACY
AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL REGOLAMENTO 679/2016

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 679/2016 (di seguito denominato "Regolamento"), ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue.

1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento è effettuato per lo svolgimento delle seguenti attività:

- a) valutazione della eleggibilità per concedere la polizza da parte degli assicuratori dei Lloyd's of London (di seguito denominati "Lloyd's"): 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 i Lloyd's sono autorizzati ai sensi delle vigenti disposizioni di legge; la base giuridica del trattamento è lo svolgimento di attività contrattuale;
- c) Previo suo consenso, informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi dei Lloyd's stessi; la base giuridica del trattamento è il consenso

2. MODALITA' 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 assunzione rischi, archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intercorsi con la clientela, svolgimento di sopralluoghi, perizie, gestione e liquidazione sinistri.

3. CONFERIMENTO DEI DATI

La raccolta dei dati può essere effettuata presso l'interessato ovvero presso società accreditate presso i Lloyd's che svolgono per nostro conto compiti di natura assuntiva (agenti, subagenti, 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 antiriciclaggio, 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 Lloyd's;
- 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 assicuratori, 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, 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 altri enti in sede di partecipazione a bandi di gara per fornire nostre referenze e a società residenti al di fuori dell'Unione Europea (per es. Canada, Svizzera) per l'esecuzione del contratto, garantendo un adeguato livello di sicurezza nel trattamento dei dati personali ed effettuando controlli sull'assenza di sanzioni internazionali per conto dei Lloyd's. 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 l'ufficio del Rappresentante Generale, e può essere gratuitamente messo a conoscenza dell'interessato, mediante richiesta scritta al Titolare al numero di fax 02 63788850, o all'indirizzo email servizioclienti@lloyds.com.

6. DIRITTI DELL'INTERESSATO

La informiamo, infine, che potrà esercitare i diritti contemplati dal Regolamento, scrivendo a email servizioclienti@lloyds.com. Lei 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

Titolari del trattamento in ambito italiano sono i Lloyd's nella persona del loro Rappresentante Generale per l'Italia, con sede a Milano in Corso Garibaldi, 86.

Il Responsabile della protezione dei dati è Mr. Timor Ahmad (Timor.Ahmad@lloyds.com).

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra,

Le chiediamo quindi di esprimere il consenso per i trattamenti di dati strettamente necessari per le operazioni e servizi da Lei richiesti e più precisamente per:

- a) il trattamento e comunicazione alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 5 della predetta 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, per esempio, dati personali idonei a rivelare lo stato di salute;

Luogo

L'interessato (Nome e Cognome leggibili)

Data

Firma

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

Luogo

L'interessato (Nome e Cognome leggibili)

Data

Firma

¹ Per specifici servizi che comportano la conoscenza da parte dei Lloyd's di ulteriori dati particolari (a titolo esemplificativo, relativamente a dati genetici e biometrici, allo stato di salute, ecc.)
Le verrà richiesto un consenso scritto di volta in volta.

CONSENSO ALLA DEMATERIALIZZAZIONE DEI DATI

Ai sensi del Regolamento IVASS n. 8 03/2015 art. 7 il Contraente, con la compilazione del campo "Indirizzo Posta Elettronica" e la sotto riportata firma esprime il proprio consenso alla trasmissione della documentazione in formato elettronico nella fase precontrattuale, contrattuale e in corso di rapporto all'indirizzo di posta elettronica sotto riportato.

Indirizzo posta elettronica del referente:

Indirizzo posta elettronica del referente:

Numero di telefono

Luogo e data

Firma del Contraente/Assicurato
