



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) nell'Allegato 1: 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) nell'Allegato 1: 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.