

Assicurazione a copertura del rischio Infortuni Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo

Prodotto: "AIG Polizza Infortuni EMAPI"
Compagnia: AIG Europe S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia

Stato membro di registrazione: Lussemburgo. Compagnia operante in Italia in regime di stabilimento.

Iscrizione all'elenco delle imprese EU abilitate ad operare in regime di stabilimento n. I00146

Data ultimo aggiornamento: Febbraio 2026

Il presente documento è predisposto a mero titolo informativo al fine di fornire una breve panoramica dei contenuti principali della sua polizza assicurativa. La preghiamo di leggere attentamente le informazioni riportate qui di seguito. Può trovare informazioni complete sulla polizza leggendo l'intero set informativo di polizza.

Che tipo di assicurazione è?

"AIG Polizza Infortuni EMAPI" è una polizza assicurativa che si compone di più coperture sempre operanti ed alcune garanzie opzionali che operano solo ove richiamate. "AIG Polizza Infortuni EMAPI" include una copertura assicurativa a garanzia degli eventi: Morte a seguito di Infortunio, Invalidità Permanente a seguito di Infortunio, Diaria per convalescenza domiciliare, Diaria da immobilizzazione, Rimborso spese mediche da infortunio e Recovery Hope. Possono essere incluse, con il pagamento di un premio aggiuntivo le Garanzie Opzionali: Contagio HIV e/o Epatite B o C, Inabilità temporanea da Malattia, Inabilità temporanea da Infortunio ed Invalidità permanente specifica per il Medico.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Morte ed Invalidità Permanente a seguito di Infortunio
- ✓ Rischio Guerra
- ✓ Rischio Volo
- ✓ Coma Irreversibile
- ✓ Malore
- ✓ Ernie traumatiche e da sforzo
- ✓ Recovery Hope
- ✓ Rimborso spese mediche da Infortunio

Valide solo per il Professionista/Capo nucleo e solo per le opzioni 1) - 2) - 3):

- ✓ Diaria per convalescenza domiciliare
- ✓ Diaria da immobilizzazione
- ✓ **Garanzie opzionali, valide solo per il professionista capo nucleo:**
- ✓ Contagio HIV e/o Epatite B o C
- ✓ Inabilità temporanea da Malattia
- ✓ Inabilità temporanea da Infortunio
- ✓ Invalidità permanente specifica per il Medico



Che cosa non è assicurato?

Infortuni derivanti:

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

	l. da guida di veicoli o natanti a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di Legge in vigore o in caso di patente scaduta salvo, in quest'ultimo caso, che l'Assicurato abbia al momento del Sinistro i requisiti necessari ad ottenere il rinnovo; m. pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta sia indiretta; n. da imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa. Questa polizza non copre sinistri derivanti da: a) perdita, distruzione o danneggiamento di proprietà e le perdite o spese di qualsiasi natura da esse derivanti, nonché le perdite conseguenti b) responsabilità legali di qualsiasi natura provocate direttamente o indirettamente o a cui esse danno un contributo. La presente polizza inoltre non copre sinistro causato in alcun modo o derivante da: a) malattia coronavirus (COVID-19); b) sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2; c) qualsiasi mutazione o variazione di SARS-CoV-2; d) qualsiasi paura o minaccia di a), b) o c) elencate in precedenza. Sono qui riportate le principali esclusioni; per la lista completa si rimanda alle Condizioni Generali di Polizza.
--	--



Ci sono limiti di copertura?

- ! Alla Garanzia "Invalidità Permanente da Infortunio" sarà applicata la Franchigia riportata nel certificato di Polizza:
3% relativa al 20%: si conviene che non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 3% dell'invalidità permanente totale. Se invece essa risulta superiore al 20% dell'invalidità permanente totale, sarà corrisposto l'Indennizzo integrale.
- ! La garanzia "Diaria per convalescenza domiciliare" ha una franchigia di 3 giorni ed è prestata per un periodo massimo di 30 (trenta) giorni.
- ! La garanzia "Diaria da immobilizzazione" è prestata per un periodo massimo di 45 (quarantacinque) giorni.
- ! La garanzia "Rimborso spese mediche da infortunio" è prestata con una franchigia fissa di € 100,00 (cento) per evento.
- ! L'indennità per inabilità temporanea da infortunio viene corrisposta per un periodo complessivo non superiore a 180 giorni, anche non continuativi, per uno o più eventi nel corso del medesimo anno assicurativo, ferma l'applicazione di una franchigia temporale di cinque giorni.
- ! L'indennità per inabilità temporanea da malattia viene corrisposta per un periodo complessivo non superiore a 180 giorni, anche non continuativi, per uno o più eventi nel corso del medesimo anno assicurativo, ferma l'applicazione di una Franchigia temporale di cinque giorni, elevati a 14 per gli assicurati che abbiano compiuto i 55 anni di età.



Dove vale la copertura?

L'assicurazione vale per il mondo intero.



Che obblighi ho?

- L'obbligo di fornire informazioni vere, esatte e complete sul rischio da assicurare;
- Obbligo di comunicare all'Assicuratore ogni circostanza sopravvenuta o mutamento che possa comportare un aggravamento o una diminuzione del rischio assicurato;
- Obbligo di pagare il premio assicurativo con le modalità e le tempistiche indicate dalla Contraente EMAPI e/o dall'Intermediario;
- Obbligo di dare avviso all'Assicuratore circa l'esistenza di un diverso contratto assicurativo a copertura del medesimo rischio;
- Obbligo in capo all'Assicurato di trasmettere non appena possibile una comunicazione scritta all'Assicuratore al fine di informarlo di qualsiasi Richiesta di Risarcimento o circostanza presentata contro l'Assicurato;
- Obbligo in capo all'Assicurato di difendersi da ogni Richiesta di Risarcimento e di contestarla;
- Obbligo di fornire all'Assicuratore ogni ragionevole assistenza e collaborazione nelle fasi di indagine, difesa, transazione o appello connesse a qualsiasi Richiesta di Risarcimento;
- Obbligo di non ammettere, non assumere alcuna responsabilità, non stipulare alcun accordo con la controparte, non aderire ad alcuna Richiesta di Risarcimento e non accollarsi alcun Costo di Difesa senza la preventiva autorizzazione scritta dell'Assicuratore;
- Obbligo in capo all'Assicurato, in caso di Richiesta di Risarcimento, di assumere ragionevoli iniziative per ridurre o diminuire il danno;
- Obbligo di non cedere la presente Assicurazione e qualunque diritto da essa derivante senza il preventivo consenso scritto dell'Assicuratore.



Quando e come devo pagare?

Il Contraente è tenuto a pagare il Premio, stabilito in Polizza, alle rispettive scadenze direttamente all'Intermediario al quale è assegnata la Polizza, per il tramite di EMAPI, mediante uno degli strumenti di pagamento messi a disposizione tra quelli previsti dalla Legge.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La Polizza si intende conclusa nel momento dell'accettazione della proposta di assicurazione da parte del Contraente e la conseguente emissione del Modulo di adesione, mentre i suoi effetti decorrono dalle ore 24:00 del giorno indicato nel Modulo di adesione, previo pagamento del Premio, e terminano alle ore 24:00 del giorno indicato dal medesimo Modulo di adesione.



Come posso disdire la polizza?

L'Assicurazione non è soggetta a tacito rinnovo, la presente polizza scadrà alla sua naturale scadenza, come indicato nella Scheda di polizza, senza l'obbligo delle parti di darne preventiva notifica o avviso.



Assicurazione a copertura del rischio Infortuni

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP Aggiuntivo Danni)

Compagnia: AIG Europe S.A. – Rappresentanza generale per l'Italia

Prodotto: "AIG Polizza Infortuni EMAPI"

Data di ultimo aggiornamento: Febbraio 2026

Il DIP aggiuntivo danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa. Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

SOCIETA'

AIG Europe SA - Rappresentanza Generale per l'Italia

- Filiale italiana della società lussemburghese AIG Europe S.A. avente la sede legale in 35 D Avenue J.F. Kennedy, L-1855, Lussemburgo ed appartenente al gruppo AIG.
- Numero di iscrizione nell'Albo delle Imprese di assicurazione: I.00146 iscrizione del 16.3.2018
- Codice IVASS impresa D947R
- Sede secondaria in Italia: Piazza Vetra n. 17, cap: 20123, Milano; C.F. 97819940152/P.I. 10479810961; REA Milano n. 2530954; tel. +39 02.36.90.1; sito internet: www.aig.co.it; e- mail: info.italy@aig.com; pec: insurance@aigeurope.postecert.it.
- Regime di operatività in Italia: libertà di stabilimento
- Autorità di vigilanza competente: autorità di vigilanza per il mercato assicurativo lussemburghese Commissariat Aux Assurances.

Di seguito è riportata la situazione patrimoniale AESA: i dati sono relativi all'ultimo bilancio approvato, relativo al periodo: 1° dicembre 2022 - 31 dicembre 2023.

L'ammontare del patrimonio netto di AIG Europe SA è pari a € 2.124,9 milioni, di cui la parte relativa al capitale sociale è pari a € 47,2 milioni e la parte relativa alle riserve patrimoniali ammonta a € 2.077,7 milioni

- Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) € 564,7 milioni
- Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) € 1.254,9 milioni;
- Fondi propri ammissibili alla loro copertura € 2.124,9 milioni (per MCR) e € 2.464,9 milioni (per SCR);

L'indice di copertura dei requisiti patrimoniali, come rapporto tra Fondi propri ammissibili e Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari al 376,30% (fondi ammissibili verso MCR) o 196,4% (fondi ammissibili verso SCR); la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) si può consultare collegandosi al link: <https://www.aig.lu/en/about-aig>.

Al contratto di applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

GARANZIE SEMPRE OPERANTI

Morte o Invalidità Permanente da Infortunio	L'Assicurazione vale per gli eventi di Morte o Invalidità Permanente derivanti da infortuni che l'Assicurato subisca. La presente garanzia prevede l'indennizzo: ✓ in caso di Morte da Infortunio o Morte Presunta; ✓ in caso di Invalidità Permanente da Infortunio; ✓ in caso di Coma Irreversibile ✓ in caso di Rischio volo ✓ in caso di Rischio Guerra
Recovery Hope	L'ammontare dell'indennizzo per Recovery Hope è pari alla indennità assicurata per il caso di morte stabilita in polizza. La Società verserà al Beneficiario, l'indennizzo per Recovery Hope al verificarsi delle condizioni definite all'articolo 24.
Diaria per convalescenza domiciliare	La Società assicura al professionista/capo nucleo, in caso di convalescenza domiciliare, successiva a ricovero in Istituti di Cura a seguito di un infortunio strettamente risarcibile a norma delle Condizioni di Assicurazione, il pagamento dell'indennità assicurata per un numero massimo di 30 giorni, ferma la franchigia fissa di 3 giorni.
Diaria da immobilizzazione	Per il professionista/capo nucleo, qualora a seguito di infortunio indennizzabile sia applicato apparecchio gessato, o un tutore immobilizzante equivalente, la Società liquida l'indennità giornaliera garantita, a partire dal sesto giorno, fino alla sua rimozione e, comunque, per un periodo massimo di 45 (quarantacinque) giorni. Per "Gessatura" si intende un mezzo di contenzione rigido costituito da fasce gessate od altro apparecchio di contenimento immobilizzante, comunque esterno, sempre che applicato e/o rimosso da personale medico.
Rimborso spese mediche da infortunio	La Società rimborsa agli Assicurati, limitatamente alle opzioni per i quali tale garanzia è richiesta e fino al massimale previsto dalla specifica opzione, in caso di infortunio risarcibile a termini di polizza, il costo delle cure mediche sostenute, fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo assicurato indicato in polizza.

GARANZIE OPZIONALI - valide solo per il professionista capo nucleo

Contagio HIV e/o Epatite B o C	Per gli Assicurati, per i quali tale garanzia è richiesta, limitatamente al solo ambito professionale, la Società garantisce il caso di contagio da virus HIV (Human Immunodeficiency Virus) o Epatite B o C occorsi all'Assicurato durante lo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in polizza e certificato da appositi test clinici secondo le seguenti scadenze e modalità: 1) entro 5 giorni dal presunto contagio; 2) a distanza di 2 mesi dal presunto contagio; 3) a distanza di 6 mesi dal presunto contagio (in caso di negatività del test di cui al punto 2).
---------------------------------------	--

Inabilità Temporanea da Malattia	Per gli Assicurati, per i quali tale garanzia è richiesta, in caso di malattia che determini una inabilità temporanea dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali, la Società assicura la corresponsione dell'indennità giornaliera il cui valore è scelto dall'assicurato tra quelli indicati (opzioni I e II): a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni professionali; b) parzialmente e fino al 50% (cinquanta per cento) per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle occupazioni professionali.
Inabilità Temporanea da Infortunio	Per gli Assicurati, per i quali tale garanzia è richiesta, se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità temporanea, la Compagnia liquida un indennizzo sotto forma di diaria il cui valore è scelto dall'assicurato tra quelli indicati (opzioni I e II): a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle proprie occupazioni; b) parzialmente e fino al 50% (cinquanta per cento) per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle proprie occupazioni. L'indennità per inabilità temporanea da infortunio viene corrisposta per un periodo complessivo non superiore a 180 giorni, anche non continuativi, per uno o più eventi nel corso del medesimo anno assicurativo, ferma l'applicazione di una franchigia temporale di cinque giorni.
Invalità permanente specifica per il Medico	Nel caso in cui il medico non potesse più esercitare la propria professione a seguito di accertata perdita anatomica o funzionale di uno o più degli arti superiori (braccio-mano-dita) o di uno o entrambi gli occhi, verrà riconosciuta, oltre al normale indennizzo previsto dalle condizioni di polizza, una ulteriore indennità di € 250.000,00 senza applicazione di alcuna franchigia.
 Che cosa NON è assicurato?	
Rischi esclusi	Non sono presenti informazioni ulteriori, rispetto a quelle indicate nel DIP.
 Ci sono limiti di copertura?	
L'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il contraente. Per talune coperture sono previsti dei sotto limiti come da Condizioni di Polizza. L'assicurazione prevede limiti di indennizzo, sotto-limiti e franchigie come indicati nel certificato: dalla copertura "Morte o invalidità da infortunio" sono espressamente esclusi i casi di coma conseguenti ad infortuni avvenuti a seguito di abuso di alcolici, dall'uso, in genere, di psicofarmaci e di stupefacenti e dall'uso di farmaci non a scopo terapeutico.	

- La Società corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, senza obbligo per l'Assicurato di denuncia dei difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui fosse affetto al momento della stipulazione del Contratto di Assicurazione o che dovessero in seguito sopravvenire.
- Relativamente alla garanzia "Invalidità Permanente, sarà applicata la Franchigia riportata nel certificato di Polizza: 3% relativa al 20%: Si conviene che non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 3% dell'invalidità permanente totale. Se invece essa risulta superiore al 20% dell'invalidità permanente totale, sarà corrisposto l'Indennizzo integrale.
Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di Invalidità Permanente eventualmente subito in occasione dell'Infortunio.
- La garanzia "Diaria per convalescenza domiciliare" ha una franchigia di 3 giorni ed è prestata per un periodo massimo di 30 (trenta) giorni.
- La garanzia "Diaria da immobilizzazione" è prestata per un periodo massimo di 45 (quarantacinque) giorni.
- La garanzia "Rimborso spese mediche da infortunio" è prestata con una franchigia fissa di € 100,00 (cento) per evento.



A chi è rivolto questo prodotto?

La presente Assicurazione è prestata, a favore dei professionisti in attività e pensionati iscritti alle Casse ed Enti aderenti ad EMAPI, i Dipendenti di EMAPI e delle Casse ed Enti aderenti ad EMAPI e dei professionisti iscritti ad EMAPI ed i consulenti di EMAPI, i Familiari degli Assicurati in relazione a ciascuno dei quali sia stato conteggiato e corrisposto il relativo Premio.



Quali costi devo sostenere?

I costi di intermediazione. La quota parte del premio (al netto delle imposte) percepita in media dagli intermediari è pari al 14,9%. Il dato è calcolato sulla base delle rilevazioni contabili relative all'ultimo esercizio dell'impresa di assicurazione per il quale è stato approvato il bilancio.

COME PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

E' possibile sporgere i reclami direttamente alla compagnia usando i seguenti indirizzi:

AIG Europe S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Servizio Reclami
Piazza Vetra n.17 – 20123 Milano
Fax 02 36 90 222; e-mail: servizio.reclami@aig.com

Se il reclamo è sporto nell'interesse di un consumatore (una persona fisica che agisce per scopi diversi da quelli professionali), e se il reclamante non è soddisfatto della risposta ricevuta, o non ne ha ricevuta alcuna, è possibile richiedere che il reclamo sia esaminato dall'Executive Manager, basato presso la sede legale lussemburghese della Compagnia. A tale fine è sufficiente scrivere ai recapiti sopra indicati facendone richiesta: il servizio reclami inoltrerà il reclamo all'Executive Manager.

Alternativamente, sarà possibile scrivere a AIG Europe SA "Service Reclamations Niveau Direction" (Servizio reclami a livello direzione): 35D

	Avenue JF Kennedy L- 1855 Luxembourg – Gran Ducato del Lussemburgo o tramite mail a: aigeurope.luxcomplaints@aig.com
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it
Al Commissariat aux assurances (CAA)	Se il reclamo è sporto nell'interesse di un consumatore (persona fisica che agisce per scopi diversi da quelli professionali), si può rivolgere il reclamo al Commissariat aux Assurances (CAA), autorità competente del Granducato del Lussemburgo, competente in quanto AIG Europe S.A. ha sede legale in tale Stato. Presso quest'ultima autorità sarà aperta una procedura di risoluzione stragiudiziale delle controversie, in relazione alla quale si prega di far riferimento alle informazioni di cui al seguente link http://www.caa.lu/fr/consommateurs/resolution-extrajudiciaire-des-litiges . I riferimenti della CAA sono i seguenti: The Commissariat aux Assurances 11 rue Robert Stumper, L-2557 Luxembourg Grand-Duché de Luxembourg, Tel.: (+352) 22 69 11 - 1, caa@caa.lu Tutte le richieste alla CAA devono essere rivolte in lussemburghese, tedesco, francese o inglese.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- È possibile definire le controversie relative al presente contratto di assicurazione e ad esso connesse mediante ricorso ad arbitrato rituale o irrituale qualora ciò sia previsto dalle condizioni di assicurazione oppure se, a seguito dell'insorgere della controversia, le parti sottoscrivano una convenzione di arbitrato. - Nel caso di insoddisfazione sull'esito di un reclamo sporto nell'interesse del consumatore è possibile altresì rivolgersi agli organi lussemburghesi i cui riferimenti sono disponibili sul sito di AIG Europe S.A.: http://www.aig.lu/- Tutte le richieste agli organi di mediazione devono essere rivolte in lussemburghese, tedesco, francese o inglese. - per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. - Solo per i contratti stipulati on-line, per effettuare il tentativo di una possibile risoluzione, in via stragiudiziale, di eventuali controversie, si può adire la piattaforma Online Dispute Resolution Europea (la Piattaforma ODR). L'indirizzo di posta elettronica di AIG Europe S.A. che il consumatore può indicare nella Piattaforma ODR è: servizio.reclami@aig.com

REGIME FISCALE

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

A tal proposito, si precisa che vengono applicate le imposte alle garanzie sotto riportate, come da elenco sottostante:

- Garanzia Morte e IP da Infortunio: 2,50% del premio imponibile
- Garanzia Rimborso Spese Mediche da Infortunio: 2,50% del premio imponibile
- Garanzia Diaria per convalescenza domiciliare: 2,50% del premio imponibile
- Garanzia Diaria da immobilizzazione: 2,50% del premio imponibile
- Recovery Hope: 2,50% del premio imponibile
- Inabilità Temporanea da Malattia: 2,50% del premio imponibile
- Inabilità Temporanea da Infortunio: 2,50% del premio imponibile
- Contagio HIV e/o Epatite B o C: 2,50% del premio imponibile

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

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link https://www.aig.co.it/diritto-alloblio-oncologico
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.



AIG Polizza Infortuni EMAPI

**POLIZZA COLLETTIVA AD ADESIONE INDIVIDUALE E FACOLTATIVA
TRA
AIG EUROPE S.A. - RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA
E
EMAPI - Ente di Mutua Assistenza per i Professionisti Italiani**

**POLIZZA NR IAH0015763
Ed. 02/2026**

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

IL DIP DANNI

IL DIP AGGIUNTIVO DANNI

LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DI GLOSSARIO
INFORMATIVA PRIVACY

DEVE ESSERE CONSEGNATO ALL'ASSICURATO PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA.

AVVERTENZA IMPORTANTE

SI PREGA DI LEGGERE ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO, PRESTANDO PARTICOLARE ATTENZIONE ALLE CLAUSOLE CHE, AI SENSI DELL'ART. 166 DEL CODICE DELLE ASSICURAZIONI, SONO EVIDENZIATE IN GRASSETTO (CARATTERE DI PARTICOLARE EVIDENZA) IN QUANTO CONTENENTI: DECADENZE, NULLITA', LIMITAZIONI DI GARANZIA OVVERO ONERI A CARICO DEL CONTRAENTE O ANALOGHE CLAUSOLE.



DOCUMENTO REDATTO SECONDO LE LINEE GUIDA DEL TAVOLO TECNICO ANIA - ASSOCIAZIONI CONSUMATORI - ASSOCIAZIONI INTERMEDIARI PER I “CONTRATTI SEMPLICI E CHIARI”

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

INDICE

Glossario	Pag. 3
Disposizioni generali	Pag. 7
Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio	Pag. 7
Art. 2 Altre Assicurazioni	Pag. 7
Art. 3 Variazioni di rischio	Pag. 7
Art. 4 Foro competente	Pag. 8
Art. 5 Forma delle comunicazioni	Pag. 8
Art. 6 Pagamento e mezzi di pagamento del Premio	Pag. 8
Art. 7 Oneri fiscali	Pag. 8
Art. 8 Legge applicabile	Pag. 8
Art. 9 Prova del contratto e rinvio alle norme di legge	Pag. 8
Art. 10 Periodo di prescrizione	Pag. 8
Art. 11 Valuta di pagamento	Pag. 8
Art. 12 Assicurazioni per conto altrui - Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla Polizza	Pag. 8
Art. 13 Diritto di ripensamento	Pag. 8
Art. 14 Rinuncia alla rivalsa	Pag. 9
Operatività dell'Assicurazione	Pag. 9
Art. 15 Decorrenza, durata, cessazione delle garanzie e pagamento del premio	Pag. 9
Art. 16 Recesso dall'adesione in caso di sinistro	Pag. 9
Art. 17 Persone assicurabili	Pag. 9
Art. 18 Validità territoriale	Pag. 10
Art. 19 Limiti di età	Pag. 10
Art. 20 Clausola Broker	Pag. 10
Garanzie offerte dall'Assicurazione	Pag. 10
Art. 21 Infortuni coperti dalla polizza	Pag. 10
Art. 21.1 Ernie traumatiche e da sforzo	Pag. 11
Art. 21.2 Rischio volo	Pag. 11
Art. 21.3 Rischio guerra	Pag. 12
Art. 21.4 Malore	Pag. 12
Art. 21.5 Movimenti tellurici	Pag. 12

Prestazioni Assicurate	Pag. 12
Garanzie sempre operanti	Pag. 12
Art. 22 Morte da Infortunio	Pag. 12
Art. 22.1 Regole specifiche applicabili in caso di morte dell'Assicurato	Pag. 12
Art. 22.2 Regole specifiche applicabili in caso di morte presunta dell'Assicurato	Pag. 12
Art. 22.3 Esposizione agli elementi	Pag. 12
Art. 22.4 Regole specifiche applicabili al caso di Coma Irreversibile	Pag. 12
Art. 22.5 Commorienza	Pag. 13
Art. 23 Invalidità Permanente da Infortunio	Pag. 13
Art. 23.1 Funzionamento della copertura Invalidità Permanente. Calcolo dell'Indennizzo	Pag. 13
Art. 23.2 Franchigia Invalidità Permanente da Infortunio	Pag. 14
Art. 23.3 Supervalutazione dell'Invalidità Permanente	Pag. 14
Art. 23.4 Danni estetici	Pag. 14
Art. 24 Recovery Hope	Pag. 14
Art. 25 Diaria per convalescenza domiciliare	Pag. 15
Art. 26 Diaria da immobilizzazione	Pag. 16
Art. 27 Rimborso spese mediche da Infortunio	Pag. 16
Virtual Care Program	Pag. 17
Garanzie Opzionali attivabili con il pagamento di un premio aggiuntivo	Pag. 17
Art. 28 Contagio HIV e/o Epatite B o C – Prestazione assicurativa aggiuntiva valida solo per il professionista Capo nucleo	Pag. 17
Art. 29 Inabilità temporanea da malattia – Prestazione assicurativa aggiuntiva valida solo per il professionista Capo nucleo	Pag. 18
Art. 30 Inabilità temporanea da infortunio - Prestazione assicurativa aggiuntiva valida solo per il professionista Capo nucleo	Pag. 18
Art. 31 Invalidità permanente specifica per il Medico (chirurgo e veterinario) professionista - Prestazione assicurativa aggiuntiva valida solo per il professionista Capo nucleo	Pag. 19
Limitazioni ed esclusioni	Pag. 19
Art. 32 Limite di Indennizzo per evento	Pag. 19
Art. 33 Sanzioni Internazionali	Pag. 19
Art. 34 Esclusioni	Pag. 19
Art. 34.1 Esclusioni generali applicabili a tutte le garanzie	Pag. 19
Art. 34.2 Esclusioni di contaminazione radioattiva e di esplosivi nucleari o loro componenti	Pag. 20
Art. 34.3 Esclusioni CORONA VIRUS	Pag. 20
Disposizioni che regolano i Sinistri e i Reclami	Pag. 20
Art. 35 Cumulo di Indennità	Pag. 20
Art. 36 Criteri di indennizzabilità	Pag. 21
Art. 37 Denuncia del Sinistro	Pag. 21
Art. 38 Obblighi della Compagnia in caso di Sinistro	Pag. 22
Art. 39 Pareri medici - Controversie	Pag. 22
Art. 40 Come presentare un reclamo	Pag. 23
Art. 41 Categorie assicurate e forme di copertura	Pag. 24
Allegato - Appendice normativa	Pag. 29

GLOSSARIO

Aderente / Assicurato

Il soggetto, il cui interesse è coperto dalla presente Assicurazione. Sono assicurabili i professionisti in attività e pensionati iscritti alle Casse ed Enti aderenti ad EMAPI, i Dipendenti di EMAPI e delle Casse ed Enti aderenti ad EMAPI e dei professionisti iscritti ad EMAPI ed i consulenti di EMAPI, i Familiari degli Assicurati, come previsto nella relativa definizione.

Arto

Un braccio o una gamba nella sua totalità.

Assicurazione

Il presente contratto di assicurazione.

Beneficiario designato

Beneficiario delle garanzie previste dalla presente Polizza è l'Aderente/Assicurato, a condizione che il Sinistro sia liquidabile ai termini ed alle condizioni di Polizza, in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato sarà la persona fisica designata in polizza a beneficiare delle somme relative alla garanzia morte. In assenza di persona fisica designata, in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato, i beneficiari si intendono gli eredi legittimi e/o testamentari.

Capitale Assicurato

La somma dovuta dalla Compagnia in caso di Sinistro.

Capo nucleo

Il professionista iscritto alle Casse ed Enti aderenti ad EMAPI, il Dipendente di EMAPI e delle Casse ed Enti aderenti ad EMAPI e dei professionisti iscritti ad EMAPI ed il consulente di EMAPI.

Cartella clinica

Documento ufficiale e atto pubblico redatto durante il ricovero, contenente le generalità dell'Assicurato, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso terapeutico/diagnostico effettuato, gli esami e la scheda di dimissione.

Coma Irreversibile

Stato di profonda incoscienza, caratterizzato dall'arresto definitivo di tutte le funzioni del cervello e del tronco encefalico (morte cerebrale).

Commissioni/Costi di Intermediazione

Il compenso che l'Assicuratore corrisponde all'Intermediario, qualora previsto, per l'attività di intermediazione assicurativa svolta. Esso è normalmente definito in una percentuale del premio, al netto delle imposte, corrisposto dall'Assicurato.

Compagnia o Società/Assicuratore

AIG Europe S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia
Piazza Vetra, 17- 20123 Milano (Italia)
Sito internet: <http://www.aig.co.it>

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

Contraente

Si intende il soggetto (persona fisica o giuridica) che stipula il Contratto di Assicurazione per sé e/o a favore di terzi. Nel caso di specie di questo contratto, il Contraente è EMAPI - Ente di Mutua Assistenza per i Professionisti Italiani, via XX Settembre, 26 - 00187 Roma, C.F. 97269410581.

Covid-19: Malattia da Coronavirus causata dal virus SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome - CoronaVirus 2), noto anche come nuovo Coronavirus 2019

Danno

Il pregiudizio subito dall'Aderente/Assicurato in conseguenza di un Sinistro.

Data del Sinistro

Data in cui viene diagnosticato il Sinistro, attestato da apposita documentazione medica.

Domicilio

Luogo in cui la persona fisica ha stabilito la sede principale dei propri affari e interessi.

Epatite: l'infiammazione del fegato dovuta ad un Contagio.

Epatite B: la malattia infettiva causata dal virus HBV, appartenente alla famiglia Hepadnaviridae.

Epatite C: la malattia infettiva causata dal virus Hepatitis C Virus (HCV).

Franchigia/Scoperto

La parte di danno che resta a carico dell'Aderente/Assicurato, espressa rispettivamente in un importo fisso o in una percentuale sul Danno indennizzabile. Qualora lo scoperto preveda un minimo e la percentuale sul Danno indennizzabile risultasse inferiore all'importo del minimo di scoperto, sarà quest'ultimo a restare a carico dell'Assicurato. La Franchigia si dice "Assoluta" quando il suo importo rimane in ogni caso a carico dell'Assicurato, qualunque sia l'entità del Danno subito. La Franchigia si dice invece "Relativa" quando la sua applicazione dipende dall'entità del Danno subito: se il Danno è inferiore o uguale all'importo della Franchigia, l'Assicuratore non corrisponde alcun indennizzo; se invece il danno è superiore, l'Assicuratore lo indennizza totalmente senza applicare alcuna Franchigia.

Giorno di Ricovero

La permanenza dell'Assicurato in un Istituto di Cura per un periodo di almeno 24 ore consecutive e/o la degenza che abbia comportato almeno un pernottamento.

Guerra

Guerra, dichiarata o non dichiarata, o attività belliche, incluso l'impiego di forza militare da parte di qualsiasi Stato sovrano per fini economici, geografici, nazionalistici, politici, razziali, religiosi o di altro tipo.

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

Indennità o Indennizzo

La somma di denaro dovuta dall'Assicuratore in caso di Sinistro indennizzabile.

Infortunio

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

Infortunio in itinere

Infortunio occorso al lavoratore durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello di lavoro, compreso il tragitto per raggiungere il luogo di consumazione abituale dei pasti ed il successivo rientro nel luogo di lavoro, oppure durante il normale percorso che collega due luoghi di lavoro se il lavoratore ha più rapporti di lavoro, ai sensi dell'art. 12 del Decreto Legislativo n° 38/2000.

Invalidità Permanente

la perdita o la diminuzione, definitiva ed irrimediabile, della capacità generica dell'Assicurato ad una qualsiasi attività lavorativa indipendentemente dalla sua professione.

Intermediario

Intermediario assicurativo al quale è affidata l'intermediazione e la gestione della presente Polizza, nel caso di specie l'intermediario è RTI Aon-ITAL BROKERS iscritto al RUI con il n. B000117871.

Istituto di Cura

Un ospedale o una clinica abilitata a praticare atti e somministrare trattamenti su persone malate o infortunate, in possesso delle autorizzazioni amministrative locali necessarie per l'esecuzione di tali pratiche e dotata del personale necessario.

IVASS

È l'autorità cui è affidata la vigilanza sul settore assicurativo con riguardo alla sana e prudente gestione delle imprese di assicurazione e riassicurazione e alla trasparenza e correttezza dei comportamenti delle imprese, degli intermediari e degli altri operatori del settore.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Massimale/Somma Assicurata

La somma fino alla concorrenza della quale la Società presta la garanzia, per persona, qualunque sia il numero dei Sinistri e delle persone colpite.

Nucleo Familiare

Oltre al Professionista, il coniuge/partner unito civilmente o il convivente more uxorio (indipendentemente dal genere), i figli risultanti dallo stato di famiglia nonché i figli affidatari; sono inoltre ricompresi i figli non conviventi fino ai 26 anni di età.

Polizza

Il documento che prova l'Assicurazione, riporta le singole coperture con i relativi massimali, il premio e la durata delle coperture assicurative.

Premio

Somma che l'Aderente/Assicurato versa alla Società per il tramite del Contraente, a fronte delle coperture previste dalla presente Assicurazione sulla scorta dell'opzione prescelta.

Rischio

La possibilità che si verifichi l'evento assicurato.

**Ricovero Ospedaliero**

Il ricevimento di cure presso un Istituto di cura, laddove sia necessario un soggiorno minimo di 24 ore consecutive.

Scheda di Polizza

La parte della polizza contenente i dati generali del contratto (come i dati anagrafici del Contraente, il numero identificativo del contratto, la data di effetto e scadenza) e gli ulteriori elementi che descrivono il rischio assicurato (come il massimale e le franchigie).

Set Informativo

I seguenti documenti: DIP, DIP aggiuntivo, condizioni di assicurazione comprensive di glossario, oltre alla informativa privacy.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia di cui alla presente Polizza.

Società

L'impresa Assicuratrice.

Tabella INAIL

La Tabella di Legge per i casi di invalidità permanente annessa al Testo Unico sull'assicurazione obbligatoria, approvata con D.P.R. del 30/6/1965, n. 1124

DISPOSIZIONI GENERALI

PREMESSA

La presente Polizza è un'Assicurazione collettiva ad adesione facoltativa e onerosa, attraverso la quale il Contraente mette a disposizione dei propri iscritti la possibilità di aderire, previo pagamento del Premio, alle coperture assicurative, secondo i termini e le condizioni di cui alle presenti condizioni di assicurazione.

Contraente e Assicurato

Il Contraente è il soggetto che sottoscrive la Polizza e che paga alla Compagnia il Premio raccolto dagli Aderenti/Assicurati.

L'Assicurato/Aderente è il soggetto che beneficia delle coperture a seguito dell'adesione alla Polizza collettiva e a fronte del pagamento del Premio al Contraente

Contraente e Aderente/Assicurato possono o meno coincidere. Nel caso di specie non coincidono.

Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e degli Aderente/Assicurati relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile.

Art. 2 — Altre assicurazioni

L'Aderente/Assicurato, anche per il tramite del Contraente, è esonerato dall'obbligo di denunciare altre assicurazioni a copertura dello stesso rischio che avesse in corso o stipulasse con altre compagnie di assicurazione, in deroga all'art. 1910 Codice Civile.

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

Art. 3 – Variazioni di rischio

L'Aderente/Assicurato è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni di cui fosse affetto al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di infortunio l'indennità per invalidità permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette dell'infortunio, conformemente a quanto previsto dalle Condizioni Generali di assicurazione.

L'Aderente/Assicurato ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta al Contraente, che a sua volta si impegna a comunicarlo senza ritardo alla Società, di ogni variazione che intervenga a modificare il rischio oggetto di Assicurazione. Se la variazione implica una diminuzione del rischio, la Società provvederà a ridurre in proporzione il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione fatta dal Contraente, ai sensi ed alle condizioni di cui all'Art. 1897 del Codice Civile, rinunciando al relativo diritto di recesso. **Se la variazione implica un aggravamento del rischio ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile, la Società ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di trenta giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione. Il recesso produce effetti immediatamente se l'aggravamento è tale che la Società non avrebbe consentito l'Assicurazione, ha invece effetto dopo 15 giorni se l'aggravamento del rischio è tale che per l'Assicurazione sarebbe stato richiesto un maggior premio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.**

Art. 4 – Foro competente

Per ogni controversia relativa alla presente Polizza è competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza dell'Aderente/Assicurato.

Art. 5 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Aderente/Assicurato è tenuto sono valide solo se fatte per iscritto alla Contraente EMAPI, alla Società o all'Intermediario cui la Polizza è assegnata. **Qualunque modificazione dell'Assicurazione non è valida se non risulta da un atto di variazione sottoscritto dalle Parti.**

Art. 6 - Pagamento e mezzi di pagamento del Premio

L'Aderente/Assicurato è tenuto a pagare il Premio stabilito in Polizza, alle scadenze stabilite, all' Intermediario per il tramite della Contraente EMAPI, mediante uno dei metodi di pagamento messi a disposizione tra quelli previsti dalla legge. Il Premio, incluse le imposte, è calcolato sulla base dell'opzione scelta, riportata nel Certificato di Assicurazione.

Art. 7 — Oneri fiscali

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

Art. 8 – Legge applicabile

Il presente contratto è regolato dalla legge della Repubblica Italiana.

Art. 9 – Prova del contratto e rinvio alle norme di legge

I rapporti contrattuali sono determinati esclusivamente dalle presenti condizioni generali di Polizza e dalle sue appendici e allegati. Per tutto quanto non è regolato dal contratto valgono le vigenti disposizioni di legge.

Art. 10 – Periodo di Prescrizione

Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di due anni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione e/o garanzia in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del Codice Civile.

Art. 11 – Valuta di Pagamento

Gli Indennizzi ed i rimborsi vengono corrisposti in Italia e in Euro.

Nel caso di spese sostenute in Paesi non appartenenti all'Unione Europea o appartenenti alla stessa ma che non abbiano adottato l'euro come valuta, il rimborso verrà calcolato al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea relativo al giorno in cui l'Assicurato ha sostenuto le spese.

Art. 12 - Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla Polizza

Gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 c.c.

Art. 13 – Diritto di ripensamento

Qualora la presente Polizza sia stipulata attraverso mezzi di comunicazione a distanza, l'Aderente/Assicurato ha facoltà di esercitare il diritto di recesso nei 14 giorni successivi alla sua conclusione o, se successiva, alla data di ricezione della documentazione contrattuale in conformità con le disposizioni di legge applicabili.

In tal caso la Società procederà alla restituzione del Premio eventualmente già pagato, **senza trattenuta alcuna, entro e non oltre 30 (trenta) giorni.**

Se il ripensamento è esercitato prima della decorrenza sarà rimborsato l'intero premio versato. Qualora si verifichi un Sinistro, durante il periodo in cui è previsto il diritto di ripensamento, lo stesso diritto non potrà essere esercitato.

Art. 14 – Rinuncia alla rivalsa

In deroga all'art. 1916 del Codice Civile, l'Assicuratore rinuncia a favore dell'Aderente/Assicurato, o dei suoi aventi causa, al diritto di rivalersi verso i Terzi responsabili dell'Infortunio.

OPERATIVITA' DELL'ASSICURAZIONE

Art. 15 – Decorrenza, durata, cessazione delle garanzie e pagamento del premio

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

- dalle ore 24 del 28/02 per i pagamenti effettuati al Contraente entro il 20/03, per coloro che erano già assicurati nell'annualità precedente;
- dalle ore 24 del giorno di pagamento al Contraente, per le comunicazioni avvenute entro il 31/03 e relativamente alle sole nuove adesioni;
- dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese in cui EMAPI ha ricevuto la richiesta di adesioni, per le nuove adesioni pervenute dopo il 31/03 e per tutti gli altri mesi.

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

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

La Polizza è risolta di diritto ex art. 1901 comma 3 Codice Civile se la Compagnia, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il Premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; fermo il diritto della Compagnia di esigere il pagamento del Premio relativo al periodo di Assicurazione in corso e delle spese sostenute.

L'Assicurazione ha una durata pari a 2 anni e non è soggetta a tacito rinnovo, la presente polizza scadrà alla sua naturale scadenza, come indicato nella Scheda di polizza, senza l'obbligo delle parti di darne preventiva notifica o avviso.

Art. 16 – Recesso dall'adesione in caso di sinistro

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

Art.17 – Persone assicurabili

Possono essere assicurati:

- a. i professionisti in attività e pensionati iscritti alle Casse ed Enti aderenti ad EMAPI, i Dipendenti di EMAPI e delle Casse ed Enti aderenti ad EMAPI e dei professionisti iscritti ad EMAPI ed i consulenti di EMAPI, i Nuclei familiari interi degli Assicurati,
- b. **coloro che al momento della sottoscrizione della Polizza non siano affetti da alcoolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidei. L'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.**

Qualora la Compagnia venga a conoscenza del fatto che l'Aderente/Assicurato, al momento della sottoscrizione della Polizza, non abbia i suddetti requisiti, invia la comunicazione di annullamento al Contraente, restituendo il Premio pagato al netto delle imposte.

Art. 18 – Validità territoriale

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

Art. 19 – Limiti di età

La garanzia assicurativa si intende prestata senza limiti di età; tuttavia, per i soggetti che, superati gli 80 anni di età, intendono aderire per la prima volta al programma assicurativo, l'adesione potrà avvenire solo dietro presentazione di certificato medico attestante buona salute; in ogni caso per gli assicurati che hanno superato gli 80 anni di età, siano essi già assicurati o nuovi aderenti, le uniche opzioni di copertura attivabili potranno essere la 1A) e la 1B), come definite nell'Art. 41.

Art. 20 – Clausola Broker

Si prende atto e si accetta espressamente che l'intermediario è RTI Aon-ITAL BROKERS, ossia il soggetto al quale il Contraente ha affidato l'intermediazione e la gestione della presente Polizza. Tutte le comunicazioni alle quali l'Aderente/Assicurato è tenuto possono essere fatte per iscritto al Contraente. Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente Polizza, la Società riconosce che ogni comunicazione fatta dall'Aderente/Assicurato all'intermediario si intenderà come fatta alla Società stessa, mentre quest'ultima riconosce che ogni comunicazione fatta dall'Intermediario, in nome e per conto del Contraente, alla Società si intenderà come fatta dal Contraente stesso. La Società dichiara di avere affidato la gestione amministrativa della presente Polizza - da intendersi per essa, l'emissione del contratto e il versamento del Premio – all'Intermediario.

Nel rispetto degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, ai sensi dell'art. 118 del D.Lgs. 209/2005 e dell'articolo 65 del Regolamento IVASS n. 40/2018, la Società ha autorizzato l'intermediario ad incassare il Premio dal Contraente.

Da ciò ne consegue che l'Aderente/Assicurato, pagando il Premio al Contraente, adempierà all'obbligo di corrispondere il Premio alla Società.

GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE

La presente Polizza copre gli Infortuni che l'Assicurato subisca nell'espletamento delle proprie mansioni professionali e/o nello svolgimento di ogni altra attività extra-professionale.

Art. 21 – Infortuni coperti dalla polizza

Si precisa che la definizione di Infortunio riportata nel "Glossario" - Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, comprende anche:

L'ingestione accidentale di alimenti, bevande o sostanze in genere idonee a produrre avvelenamento, intossicazione o lesioni;

- l'asfissia causata dall'azione di gas o vapori;
- le lesioni fisiche derivanti da atto di terrorismo o sabotaggio o Aggressione ai danni dell'Assicurato; **sono esclusi dalla copertura di Polizza le lesioni derivanti da Aggressioni, atti di terrorismo o sabotaggio nel caso in cui fosse dimostrata la partecipazione come parte attiva dell'assicurato in qualità di istigatore o esecutore;**
- le lesioni conseguenti a contatto con sostanze caustiche o corrosive, **purché concentrato nel tempo e fortuito;**
- l'asfissia meccanica provocata da evento esogeno, non correlata a condizioni morbose preesistenti, compreso l'annegamento;
- l'assideramento, il congelamento, colpo di calore, colpo di sole, anche derivanti da naufragio, atterraggio forzato;
- gli infortuni derivanti da terremoto, valanga e inondazione;
- le lesioni muscolari da sforzo e le ernie traumatiche da sforzo, incluse anche le ernie discali, secondo quanto riportato di seguito.

Non saranno considerati Infortuni i seguenti eventi:

- **qualunque evento causato da imperizia, negligenza e imprudenza medica in atti diagnostico-terapeutici che non siano stati resi necessari da infortunio;**
- **ictus, rottura di aneurisma cerebrale, insufficienza cardiaca o infarto del miocardio, embolia cerebrale o emorragia meningea.**

Art 21.1 – Ernie traumatiche e da sforzo

A specificazione di quanto disposto dall'art. 21 che precede, si conviene che:

- nel caso di ernia addominale traumatica o da sforzo operata o operabile viene riconosciuto un **indennizzo fino ad un massimo del 2% (due per cento) della somma assicurata;**
- nel caso di ernia addominale traumatica o da sforzo non operabile viene riconosciuto un indennizzo **fino ad un massimo del 5% (cinque per cento) della somma assicurata;**
- nel caso di ernia del disco intervertebrale operabile e non operabile, viene riconosciuto in indennizzo **fino ad un massimo del 2% (due per cento) della somma assicurata;**
- nel caso insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Art. 39 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

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

Art. 21.2 – Rischio volo

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

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

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

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

tra il suddetto limite ed il totale degli indennizzi che sarebbero liquidabili a termini di polizza, salvo per quanto disposto nella presente clausola.

Art. 21.3 – Rischio guerra

A parziale modifica della esclusione di cui all'art. 34.1, La presente Assicurazione è estesa agli Infortuni derivanti da Guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, atto di terrorismo, **per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato risulti sorpreso dagli eventi citati, mentre si trova in un Paese straniero dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del suo arrivo in tale Paese.**

Per ulteriori informazioni sui Paesi a rischio, l'Aderente/Assicurato è tenuto a consultare il sito del Ministero Affari Esteri.

Art. 21.4 – Malore

L'Assicurazione comprende altresì gli Infortuni sofferti in conseguenza di malore o incoscienza.

Art. 21.5 – Movimenti tellurici

L'assicurazione comprende gli Infortuni derivanti da movimenti tellurici.

PRESTAZIONI ASSICURATE

GARANZIE SEMPRE OPERANTI

Art. 22 – Morte da Infortunio

Art. 22.1 – Regole specifiche applicabili in caso di morte dell'Assicurato

Il caso di morte viene liquidato l'Indennizzo fino alla concorrenza del Massimale corrispondente all'opzione scelta, purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad Infortunio indennizzabile nei termini di Polizza e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio stesso è avvenuto.

Si specifica che l'Assicurazione corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio denunciato.

Tale somma viene liquidata ai Beneficiari designati, in difetto di designazione, agli eredi legittimi e/o testamentari dell'Aderente/Assicurato in parti uguali. L'Aderente/Assicurato potrà in ogni momento, durante la vigenza della Polizza, modificare l'indicazione del/dei Beneficiario/i con comunicazione scritta alla Società.

Art. 22.2 – Regole specifiche applicabili in caso di morte presunta dell'Assicurato

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati in polizza il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli Artt. 60 e 62 C.C.

Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 22.3 – Esposizione agli elementi

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle Condizioni di Polizza, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di morte e di invalidità permanente anche in quei casi in cui gli

avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Art. 22.4 – Regole specifiche applicabili in caso di Coma Irreversibile

Ai fini della presente Assicurazione lo stato accertato e dichiarato da un rapporto clinico di una struttura ospedaliera di Coma Irreversibile, in rapporto diretto ed esclusivo con un infortunio indennizzabile sulla base della polizza, viene equiparato alla morte. Pertanto, la Società liquiderà la prestazione pattuita qualora l'Aderente/Assicurato permanga in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 (centottanta) giorni dall'accertamento medico dello stato di coma. La comunicazione della caduta in stato di Coma Irreversibile dell'Aderente/Assicurato **dovrà essere inviata alla Società, per iscritto e secondo le stesse modalità previste per i casi di denuncia di Sinistro; sempre secondo le stesse modalità dovrà essere comunicato l'avvenuto superamento del periodo di 180 (cento ottanta) giorni continuativi e ininterrotti di coma.**

Sono espressamente esclusi i casi di Coma Irreversibile conseguenti ad Infortuni avvenuti a seguito di abuso di alcolici, dall'uso, in genere, di psicofarmaci e di stupefacenti e dall'uso di farmaci non a scopo terapeutico.

Art. 22.5 – Commorienza

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

Art. 23 – Invalidità permanente da Infortunio

Se l'Infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa, anche se successiva alla scadenza della Polizza, si verifica **entro due anni dal giorno dal quale l'Infortunio è avvenuto, la Società liquida a tale titolo l'Indennità, calcolandola sulla somma assicurata corrispondente all'Opzione scelta, in proporzione al grado di Invalidità Permanente accertata, secondo le percentuali previste dalla "Tabella per l'industria allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124" ("Tabella INAIL") con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista.**

Per gli Aderenti/Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla citata Tabella INAIL per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

Rimane ferma la Franchigia indicata nell'art. 23.2 Franchigia Invalidità Permanente da Infortunio.

Art. 23.1 – Funzionamento della copertura Invalidità Permanente. Calcolo dell'Indennizzo

L'indennizzo si determina applicando al Capitale assicurato la percentuale di invalidità permanente valutata, da AIG, con l'utilizzo della "Tabella per l'industria allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124" ("Tabella INAIL"). Il diritto all'Indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse per causa indipendente dall'Infortunio, dopo che l'Indennità per Invalidità Permanente fosse già stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, l'Assicuratore erogherà ai Beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi o aventi diritto l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Viceversa, se il decesso per causa indipendente dall'Infortunio avviene prima che l'Assicuratore abbia effettuato l'accertamento medico- legale volto a determinare il grado di Invalidità Permanente, e quindi prima che l'Indennità sia liquidata o offerta, gli eredi o gli aventi diritto avranno comunque la facoltà di dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante consegna all'Assicuratore di adeguata documentazione idonea ad accertare l'Invalidità Permanente (elencata all'articolo 37 – Denuncia del Sinistro).

Entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione istruttoria, elencata all'articolo 37 – Denuncia del Sinistro - la Compagnia si impegna a comunicare agli eredi e aventi diritto l'esito dell'accertamento condotto sulla documentazione prodotta e la

quantificazione dell'invalidità permanente derivante dagli esiti documentati, ovvero la Compagnia si riserva di richiedere ulteriori documenti per adempiere all'accertamento.

Si specifica che la perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; **se si tratta di una minorazione, le percentuali della Tabella INAIL vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta in relazione all'organo o all'arto.**

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%. La perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà, e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. Nel caso di lesioni-menomazioni concorrenti sul medesimo organo od arto l'indennità viene stabilita mediante valutazione complessiva della funzionalità perduta.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella Tabella INAIL, 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 ad un qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla professione esercitata prima dell'Infortunio.

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

Art 23.2 – Franchigia Invalidità Permanente da Infortunio

L'Indennizzo spettante per Invalidità Permanente si determina applicando alla somma assicurata per Invalidità Permanente indicata nel certificato di Polizza la percentuale corrispondente al grado di Invalidità Permanente, accertata dall'Assicuratore.

Alla somma così calcolata sarà applicata la Franchigia del 3% relativa al 20%; si conviene dunque che non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 3% dell'invalidità permanente totale.

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

Art. 23.3 – Supervalutazione dell'Invalidità Permanente

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

Art. 23.4 – Danni estetici

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

Art. 24 – Recovery Hope

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

a) l'ammontare dell'indennizzo per Recovery Hope è pari alla indennità assicurata per il caso di morte stabilita in polizza. La Società verserà al Beneficiario (come meglio rappresentato e definito in seguito) l'indennizzo per Recovery Hope al verificarsi delle condizioni in seguito definite nel presente articolo.

b) Potrà essere esercitata la richiesta di pagamento di indennizzo Recovery Hope (I) se l'Assicurato a seguito di Infortunio sarà rimasto in coma irreversibile per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 giorni, provato da certificazione medica, (II) se sarà

stata data comunicazione alla Società per iscritto sia dell'inizio dello stato di coma, sia dell'avvenuto superamento del periodo di 180 giorni continuativi ed ininterrotti; e (III) se sarà stata fornita tempestivamente alla Società idonea documentazione a comprova dello stato di coma, delle cause e della durata di tale stato.

c) La domanda di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope deve essere presentata dal curatore o tutore provvisorio o definitivo nominato corredato dal provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente in copia autentica, sia dalla nomina del curatore o tutore, sia del provvedimento che dovrà autorizzare il pagamento dell'indennizzo Recovery Hope con le modalità e gli effetti previsti dal presente articolo, ivi compresi quelli qui di seguito specificati.

d) A partire dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope, la copertura assicurativa a favore dell'Assicurato cesserà e quindi la Società null'altro sarà tenuta a corrispondere né per la morte né per l'invalidità permanente, salvo al verificarsi delle condizioni indicate nel paragrafo che segue.

e) Nell'ipotesi in cui entro 730 giorni dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope l'Assicurato esca totalmente dal coma, la Società, a richiesta del Beneficiario, direttamente o tramite il tutore o curatore (perché debitamente autorizzati con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria) effettuerà un indennizzo integrativo pari al 10% (dieci per cento) dell'importo già corrisposto **sino ad un massimo di € 50.000 (cinquantamila)**. **Tale pagamento sarà effettuato dopo che la ripresa dal coma sia proseguita in modo continuativo ed ininterrotto per almeno 30 (trenta) giorni ed a condizione che alla Società venga fornita idonea documentazione a comprova.**

Art. 25 – Diaria per convalescenza domiciliare

La Società assicura al professionista/Capo nucleo, in caso di convalescenza domiciliare, provata da certificazione medica, con indicazione del periodo e della diagnosi, successiva a ricovero in Istituti di Cura a seguito di un Infortunio regolarmente indennizzabile a termini di polizza, il pagamento dell'Indennità assicurata **per un numero massimo di 30 giorni, ferma la Franchigia fissa di 3 giorni.**

La diaria viene fissata in € 100,00 al giorno, con possibilità di elevarla a € 200,00 mediante versamento del premio aggiuntivo. Sono esclusi i ricoveri determinati da:

- **intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o dall'uso di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;**
- **cure e interventi per la eliminazione di difetti fisici, interventi e prestazioni di carattere estetico** (salvo che siano rese indispensabili a seguito di infortunio), **per le cure e protesi dentarie.**

Sono altresì esclusi i ricoveri in stabilimenti termali, case di soggiorno e di convalescenza.

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

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

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

Art. 26 – Diaria da immobilizzazione

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

Per "Gessatura" si intende un mezzo di contenzione rigido costituito da fasce gessate od altro apparecchio di contenimento immobilizzante, comunque esterno, sempre che applicato e/o rimosso da personale medico.

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

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

Ai fini dell'applicazione della presente garanzia è equiparata ad apparecchio gessato/tutore immobilizzante anche la permanenza obbligatoria a letto effettuata presso il domicilio dell'assicurato, necessaria per la stabilizzazione delle conseguenze dell'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza.

L'Assicurato deve presentare denuncia di sinistro alla Contraente EMAPI entro 5 giorni dall'inizio della permanenza a letto presso il proprio domicilio. Successivamente e solo a guarigione avvenuta, per ottenere il rimborso l'assicurato dovrà esibire la seguente documentazione:

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

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

Art. 27 – Rimborso spese mediche da infortunio

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

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

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

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

I massimali di indennizzo per ciascuna opzione sono quelli indicati all'Art. 41 con possibilità di elevarli di ulteriori € 7.500,00 mediante versamento del premio aggiuntivo.

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

VIRTUAL CARE PROGRAM

A fronte della sottoscrizione della presente Polizza, sono attivati a favore degli Assicurati, automaticamente e gratuitamente, servizi sanitari (di natura non assicurativa) prestati da Teladoc: Virtual Care Program.

Essi sono disciplinati dai termini e condizioni redatte dalla società Teladoc, è possibile accedere alla App "AIG Virtual Care" o visitare il portale: www.aigvirtualcareprogram.com. AIG Europe S.A. si limita a mettere a disposizione i servizi di Teladoc (facendosi carico delle relative spese), ma non assume responsabilità per la corretta esecuzione dei servizi da parte di Teladoc.

GARANZIE OPZIONALI ATTIVABILI CON IL PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Art. 28 – Contagio HIV e/o Epatite B o C – Prestazione assicurativa aggiuntiva valida solo per il professionista Capo nucleo

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

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

Esiti test di cui al punto 1:

- **Positivo: non sarà dovuto alcun indennizzo e l'assicurazione cesserà automaticamente alla prima scadenza annuale successiva alla data dell'accertamento.**

- **Negativo: l'Assicurato dovrà sottoporsi al test di cui al punto 2.**

Esiti test di cui al punto 2:

- **Positivo: l'Assicurato dovrà consegnare alla Società tutta la documentazione relativa ai 2 test effettuati per certificare la condizione di contagio da Virus HIV o Epatite B o C;**

- **Negativo: l'Assicurato dovrà sottoporsi al test di cui al punto 3.**

Esiti test di cui al punto 3:

- **Positivo: l'Assicurato dovrà consegnare alla Società tutta la documentazione relativa ai 3 test effettuati per certificare la condizione di contagio da Virus HIV o Epatite B o C;**

- **Negativo: la Società non procederà ad alcun indennizzo.**

Somma assicurata

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

Denuncia del presunto contagio

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

Esclusioni:

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

- Epatiti alcoliche.

Cumulo di indennità

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

Art. 29 – Inabilità temporanea da malattia – Prestazione assicurativa aggiuntiva valida solo per il professionista Capo nucleo

Per gli Assicurati, per i quali tale garanzia è richiesta, in caso di malattia che determini una inabilità temporanea dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali, la Società assicura la corresponsione dell'indennità giornaliera il cui valore è scelto dall'assicurato tra quelli indicati nell'Art. 41:

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

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

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

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

- certificato medico o dichiarazione di ricovero in Istituto di cura con data di ricovero e di dimissioni, con diritto della società di copia della cartella clinica;
- certificato di avvenuta guarigione, redatto dal medico curante, con relativa data di ripresa al lavoro.

Nel caso in cui l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici, la liquidazione dell'indennità viene effettuata considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato.

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

Il limite di età, per accedere alla presente garanzia è fissato a 65 anni. Diaria giornaliera assicurata: opzione A € 50,00; opzione B € 100,00.

Art. 30 – Inabilità temporanea da infortunio - Prestazione assicurativa aggiuntiva valida solo per il professionista Capo nucleo

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

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

L'indennità per inabilità temporanea da infortunio viene corrisposta **per un periodo complessivo non superiore a 180 giorni, anche non continuativi, per uno o più eventi nel corso del medesimo anno assicurativo, ferma l'applicazione di una Franchigia temporale di cinque giorni.**

La Franchigia di 5 giorni decorre dal giorno dell'infortunio, restando inteso che l'indennità è corrisposta a partire dal sesto giorno dalla data dell'infortunio, escludendo dal pagamento i casi guariti entro tale periodo.

L'indennizzo non è cumulabile con l'indennità per convalescenza domiciliare o con l'indennità da immobilizzazione.

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

Il limite di età viene regolato dall'art. 19 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Diaria giornaliera assicurata: opzione A € 50,00; opzione B € 100,00.

Art. 31 – Invalidità permanente specifica per il Medico professionista (inclusi chirurghi e veterinari) e per gli odontoiatri - Prestazione assicurativa aggiuntiva valida solo per il professionista Capo nucleo

Nel caso in cui il medico Assicurato non potesse più esercitare la propria professione a seguito di accertata perdita anatomica totale o funzionale di uno o più degli arti superiori (braccio-mano-dita) o di uno o entrambi gli occhi (tale perdita deve essere verificata tramite visita medico legale da parte della Compagnia), verrà riconosciuta, oltre al normale indennizzo previsto dalle condizioni di polizza, una ulteriore indennità di € 250.000,00 senza applicazione di alcuna Franchigia.

LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Art. 32 – Limite di Indennizzo per Evento

Resta espressamente convenuto che in nessun caso la Società potrà essere chiamata a risarcire, a seguito del medesimo Sinistro, un Indennizzo complessivo superiore a € 10.000.000,00 qualunque sia il numero degli Assicurati coinvolti nel Sinistro.

Qualora gli Indennizzi complessivamente dovuti eccedano tale limite, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre tra detto limite e il totale degli Indennizzi conteggiati.

Art. 33 – Sanzioni internazionali

Se, in virtù di qualsiasi legge o regolamento applicabile alla Compagnia, alla sua capogruppo o alla sua controllante al momento della decorrenza della presente Polizza o in qualsiasi momento successivo, dovesse risultare illecito fornire copertura all'Assicurato in conseguenza di un embargo o di altra sanzione applicabile, la Compagnia, la sua capogruppo o la sua controllante, non potrà fornire alcuna copertura né assumere alcun obbligo, né fornire alcuna difesa all'Aderente/Assicurato o disporre alcun pagamento per i costi di difesa, né garantire alcuna forma di Indennizzo per conto dell'Aderente/Assicurato, nella misura in cui ciò costituisca violazione della suddetta sanzione o embargo.

Art. 34 – ESCLUSIONI

34.1 ESCLUSIONI GENERALI applicabili a tutte le garanzie

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti:

a. da eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale;

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

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

Questa polizza non copre sinistri derivanti da:

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

34.3 ESCLUSIONE CORONA VIRUS

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

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

DISPOSIZIONI CHE REGOLANO I SINISTRI E I RECLAMI

Art. 35 – Cumulo di indennità

L'indennità per la garanzia Morte da infortunio non è cumulabile con l'indennità prevista per l'Invalidità permanente. Quindi, nel caso in cui l'Assicurato muoia per le conseguenze dell'Infortunio, dopo un periodo di Invalidità permanente (per cui ha ricevuto l'Indennizzo), il Capitale che gli eredi ricevono viene decurtato dell'importo che la Compagnia ha già pagato all'Aderente.

/Assicurato come Indennizzo per l'Invalidità permanente. Se la liquidazione sarà stata superiore alla liquidazione del capitale per il caso morte non sarà chiesta la ripetizione delle somme pagate in eccedenza.

Art. 36 - Criteri di indennizzabilità

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

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

Art. 37 – Denuncia del Sinistro

La denuncia del Sinistro deve essere presentata dall'Aderente/Assicurato o da chi ne fa le veci (entro 30 giorni per l'infortunio ed entro 3 giorni per la malattia), dalla data della diagnosi o dal momento in cui Aderente/Assicurato o suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, al seguente indirizzo:

Ital Brokers

PEC: sinistri_ge@pec.italbrokers.it

e deve essere corredata o integrata successivamente:

- a. dalla dichiarazione del medico specialista che attesti lo stato di salute dell'Aderente/Assicurato, oltre che con prognosi circa la ripresa, anche parziale, dell'attività lavorativa o delle ordinarie occupazioni dell'Aderente/Assicurato;
- b. dalle Cartelle Cliniche e la certificazione medica riferite all'Infortunio o Malattia oggetto del Sinistro, il cui decorso deve essere documentato con eventuali ulteriori certificati medici e dovrà altresì essere inviato il relativo certificato di guarigione clinica attestante la stabilizzazione di eventuali postumi invalidanti permanenti;
- c. in caso di decesso o invalidità permanente a termini polizza, conseguenti ad Aggressione, l'Aderente/Assicurato o chi per esso, oltre alla documentazione specifica, dovrà fornire copia della denuncia di Aggressione presentata all'Autorità Giudiziaria o dei verbali relativi;
- d. in caso di sinistro conseguente a "Contagio da HIV, Epatite B o C" i test attestanti il Contagio;
- e. dalla descrizione dell'Infortunio, con l'indicazione delle cause, luogo, giorno e ora dell'evento;
- f. in caso di incidente stradale: patente di guida e verbale di incidente redatto dall'Autorità.

Si precisa che l'Aderente/Assicurato deve rilasciare eventuale documentazione relativa a inchieste e/o indagini ufficiali e/o altri procedimenti giudiziari e/o accertamenti di ogni genere in essere e/o già conclusi presso le Pubbliche Autorità Competenti relativa alle circostanze del Sinistro.

La Compagnia potrà richiedere eventuale ulteriore documentazione, se quella ricevuta non dovesse risultare completa.

L'Aderente/Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, seguire le indicazioni terapeutiche, le prescrizioni, le cure mediche ed i trattamenti sanitari dei medici curanti, fornire alla stessa ogni informazione attinente e presentare la documentazione medica richiesta. Inoltre, L'Aderente/Assicurato e, nel caso, i suoi Familiari e gli aventi diritto devono consentire la visita dei medici incaricati dalla Compagnia e qualsiasi indagine o accertamento che siano ritenuti necessari, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Aderente/Assicurato stesso.

Qualora l'Infortunio comporti il decesso dell'Aderente/Assicurato, o qualora questo sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne data immediata comunicazione per iscritto alla Contraente EMAPI o all'Intermediario assicurativo o alla Compagnia, presentando:

- documentazione medica con cartella clinica in caso vi sia stato Ricovero;
- certificato di morte, certificato attestante la causa di morte oppure scheda Istat, eventuale esame autoptico o nulla osta al seppellimento della salma;
- certificato di famiglia relativo all'Aderente/Assicurato;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- in caso vi siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli aventi causa, decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Compagnia circa il reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento della modalità di Sinistro nonché per la corretta identificazione degli eredi o aventi diritto quale a titolo esemplificativo;
 - certificato di non gravidanza della vedova (se in età fertile);
- copia dei verbali delle Autorità, ove intervenute;
- patente di guida, se l'evento è avvenuto alla guida di veicoli;
- dichiarazione di non intervenuto provvedimento di separazione / sentenza di divorzio.

Nel caso intervenga il decesso per cause diverse dall'Infortunio prima che siano stati effettuati gli accertamenti e le verifiche necessarie alla quantificazione dell'Invalidità permanente, deve essere fornita prova da parte degli eredi o aventi diritto della:

- avvenuta stabilizzazione dei postumi invalidanti, mediante produzione di certificato di guarigione o di equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medico legale di parte, certificati INAIL) corredata da tutta la documentazione medica e da cartella clinica qualora sia intervenuto Ricovero;
- assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto all'Infortunio.

Art. 38 – Obblighi della Compagnia in caso di Sinistro

Verificata l'operatività delle garanzie, ricevuta la documentazione completa necessaria per la valutazione, e compiuti gli accertamenti del caso, la Compagnia determina l'Indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione scritta agli aventi diritto e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni dalla data in cui è stato firmato l'atto di liquidazione.

Art. 39 – Pareri medici – Controversie

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

Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore e violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

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

Art. 40 – Come presentare un Reclamo

Siamo convinti che ogni cliente meriti un servizio tempestivo, cortese ed efficiente. Nel caso in cui il nostro servizio non soddisfi le vostre aspettative potete contattarci agli indirizzi e secondo le modalità qui di seguito indicate.

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo della quantificazione ed erogazione delle somme assicurate, del loro ammontare o della gestione dei Sinistri dovranno essere formulati per iscritto alla Società ed indirizzati a:

AIG Europe SA Rappresentanza Generale per l'Italia

Servizio Reclami

Piazza Vetra, 17, 20123 Milano

Fax 02 36 90 222

e-mail: servizio.reclami@aig.com

pec: servizio.reclami@aigeurope.postecert.it

Sarà cura della Società comunicare gli esiti del reclamo entro il termine massimo di 30 giorni dalla data di ricevimento del reclamo stesso.

Se il reclamo è sporto nell'interesse di un consumatore (una persona fisica che agisce per scopi diversi da quelli professionali) e se il reclamante non è soddisfatto della risposta ricevuta, o non ne ha ricevuta alcuna, è possibile richiedere che il reclamo sia esaminato dall'Executive Manager, basato presso la sede legale lussemburghese della Compagnia. A tale fine è sufficiente scrivere ai recapiti sopra indicati facendone richiesta: il servizio reclami inoltrerà il reclamo all'Executive Manager. Alternativamente, sarà possibile scrivere a AIG Europe SA "Service Reclamations Niveau Direction" (Servizio reclami a livello direzione): 35D Avenue JF Kennedy L- 1855 Luxembourg – Gran Ducato del Lussemburgo o tramite mail a: aigeurope.luxcomplaints@aig.com

In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi a:

IVASS

Via del Quirinale, 21 00187 Roma

fax 06.42133206

pec: tutela.consumatore@pec.ivass.it

Info su: www.ivass.it

Per la presentazione dei reclami ad IVASS può essere utilizzato il modello presente sul sito dell'Istituto di Vigilanza nella sezione relativa ai Reclami, accessibile anche tramite il link presente sul sito <https://www.ivass.it/consumatori/reclami/index.html>

Poiché AIG Europe S.A. è una società di assicurazioni con sede legale in Lussemburgo, se il reclamo è sporto nell'interesse di un consumatore (persona fisica che agisce per scopi diversi da quelli professionali), si può rivolgere il reclamo al Commissariat aux Assurances (CAA), autorità competente del Granducato del Lussemburgo, competente in quanto AIG Europe S.A. ha sede legale in tale Stato. Presso quest'ultima autorità sarà aperta una procedura di risoluzione stragiudiziale delle controversie. La CAA potrà non prendere in carico il reclamo qualora esso sia attualmente, o sia stato in passato, oggetto di giudizio o arbitrato. La procedura è attivabile solo dopo che un reclamo è stato rivolto alla Compagnia e non oltre un anno dopo tale momento se la risposta non è ritenuta soddisfacente o non ha avuto risposta.

I riferimenti della CAA sono i seguenti:

The Commissariat aux Assurances

7, boulevard Joseph II

L-1840 Luxembourg,

Grand-Duché de Luxembourg,

Tel.: (+352) 22 69 11 – 1, caa@caa.lu

Si vedano le indicazioni di cui alla seguente pagina internet: <http://www.caa.lu/fr/consommateurs/resolution-extrajudiciaire-des-litiges>

Tutte le richieste alla CAA devono essere rivolte in lussemburghese, tedesco, francese o inglese.

Per maggiori informazioni in merito ai reclami, si rinvia all'apposita sezione di DIP Aggiuntivo.

Art. 41 - Categorie assicurate e forme di copertura

OPZIONE 1 A - Copertura assicurativa per il professionista

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

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

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

€ 7.500,00	Rimborso Spese Mediche da Infortunio con franchigia fissa di € 100,00 per evento. La somma assicurata deve intendersi prestata interamente per il singolo infortunato o nel caso di più infortunati suddivisi tra loro – fermo il massimo esborso complessivo di € 7.500,00.
------------	--

OPZIONE 2 A - Copertura assicurativa per il singolo professionista

Somme assicurate	Prestazioni assicurative sempre Operanti
€ 300.000,00	Caso morte da infortunio
€ 400.000,00	Caso di invalidità permanente da infortunio, con franchigia fissa del 3%; in caso di invalidità permanente di grado superiore al 20% (venti percento) la franchigia di cui sopra s'intende annullata.
€ 100,00 die	Diaria da convalescenza domiciliare per un numero massimo di 30 giorni, ferma la franchigia fissa di 3 giorni.
€ 75,00 die	Diaria da immobilizzazione per un numero massimo di 45 giorni ed una franchigia di 5 giorni
Non operante	Rimborso Spese Mediche da Infortunio (prestazione aggiuntiva)

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

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

OPZIONE 3 A - Copertura assicurativa per il singolo professionista

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

OPZIONE3 B - Copertura assicurativa per il professionista e per il proprio nucleo familiare

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

OPZIONE EASY A - Copertura assicurativa per il singolo professionista

Somme assicurate	Prestazioni assicurative sempre Operanti
€ 100.000,00	Caso morte da infortunio
€ 100.000,00	Caso di invalidità permanente da infortunio, con franchigia fissa del 3%; in caso di invalidità permanente di grado superiore al 20% (venti per cento) la franchigia di cui sopra s'intende annullata.
Non operante	Diaria da convalescenza domiciliare
Non operante	Diaria da immobilizzazione
€ 7.500,00	Rimborso Spese Mediche da Infortunio con franchigia fissa di € 100,00 per evento

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

Somme assicurate	Prestazioni assicurative sempre Operanti
€ 100.000,00	Caso morte da infortunio. La somma assicurata deve intendersi prestata interamente per il singolo infortunato o nel caso di più infortunati suddivisi tra loro – fermo il massimo esborso complessivo di € 100.000,00.
€ 100.000,00	Caso di invalidità permanente da infortunio, con franchigia fissa del 3% In caso di invalidità permanente di grado superiore al 20% (venti per cento) la franchigia di cui sopra s'intende annullata. La somma assicurata deve intendersi prestata interamente per il singolo infortunato o nel caso di più infortunati suddivisi tra loro – fermo il massimo esborso complessivo di € 100.000,00.
Non operante	Diaria da convalescenza domiciliare
Non operante	Diaria da immobilizzazione
€ 7.500,00	Rimborso Spese Mediche da Infortunio con franchigia fissa di € 100,00 per evento. La somma assicurata deve intendersi prestata interamente per il singolo infortunato o nel caso di più infortunati suddivisi tra loro – fermo il massimo esborso complessivo di € 7.500,00.

Garanzie accessorie con sopra premio – Prestazioni aggiuntive opzionali

Diaria da convalescenza domiciliare in aumento (Art. 25) – valida per il solo Professionista

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

Diaria da immobilizzazione in aumento (Art. 26) – valida per il solo Professionista

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

Rimborso spese mediche da infortunio (Art. 27)

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

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

Supplemento premio per contagio H.I.V. – Epatite B e C (Art. 28) – valida per il solo Professionista

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

Inabilità temporanea da malattia (Art. 29) – valida per il solo Professionista

Somma assicurata	Opzione A - € 50,00 die Opzione B - € 100,00 die Massimo indennizzo 180 giorni e franchigia 5 giorni, elevata a 14 gg per i professionisti che abbiano compiuto i 55 anni di età. La garanzia non è attivabile dai professionisti che abbiano compiuto 65 anni di età.
-------------------------	---

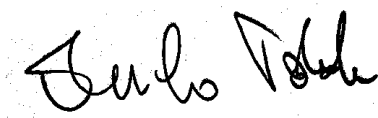
Inabilità temporanea da infortunio (Art. 30) – valida per il solo Professionista

Somma assicurata	Opzione A - € 50,00 die Opzione B - € 100,00 die Massimo indennizzo 180 giorni e franchigia 5 giorni.
-------------------------	---

Invalità permanente specifica per il Medico (chirurgo e veterinario e odontoiatra) professionista (Art. 31) – valida per il solo Professionista

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

La Compagnia AIG Europe SA, Rappresentanza Generale per l'Italia



Contraente



ALLEGATO - APPENDICE NORMATIVA

In questa sezione vengono richiamate le norme principali citate nel contratto, affinché il Contraente possa comprendere meglio i riferimenti di legge.

CODICE CIVILE

Art. 1341.

Condizioni generali di contratto.

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1342.

Contratto concluso mediante moduli o formulari.

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

Art. 1891.

Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta.

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo.

All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto.

Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Art. 1892.

Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave.

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893.

Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave.

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894.

Assicurazioni in nome o per conto di terzi.

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893.

Art. 1897.

Diminuzione del rischio.

Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha la facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898.

Aggravamento del rischio.

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1901.**Mancato pagamento del premio.**

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910.**Assicurazione presso diversi assicuratori.**

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1913.**Avviso all'assicuratore in caso di sinistro.**

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1914.**Obbligo di salvataggio.**

L'assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno.

Le spese fatte a questo scopo dall'assicurato sono a carico dell'assicuratore in proporzione del valore assicurato rispetto a quello che la cosa aveva nel tempo del sinistro, anche se il loro ammontare, unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata, e anche se non si è raggiunto lo scopo, salvo che l'assicuratore provi che le spese sono state fatte inconsideratamente.

L'assicuratore risponde dei danni materiali direttamente derivati alle cose assicurate dai mezzi adoperati dall'assicurato per evitare o diminuire i danni del sinistro, salvo che egli provi che tali mezzi sono stati adoperati inconsideratamente.

L'intervento dell'assicuratore per il salvataggio delle cose assicurate e per la loro conservazione non pregiudica i suoi diritti.

L'assicuratore che interviene al salvataggio deve, se richiesto dall'assicurato, anticiparne le spese o concorrere in proporzione del valore assicurato.

Art. 1915.**Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio.**

L'assicurato che, dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.

Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916.**Diritto di surrogazione dell'assicuratore.**

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art. 2952.**Prescrizione in materia di assicurazione.**

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

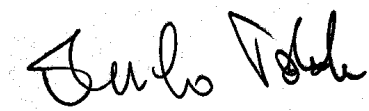
Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

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

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

AIG EUROPE S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia



INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Come utilizziamo i Dati Personali

AIG Europe S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia si impegna a proteggere la Privacy dei suoi clienti, di chi invia una richiesta di indennizzo, nonché di tutti i suoi partner commerciali.

I **"Dati Personali"** identificano e si riferiscono a Voi o ad altri individui (ad es., il Vostro partner o altri membri della Vostra famiglia). Se fornite Dati Personali riguardo ad un altro individuo, dovete (salvo che non conveniamo diversamente) informare l'interessato del contenuto della presente Informativa e della nostra Informativa sulla Privacy e ottenere la sua autorizzazione (ove possibile) a condividere i suoi Dati Personali con noi.

Le tipologie di Dati Personali che possiamo raccogliere e per quali finalità - In base al nostro rapporto con Voi, i Dati Personali raccolti possono includere: informazioni di contatto, informazioni finanziarie e bancarie, referenze creditizie e merito creditizio, informazioni sensibili su condizioni di salute o mediche (raccolte con il vostro consenso ove richiesto dalla legge applicabile), nonché altri Dati Personali da Voi forniti, o che otteniamo in relazione al rapporto che intratteniamo con Voi. I Dati Personali possono essere utilizzati per le seguenti finalità:

- Gestione di polizze, ad es., comunicazioni, elaborazione di richieste di indennizzo e pagamento
- Effettuare valutazioni e prendere decisioni circa la fornitura e le Condizioni Generali di Assicurazione e la liquidazione di richieste di indennizzo
- Assistenza e consulenza su questioni mediche e di Viaggio
- Gestione delle nostre operazioni aziendali e infrastruttura IT
- Prevenzione, individuazione e indagini su reati, ad es., frodi e riciclaggio di denaro
- Accertamento e difesa di diritti legali
- Conformità legale e normativa (tra cui il rispetto di leggi e normative al di fuori del Vostro Paese di residenza)
- Monitoraggio e registrazione di chiamate telefoniche per finalità di qualità, formazione e sicurezza
- Marketing, ricerca e analisi di mercato

Condivisione dei Dati Personali - Per le finalità di cui sopra i Dati Personali possono essere condivisi con società del nostro gruppo e con terzi (quali, ad esempio, intermediari e altri soggetti di distribuzione assicurativa, assicuratori e riassicuratori, agenzie di informazioni commerciali, operatori sanitari e altri fornitori di servizi).

I Dati Personali saranno condivisi con terze parti (comprese autorità governative) se richiesto dalle leggi o normative applicabili. I Dati Personali (inclusi i dettagli di lesioni) possono essere inseriti in registri di richieste di indennizzo e condivisi con altri assicuratori. Siamo tenuti a registrare tutte le richieste di risarcimento di terzi relative a lesioni fisiche nei registri riguardanti gli indennizzi ai lavoratori. Possiamo effettuare ricerche in tali registri per prevenire, individuare e indagare su frodi o per confermare vostre precedenti richieste di indennizzo o quelle di qualsiasi altra persona o proprietà che può essere coinvolta nella Polizza o richiesta di indennizzo. I Dati Personali possono essere condivisi con acquirenti potenziali e attuali e trasferiti a seguito della cessione della nostra società o del trasferimento di attività aziendali.



Trasferimento internazionale - A causa della natura globale della nostra attività, i Dati Personali possono essere trasferiti a soggetti ubicati in altri Paesi (tra cui Stati Uniti, Cina, Messico, Malesia, Filippine, Bermuda e altri Paesi che possono avere un regime di protezione dei dati diverso da quello del vostro Paese di residenza). Quando effettuiamo tali trasferimenti, adotteremo misure per garantire che i Vostri Dati Personali siano adeguatamente protetti e trasferiti in conformità ai requisiti della normativa sulla protezione dei dati. Per ulteriori informazioni sui trasferimenti internazionali consultate la nostra Informativa sulla Privacy (di seguito riportata).

Sicurezza dei Dati Personali - Per mantenere i Vostri Dati Personali protetti e al sicuro sono utilizzate misure di sicurezza tecniche e fisiche adeguate. Quando forniamo Dati Personali a terzi (compresi i nostri fornitori di servizi) o incarichiamo terzi di raccogliere Dati Personali per nostro conto, Vi confermiamo che tali terzi verranno selezionati attentamente e saranno tenuti ad attuare misure di sicurezza adeguate.

I vostri diritti - Voi siete titolari di diversi diritti ai sensi della legge sulla protezione dei dati in relazione al nostro utilizzo di Dati Personali. Tali diritti possono applicarsi solo in determinate circostanze e sono soggetti a talune esenzioni. Tali diritti possono includere il diritto di accesso ai Dati Personali, il diritto di rettifica di informazioni non accurate, il diritto alla cancellazione delle informazioni o a sospendere il nostro utilizzo delle informazioni. Tali diritti possono includere inoltre il diritto di trasferire le informazioni ad un'altra organizzazione, il diritto di opporsi al nostro uso dei Vostri Dati Personali, il diritto di chiedere che determinate decisioni automatizzate che prendiamo prevedano il coinvolgimento umano, il diritto di revocare il consenso e il diritto di presentare reclami all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati. Per ulteriori informazioni sui vostri diritti e su come potete esercitarli consultate la nostra Informativa sulla Privacy (di seguito riportata).

Informativa sulla Privacy- Maggiori informazioni sui vostri diritti e su come raccogliamo, utilizziamo e divulghiamo i Vostri Dati Personali sono contenute nella nostra Informativa sulla Privacy integrale, che potete trovare all'indirizzo: <https://www.aig.co.it/informativa-privacy>

In alternativa, potete richiederne una copia scrivendo a: Responsabile della protezione dei dati, AIG Europe S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, Piazza Vetra 17, 20123, Milano o tramite e-mail all'indirizzo: protezionedeidati.it@aig.com.