

QUESTIONARIO LLOYD'S INFORTUNI

ACCIDENT LLOYD'S PROPOSAL FORM

PRIMA DI RISPONDERE ALLE DOMANDE LEGGA ATTENTAMENTE LA DICHIARAZIONE RIPORTATA NELL'ULTIMA PAGINA DEL PRESENTE QUESTIONARIO CHE DEVE ESSERE RESTITUITO FIRMATO. AD OGNI DOMANDA DEVE ESSERE DATA UNA RISPOSTA COMPLETA E CORRETTA DA PARTE DELL'ASSICURATO O, IN SUO NOME, DAL FIRMATARIO. NESSUNA COPERTURA ASSICURATIVA VERRÀ CONSIDERATA IN ASSENZA DI ACCORDO DA PARTE DEI SOTTOSCRITTORI E NELL'EVENTUALITÀ CHE ALCUNE DOMANDE VENGANO LASCIATE SENZA RISPOSTA prima della data di effetto della polizza.

Before any question is answered read carefully the declaration at the end of this proposal, which must be returned signed. Each question must be answered fully and correctly by the person to be insured or on his behalf by the proposer.

No cover will be in force until Underwriters have agreed proposal form and all questions have been answered satisfactorily prior to inception.

1. Nome ed indirizzo completi del Contraente (se è una persona diversa dall'Assicurato):

Name and address in full of the Proposer (if other than the person to be Insured)

--

Codice Fiscale o Partita Iva del Contraente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Relazione con la persona da assicurare:

Relationship to the Person to be Insured:

--

DATI RIGUARDANTI L'ASSICURATO

ALL THE FOLLOWING QUESTIONS RELATE TO THE PERSON TO BE INSURED

2.

Nome ed indirizzo: <i>Name and address:</i>			
Data di nascita: <i>Date of Birth:</i>			
Peso kg.: <i>Weight:</i>		Altezza cm.: <i>Height:</i>	
Beneficiari in caso di morte : <i>Beneficiary in case of death:</i>			
Occupazione (se più di una specificare): <i>Nature of occupation (if more than one state all):</i>			
Se svolge un'attività non solo di natura sedentaria fornisca dei dettagli: <i>If your duties are not solely of an office or administrative nature please give details :</i>			

3.

Specifichi il periodo di copertura richiesto: Please state period of insurance required:	Da: <i>From:</i>	A: <i>To:</i>
---	---------------------	------------------

4. **Effettua viaggi aerei come passeggero di aeromobili di linea? Se si fornisci il numero approssimativo dei viaggi e le probabili destinazioni.**

Will you be travelling by air as a passenger scheduled flight? If yes please state the approximate number of flights and anticipated destinations.

5. **Nel caso in cui usi un veicolo per svolgere la Sua attività dica indicativamente qual è la percorrenza annua media.**

In the case of use of a vehicle for business purposes please state your mileage per annum.

6. **Intende effettuare viaggi all'estero nei prossimi 12 mesi? In caso affermativo precisare se per lavoro o per vacanza e probabile destinazione.**

Are you planning to travel abroad within the next 12 months? If yes, please state destination and whether for business or leisure.

7. **Desidera essere coperto per qualche occupazione, sport, passatempo o attività che presumibilmente costituisca un aggravamento di rischio?**

Do you wish to be covered for any other occupation, sport, pastime or activity which is likely to involve extra risk of accident.?

8. **Soffre di qualche difetto della vista e dell'udito? In caso positivo fornisci dettagli.**

Do you suffer from defective hearing or vision? If yes, to what extent?

9. **Ha mai sofferto di ernia, stiramenti alla schiena, lesioni al disco o altri difetti fisici di natura ricorrente? In caso positivo dica in quale misura.**

Have you ever suffered from hernia, lower back strain, disc lesion or other physical defect of a chronic or recurring nature? If yes, give details.

10. **Ha mai sofferto di malanni al cuore, ipertensione, vene varicose, malattie dei nervi, alcolismo, assuefazione a droghe od altre malattie o debolezze organiche di natura cronica o ricorrente? In caso positivo fornisci dettagli.**

Have you ever suffered from any heart condition, hypertension, varicose veins, nervous condition, alcoholism, drug addition or other illness or organic weakness of a chronic or recurring nature?

11. **Quali infortuni o malattie Le hanno impedito di attendere alle Sue normali occupazioni per periodi superiori ai 14 giorni negli ultimi 3 anni? In caso positivo fornisci dettagli (data, cure).**

What accidents or illness have prevented you from attending to your business or occupation for periods of more than 14 days during the past three years? If yes give details, (dates and treatment).

12. **E' attualmente assicurato contro l'infortunio e la malattia?
In caso positivo specifichi con chi e per quali capitali e con che franchigie:**

Are you insured against accident or illness? If yes say with whom and for what sums insured and what deductibles:

13. **Può confermare che il rimborso giornaliero richiesto con la presente polizza e altre eventuali, non sia superiore al suo guadagno lordo giornaliero. In caso negativo fornisci dettagli**

Can you confirm that the daily benefits under all policies carried by you, including that now applied for, do not exceed your usual gross income ? If no give details.

14. **Vi preghiamo confermarci che la somma assicurata richiesta sulla Morte, o sulla Invalidità Permanente se più elevata del capitale a Morte, non supera 7 (sette volte) il vostro reddito annuale? In caso negativo vi preghiamo fornirci dettagli sulla giustificazione della somma assicurata.**

Please confirm that capital sum insured hereunder does not exceed 7 (seven) times your annual income? If no, please give us details of justification of sum insured.

--

15. **Le è mai stata rifiutata od accettata a condizioni speciali una copertura assicurativa per infortuni, vita, malattia? Nessun assicuratore Le ha mai annullato o si è rifiutato di rinnovare la Sua copertura? In caso positivo fornisca dettagli.**

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

--

16. **Ha mai subito infortuni che sono risultati in un sinistro pagato da qualsiasi polizza infortuni o malattia? In caso positivo fornisca dettagli completi inclusa l'invalidità permanente o l'invalidità temporanea risultante e l'ammontare del sinistro pagato come da pagina allegata.**

Have you ever suffered an accident which has resulted in a claim paid by any insurance policy for accident or sickness? If yes, please provide full information, detailing whether the claim was for permanent disability or temporary disability following accident and amount of the paid claim on the attached Claims History page.

SI/YES		NO	
---------------	--	-----------	--

Dichiarazione

Per quanto è di mia conoscenza le informazioni contenute in questo documento sono vere e nessun fatto è stato tenuto nascosto. Sono consapevole che la mancata rivelazione o l'errata descrizione di un fatto autorizza gli Assicuratori ad annullare la copertura. (Per fatto materiale si intende qualsiasi fatto che possa verosimilmente influenzare l'accettazione o la diversa valutazione della proposta da parte dell'Assicuratore).

Sono altresì consapevole che l'Assicuratore determinerà i termini e le condizioni sulla base delle informazioni contenute in questo questionario ma che la firma dello stesso non impegna me a sottoscrivere la copertura né l'Assicuratore ad accettarla.

To the best of my knowledge and belief, the information provided in connection with this proposal, whether in my own hand or not, is true and I have not withheld any material facts. I understand that non-disclosure or misrepresentation of a material fact may entitle Underwriters to void the insurance.

I understand that Underwriters will determine their terms and conditions upon the information provided in connection with this proposal; and I further understand that the signing of this proposal does not bind me to complete or Underwriters to accept this Insurance.

Firma della Persona da Assicurare

Data:

Firma del Proponente

Data:

Storia sinistri precedenti/Previous Claims History

Indicare la data dell'infortunio o del manifestarsi della malattia / Please give the date when the accident or sickness first occurred::	
Si prega dare esatti dettagli dell'infortunio o malattia: / Please describe exactly the details of the injury or illness:	
Quale è la prognosi della vostra malattia /infortunio? / What is the current prognosis for your condition?	
Firma: / Signed	Data: / Date

Prot. n. LL 98/1

AVVISO AL PROPONENTE / ASSICURATO

Nota informativa predisposta ai sensi dell'art. 123 del decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997.

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

Il contratto e' concluso con alcuni assicuratori dei Lloyd's of London (di seguito denominati "Lloyd's") la cui rappresentanza generale per l'Italia e' situata in C.so Garibaldi, 86 - 20121 Milano.

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO**- LEGGE APPLICABILE**

Ai sensi dell'art. 80 del decreto legislativo n. 209/05, le parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano. Gli assicuratori dei Lloyd's propongono di applicare la legge italiana al contratto.

- RECLAMI IN MERITO AL CONTRATTO O AI SINISTRI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Rappresentanza Generale dei Lloyd's (Servizio Reclami, con sede in Milano - C.so Garibaldi, 86 Tel 026378881, Telefax 0263788850, E-mail servizioclienti@lloyds.it).

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, servizio tutela degli utenti, Via Del Quirinale, 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dai Lloyd's.

Qualora la legislazione applicabile al contratto scelta dalle parti sia diversa da quella italiana, l'organo incaricato di esaminare il reclamo sarà quello eventualmente previsto dalla legislazione prescelta e l'ISVAP faciliterà le comunicazioni tra l'autorità competente e l'esponente.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si concorda che permane la competenza esclusiva dell'autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

- TERMINI DI PRECISAZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Qualora venga applicata la legge italiana, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro un anno dal giorno in cui si e' verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 C.C.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine di un anno decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

SI RICHIAMA L'ATTENZIONE DEL CONTRAENTE SULLA NECESSITA' DI LEGGERE ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO.