

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

Prodotto: "AIG Medici e Professionisti Sanitari"

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: Maggio 2025

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 Medici e Professionisti Sanitari" è una polizza assicurativa che si compone di più coperture, a garanzia degli eventi morte, invalidità permanente e diaria da ricovero da Malattia, Infortunio e Contagio da Covid-19 che l'assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali o extra-professionali. "AIG Medici e Professionisti Sanitari" include inoltre il "Raddoppio indennizzi per Decesso o Invalidità Permanente in seguito ad aggressione" e l'"Indennità da Contagio "3 virus" che l'assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali.



Che cosa è assicurato?

- ✓ L'Assicurazione vale per gli eventi di morte o invalidità permanente derivanti da infortuni che l'Assicurato subisca;
- ✓ Ernie traumatiche e da sforzo
- ✓ Rischio volo
- ✓ Rischio Guerra
- ✓ Malore
- ✓ Diaria per Ricovero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio, Malattia o Contagio da Covid19
- ✓ Raddoppio Somme Invalidità Permanente o Decesso per aggressione
- ✓ Contagio da HIV, Epatite B e C



Che cosa non è assicurato?

- ricadute o recidive di patologie in atto conosciute o conoscibili dall'Aderente/Assicurato;
- conseguenze dirette ed indirette di patologie preesistenti alla decorrenza della Polizza;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili, fatta salva la deroga relativa alla Malattia presente nell'Art. 28;
- conseguenze dirette ed indirette di Infortuni avvenuti prima della decorrenza della Polizza;
- qualsiasi Sinistro conseguente a lesioni autoinflitte o provocate dall'Aderente/Assicurato in stato di ebbrezza nonché quelle conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili. Si considera in stato di ebbrezza una persona cui sia stato riscontrato un tasso alcolemico superiore ai limiti previsti dalla legge vigente;
- dolo del Contraente o dell'Aderente/Assicurato;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Aderente/Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- interventi chirurgici per la correzione di miopia o di astigmatismo miopico;
- movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, calamità naturali;
- malattie neurologiche, organiche cerebrali, a carattere degenerativo e/o progressivo, nonché le malattie psichiche interferenti con le facoltà cognitive e di giudizio, quali, in via esemplificativa e non esaustiva: Alzheimer, Parkinson, schizofrenia, psicosi di media e grave entità, disturbi di personalità borderline, disturbo schizoaffettivo"
- svolgimento di servizio militare;
- incidente di volo, se l'Aderente/Assicurato viaggia a

	bordo di voli non di linea • guerra e insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni o scioperi, sommosse, tumulti cui l'Aderente/Assicurato abbia preso parte attiva; • partecipazione a corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; • Epidemie e pandemie dichiarate dall'Organismo Mondiale della Sanità (OMS) o da altro ente preposto, fatta salva la deroga relativa a Covid-19 presente nell'Art. 25 Sono qui riportate le principali esclusioni; per la lista completa si rimanda al DIP Aggiuntivo e alla Scheda di Polizza.
--	---



Ci sono limiti di copertura?

- ! L'assicurazione non vale per le persone di età inferiore ai 18 anni e superiore ai 70 anni,
- ! Per le persone che raggiungono tale limite di età durante il periodo di validità dell'assicurazione, la stessa avrà termine alla prima scadenza di Polizza immediatamente successiva.
- ! Alla Garanzia "Invalidità Permanente da Infortunio" sarà applicata la Franchigia del 3% assoluta. 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.
- ! La diaria giornaliera da Infortunio, Malattia o Contagio da Covid19 viene erogata a partire dal 4° giorno di Ricovero e fino al limite massimo di 30 giorni. Alla garanzia si applica un periodo di Carenza di 14 giorni.



Dove vale la copertura?

L'assicurazione vale per il mondo intero ma la diagnosi di una Malattia rilasciata all'Assicurato deve essere confermata da una Istituto di cura con sede in Italia.



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 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?

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La Polizza si perfeziona con l'incasso del Premio da parte dell'Intermediario. Una volta stipulata la Polizza, il Periodo di efficacia dell'Assicurazione decorre dalle ore 24.00 della data di effetto indicata in Polizza se il Premio è stato già pagato. Se l'Intermediario non incassa il Premio entro tale data, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza del pagamento e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento medesimo.



Come posso disdire la polizza?

L'assicurazione ha durata pari ad un anno e non è soggetta a tacito rinnovo, non è dunque necessario l'invio di alcuna disdetta.



Assicurazione a copertura del rischio Infortuni e Malattia

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

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

Prodotto: "AIG Medici e Professionisti Sanitari"

Data di ultimo aggiornamento: Maggio 2025

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?

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 Ernie traumatiche e da sforzo ✓ in caso di Rischio volo ✓ in caso di Rischio Guerra ✓ in caso di Malore
Ernie traumatiche e da sforzo	Si conviene che: - nel caso di ernia discale o addominale operata o operabile viene riconosciuto un Indennizzo fino ad un massimo del 5% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente da Infortunio, senza l'applicazione di scoperti o franchigie; - nel caso di ernia addominale non operabile viene riconosciuto un Indennizzo fino ad un massimo del 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente da Infortunio.
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 verificatisi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato sia dirottato, fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.
Rischio Guerra	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.
Malore	L'Assicurazione comprende altresì gli Infortuni sofferti in conseguenza di malore o incoscienza.
Diaria per Ricovero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio, Malattia o Contagio da Covid19	Qualora l'Aderente/Assicurato subisse un Ricovero Ospedaliero in un Istituto di Cura per almeno 24 ore consecutive e almeno un pernottamento a seguito di Infortunio, Malattia o Contagio da Covid-19 (occorso/contratti nell'ambito dell'attività professionale o extra-professionale), l'Assicuratore verserà all'Aderente/Assicurato un'Indennità giornaliera entro il Massimale dell'opzione scelta all'articolo 29 - Opzioni di Assicurazione

Raddoppio Somme Invalidità Permanente o Decesso per aggressione	Limitatamente al solo ambito professionale, qualora il Sinistro indennizzabile sia conseguente ad un'Aggressione subita dall'Aderente/Assicurato e questa avvenga sul Luogo di lavoro, l'Assicuratore garantisce il raddoppio delle Indennità di cui all'Articolo 24 "Invalidità Permanente a seguito di infortunio" e all' Articolo 23 "Decesso a seguito di infortunio".
Contagio da HIV, Epatite B e C	Limitatamente al solo ambito professionale, l'Assicuratore garantisce il pagamento dell'Indennizzo corrispondente all'opzione scelta per il caso di Contagio da Virus HIV, o Epatite B, o Epatite C occorsi all'Aderente/Assicurato durante lo svolgimento dell'attività professionale dichiarata sul Certificato di Assicurazione, purché certificato da appositi test clinici.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	- La Società non corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto, l'influenza che l'infortunio può avere 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. - Gli interventi chirurgici per la correzione e/o eliminazione di malformazioni o difetti fisici preesistenti alla stipula del Contratto di Assicurazione - Gli Infortuni causati da comportamenti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; - Non saranno considerati Infortuni i seguenti eventi: qualunque evento causato da imperizia, negligenza e imprudenza medica; ictus, rottura di aneurisma cerebrale, insufficienza cardiaca o infarto del miocardio, embolia cerebrale o emorragia meningea La Polizza inoltre non opera in caso di: - rifiuto di seguire le cure mediche, le indicazioni terapeutiche e le prescrizioni mediche in generale; - tentato suicidio o azioni di autolesionismo - uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove; - abuso di alcol, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e/o sostanze psicotrope e simili; - ingestione di farmaci non prescritti o che non coincidano con la prescrizione medica; - contaminazione biologica o chimica connessa ad atti di terrorismo o atti di guerra; - trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo e accelerazioni di particelle atomiche (salvo quelle subite come paziente durante applicazioni radioterapiche); - diagnosi effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale; - diagnosi effettuata da un medico che sia un familiare dell'Aderente/Assicurato o che abbia il medesimo domicilio o residenza dell'Assicurato al momento della diagnosi; - partecipazione a corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
-----------------------	---

	- 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; - gare di automobilismo, gare di motociclismo, gare di motonautica e relative prove; - sport estremi (ad es. base jumping, canyoning, torrentismo, hydrospeed, downhill, kitesurf, bungee jumping / repelling, canoa / rafting).
--	---



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'Aderente 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. Pertanto, l'influenza che l'infortunio può avere 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. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'Indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra.
- Nel caso di ernia discale o addominale operata o operabile viene riconosciuto un Indennizzo fino ad un massimo del 5% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente da Infortunio, senza l'applicazione di scoperti o franchigie;
- Nel caso di ernia addominale non operabile viene riconosciuto un Indennizzo fino ad un massimo del 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente da Infortunio.
- Relativamente a "Rischio Volo", restano esplicitamente esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aereoclub del Contraente o dell'Assicurato stesso.
- Relativamente alla garanzia "Invalidità Permanente", sarà applicata la Franchigia Assoluta del 3%. Si conviene che non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di pari o inferiore al 3% dell'invalidità permanente totale.
- 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 Ricovero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio, Malattia o Contagio da Covid19" è prestata a partire dal 4° giorno di ricovero e fino al limite massimo di 30 giorni; si applica un periodo di Carenza di 14 giorni.

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico

Se il cliente (contraente o assicurato, qualora non coincidano) è guarito da una patologia oncologica e non si sono verificati episodi di recidiva da più di dieci anni, alla data della stipulazione o del rinnovo del contratto di assicurazione, non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Tale periodo è pari a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età.

Per le patologie oncologiche previste nella Tabella che segue, il periodo è pari a quello indicato:

Patologia	Età	Periodo
Colon_retto	Stadio, qualsiasi età	1
Colon_retto	Stadio II/III, > 21 anni	7
Melanoma	> 21 anni	6
Mammella	Stadio I/II, qualsiasi età	1
Utero, collo	> 21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi < 55 anni	1
Linfomi di Hodgkin	Uomini con diagnosi < 45 anni	5
Leucemie	Esclusi i tumori anaplastici x entrambi i sessi	5

Modalità di esercizio

Il cliente invia tempestivamente all'impresa di assicurazione la certificazione rilasciatagli, senza oneri ed entro 30 gg. dalla richiesta, da una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata o da un medico dipendente del servizio sanitario nazionale nella disciplina attinente alla patologia oncologica di cui si chiede l'oblio o dal medico di medicina generale oppure dal pediatra di libera scelta.

Effetti dell'oblio oncologico

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.

Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con il diritto all'oblio oncologico sono nulle.



A chi è rivolto questo prodotto?

La presente Assicurazione è prestata, a favore degli Assicurati/Aderenti [indicati dal Contraente alla Società] e aventi residenza e/o domicilio nel territorio della Repubblica Italiana, 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 pec: servizio.reclami@aigeuropa.postecert.it 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: aigeuropa.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:

Arbitrato	Tutte le controversie relative al presente contratto di assicurazione e ad esso connesse verranno definite mediante 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.
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	- 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 o dalla normativa applicabile. - 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 Diaria da Ricovero da Infortunio e Malattia: 2,50% del premio imponibile Gli indennizzi corrisposti in caso di sinistro sono esenti dalle imposte sui redditi e da altre imposte indirette.	

AIG Medici e Professionisti Sanitari

POLIZZA COLLETTIVA AD ADESIONE INDIVIDUALE E FACOLTATIVA

TRA

AIG EUROPE S.A. - RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA

E

WILLIS ITALIA S.P.A.

POLIZZA NR IAH0015713

Ed. 05/2025

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. 7
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 e cessazione delle garanzie	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 Oggetto dell'Assicurazione	Pag. 10
Art. 22 Infortuni coperti dalla polizza	Pag. 11
Art. 22.1 Ernie traumatiche e da sforzo	Pag. 11
Art. 22.2 Rischio volo	Pag. 11
Art. 22.3 Rischio guerra	Pag. 12
Art. 22.4 Malore	Pag. 12

Prestazioni Assicurate	Pag. 12
Art. 23 Morte da Infortunio	Pag. 12
Art. 23.1 Regole specifiche applicabili in caso di morte dell'Assicurato	Pag. 12
Art. 23.2 Regole specifiche applicabili in caso di morte presunta dell'Assicurato	Pag. 13
Art. 23.3 Regole specifiche applicabili al caso di Coma Irreversibile	Pag. 13
Art. 24 Invalidità Permanente da Infortunio	Pag. 13
Art. 24.1 Funzionamento della copertura Invalidità Permanente. Calcolo dell'Indennizzo	Pag. 13
Art. 24.2 Franchigia Invalidità Permanente da Infortunio	Pag. 14
Art. 25 Diaria per Ricovero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio, Malattia o Contagio da Covid19	Pag. 14
Art. 26 Periodo di Carenza	Pag. 14
Art. 27 Raddoppio Somme Invalidità Permanente o Decesso per aggressione	Pag. 14
Art. 28 Contagio da HIV, Epatite B e C	Pag. 15
Art. 29 Opzioni di assicurazione	Pag. 15
Limitazioni ed esclusioni	Pag. 16
Art. 30 Limite di Indennizzo per evento	Pag. 16
Art. 31 Sanzioni Internazionali	Pag. 17
Art. 32 Esclusioni	Pag. 17
Art. 32.1 Esclusioni generali applicabili a tutte le garanzie	Pag. 17
Art. 32.2 Esclusioni applicabili alla garanzia "Contagio da HIV, Epatite B o C"	Pag. 18
Disposizioni che regolano i Sinistri e i Reclami	Pag. 18
Art. 33 Cumulo di Indennità	Pag. 18
Art. 34 Denuncia del Sinistro	Pag. 18
Art. 35 Obblighi della Compagnia in caso di Sinistro	Pag. 20
Art. 36 Pareri medici - Controversie	Pag. 20
Art. 37 Come presentare un reclamo	Pag. 20
Allegato 1 - Appendice normativa	Pag. 23

GLOSSARIO

Aderente / Assicurato

Il soggetto, residente o domiciliato in Italia, il cui interesse è coperto dalla presente Assicurazione, nonché qualsiasi persona fisica a cui sia riconosciuta la qualità di Assicurato mediante espressa indicazione nella presente Assicurazione.

Aggressione:

L'attacco fisico, improvviso e violento portato ai danni dell'Assicurato da parte di una o più persone.

Arto

Un braccio o una gamba nella sua totalità.

Assicurazione

Il presente contratto di assicurazione.

Beneficiario

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.

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 Willis Italia S.p.A., Via Pola 9 – 20124 Milano (MI), Codice Fiscale/P.IVA 03902220486

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).

Familiare

Marito, moglie, genitore, suocero/suocera, fratelli, sorelle, figli, figlie, partner, nonni, nipoti, generi, nuore, cognati, cognate, matrigna, patrigno, figliastri, figliastre, fratellastri, sorellastre, persone conviventi, purché risultanti da regolare certificazione, dell'Assicurato.

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 corporali 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 anche il Contraente, ossia Willis Italia S.p.A., Via Pola 9 – 20124 Milano (MI), Codice Fiscale/P.IVA 03902220486, iscritto nella sezione B del Registro Unico degli Intermediari (RUI) tenuto da IVASS, numero di iscrizione B000083306.

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

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

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 dovrà pagare al 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 o Certificato 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.

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 e modificata da ultimo dal D.M. 45/2019.

Terzi

Qualsiasi persona fisica o giuridica **ad esclusione dell'Assicurato, dei suoi Familiari, nonché dei soggetti ai quali l'Assicurato delega incarico in suo nome e per proprio conto una determinata mansione o incarico, limitatamente allo svolgimento di tali funzioni e indipendentemente dalla circostanza che tali soggetti siano alle dipendenze o meno dell'Assicurato**

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 clienti 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.

Art. 3 – Variazioni di rischio

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 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, direttamente all' Intermediario, mediante uno dei metodi di pagamento messi a disposizione tra quelli previsti dalla legge.

Il Premio annuale, incluse le imposte, è calcolato sulla base dell'opzione scelta, riportata nel Certificato di Assicurazione ed è pagato una volta l'anno in un'unica soluzione.

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 e cessazione delle garanzie

La Polizza si perfeziona con l'incasso del Premio da parte dell'Intermediario. Una volta stipulata la Polizza, il Periodo di efficacia dell'Assicurazione decorre dalle ore 24.00 della data di effetto indicata in Polizza se il Premio è stato già pagato. Se l'Intermediario non incassa il Premio entro tale data, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del quindicesimo giorno per le nuove adesioni e dalle ore 24.00 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza del pagamento per i rinnovi; e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento medesimo.

Il Premio è sempre determinato per periodi di Assicurazione di un anno, salvo il caso di contratto di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

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 ad 1 anno e non è soggetta a tacito rinnovo.

In ogni caso, a seguito del compimento del 70° anno di età dell'Aderente/Assicurato, alla scadenza della successiva annualità, la Polizza non è più rinnovabile.

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 e l'Aderente potranno recedere dalla singola Adesione con preavviso di 30 giorni, mediante lettera raccomandata A/R o PEC da inviare all'indirizzo dell'altra parte. Il Contraente può recedere inviando una comunicazione, con i mezzi sopra indicati, ai seguenti indirizzi:

- raccomandata A/R a AIG Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Piazza Vetra, 17 - 20123 Milano;
- posta elettronica certificata a insurance@aig.postecert.it.

In tal caso, salvo che il Premio sia convenuto in tutto od in parte, in base ad elementi di rischio variabili, la Società metterà a disposizione della Contraente la quota di premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso, con l'esclusione delle imposte governative, compreso tra la data di recesso e la scadenza annuale dell'Assicurazione.

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia dell'infortunio o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso.

Art.17 – Persone assicurabili

Possono essere assicurate solo le persone fisiche, residenti o domiciliate in Italia, che svolgono la professione di infermiere, infermiere pediatrico e operatore socio-sanitario, medico e personale sanitario in genere.

Possono inoltre essere assicurati:

- a. coloro che hanno un'età al momento della stipulazione della Polizza compresa tra i 18 ed i 70 anni compiuti;
- b. coloro che al momento della sottoscrizione della Polizza non siano alcolisti, tossicodipendenti, sieropositivi o malati di AIDS o sindromi correlate.

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.

Qualora l'Aderente/Assicurato perda i suddetti requisiti di assicurabilità durante il periodo di vigenza della Polizza, l'Aderente/Assicurato è tenuto a darne comunicazione alla Compagnia, la quale invierà la comunicazione di annullamento al Contraente, restituendo il Premio pagato per il periodo tra la data in cui si è manifestata la condizione di inassicurabilità e la scadenza annuale della Polizza, al netto delle imposte.

Art. 18 – Validità territoriale

Le coperture hanno validità in tutto il mondo **ma la diagnosi di una Malattia rilasciata all'Assicurato deve essere confermata da una Istituto di cura con sede in Italia.**

Art. 19 – Limiti di età

L'età dell'Aderente/Assicurato non può essere, al momento della sottoscrizione della presente Polizza, inferiore a 18 anni, l'Assicurazione cessa al compimento del 70° anno d'età di ciascun Assicurato. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'Assicurazione mantiene la sua validità fino alla scadenza annuale della polizza corrente.

Art. 20 – Clausola Broker

Si prende atto e si accetta espressamente che il Contraente, Willis Italia S.p.A. è anche l'Intermediario, ossia il soggetto al quale l'Aderente/Assicurato 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 dell'Assicurato, alla Società si intenderà come fatta dall'Aderente/Assicurato 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 dall'Aderente/Assicurato con effetto liberatorio nei suoi confronti. Da ciò ne consegue che l'Aderente/Assicurato, pagando il Premio all'intermediario (che, in questo caso è anche Contraente della presente Assicurazione), adempierà all'obbligo di corrispondere il Premio alla Società.

GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE

Art. 21 - Oggetto dell'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.

Nello specifico l'Assicurazione comprende le seguenti garanzie:

1. Copertura attività professionale ed extra-professionale
 - Morte a seguito di Infortunio;
 - Invalidità Permanente da Infortunio;
 - Diaria da Ricovero da Malattia, Infortunio e Contagio da Covid-19;

2. Copertura attività professionale:

- Raddoppio indennizzi per Decesso o Invalidità Permanente Totale in caso di Aggressione;
- Indennità da Contagio “3 virus” (HIV, Epatite B, Epatite C).

come da “Tabella delle garanzie e degli indennizzi”.

Art. 22 - Infortuni coperti dalla polizza

Si precisa che la definizione di Infortunio riportata nel “Glossario” 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;
- il congelamento, colpo di calore, colpo di sole, derivanti da naufragio, atterraggio forzato, 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;**
- **ictus, rottura di aneurisma cerebrale, insufficienza cardiaca o infarto del miocardio, embolia cerebrale o emorragia meningea.**

Art 22.1 - Ernie traumatiche e da sforzo

A specificazione di quanto disposto dall'art. 22 che precede, si conviene che:

- nel caso di ernia discale o addominale operata o operabile viene riconosciuto un Indennizzo **fino ad un massimo del 5% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente da Infortunio, senza l'applicazione di scoperti o franchigie;**
- nel caso di ernia addominale non operabile viene riconosciuto un Indennizzo **fino ad un massimo del 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente da Infortunio.**

Nel caso insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia o la quantificazione del grado di invalidità permanente residuo, la decisione è rimessa al collegio medico di cui all'art. 36 che segue.

Inoltre, sono compresi gli esiti di rotture tendinee sottocutanee e di: tendine di Achille, tendine del bicipite brachiale, tendine dell'estensore del pollice, tendine del quadricipite femorale e cuffia dei rotatori **fino ad un massimo del 5% della somma assicurata.**

Art. 22.2 - 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 verificatisi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato sia dirottato, fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.

Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri gestiti da aeroclub.

Il cumulo delle somme assicurate, con questa garanzia o con altre assicurazioni, da chiunque stipulate, a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare le seguenti somme:

- € 7.746.854,00 per il caso di invalidità permanente
- € 7.746.854,00 per il caso di morte

complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferiti ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, unicamente se stipulate dallo stesso Contraente

Nell'eventualità che i Capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, le Indennità spettanti in caso di Sinistro saranno adeguate con riduzione proporzionale sulle singole adesioni

Art. 22.3 - Rischio guerra

A parziale modifica della esclusione di cui all'art. 32.1, 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. 22.4 - Malore

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

(i) PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 23 - Morte da Infortunio

Art. 23.1 – Regole specifiche applicabili in caso di morte dell'Assicurato

Il caso di morte viene liquidato 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. Qualora l'infortunio colpisca una persona che non è fisicamente integra o sana, l'evento morte è indennizzabile laddove sia conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio e non sia stato condizionato in termini causali da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute.

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.

Lo stato accertato e dichiarato da un rapporto clinico di una struttura ospedaliera o dalla certificazione del medico curante di Coma Irreversibile direttamente ed esclusivamente conseguente ad un infortunio è equiparato alla morte. La Società liquiderà il Capitale fino a concorrenza del massimale corrispondente all'opzione scelta per il caso di morte da infortunio. Lo stato accertato e dichiarato da un rapporto clinico di una struttura ospedaliera o dalla certificazione del medico curante di Coma Irreversibile direttamente ed esclusivamente conseguente ad un infortunio è equiparato alla morte. La Società liquiderà il Capitale fino a concorrenza del massimale corrispondente all'opzione scelta per il caso di morte da infortunio.

Art. 23.2 – Regole specifiche applicabili in caso di morte presunta dell'Assicurato

La Società riconosce che in caso di scomparsa dell'Aderente/Assicurato esclusivamente a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo sul quale il predetto Aderente/Assicurato si trovasse a viaggiare in qualità di passeggero ed il corpo dell'Aderente/Assicurato non venisse trovato entro un anno dai citati eventi di arenamento, affondamento e naufragio, la Società liquiderà il Capitale previsto in caso di morte da infortunio.

Nel caso in cui sia stato effettuato il pagamento delle Indennità ed in seguito l'Aderente/Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, oppure dovesse risultare che la morte non è dovuta ad Infortunio, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Aderente/Assicurato stesso e/o i Beneficiari potranno far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito Infortuni indennizzabili a norma della presente Polizza.

Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite da questa Polizza.

Art. 23.3 – 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 o del medico curante 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.** In entrambi i casi, le comunicazioni dovranno essere fatte entro dieci giorni, rispettivamente dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento dei 180 giorni.

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. 24 - 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") e successive modifiche .**

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. 24.2 Franchigia Invalidità Permanente da Infortunio.

Art. 24.1 – 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 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 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 34 – Denuncia del Sinistro).

La Compagnia si impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto, l'esito della valutazione del Sinistro entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione istruttoria, elencata all'articolo 34 – Denuncia del Sinistro e delle conclusioni dell'accertamento di rito.

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%.

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 24.2 - 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 assoluta del 3%; 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.

Art 25 - Diaria per Ricovero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio, Malattia o Contagio da Covid19

Qualora l'Aderente/Assicurato subisse un Ricovero Ospedaliero in un Istituto di Cura per almeno 24 ore consecutive e almeno un pernottamento a seguito di Infortunio, Malattia o Contagio da Covid-19 (occorso/contratti nell'ambito dell'attività professionale o extra-professionale), l'Assicuratore verserà all'Aderente/Assicurato un'Indennità **giornaliera entro il Massimale dell'opzione scelta all'articolo 29 - Opzioni di Assicurazione.**

Per il calcolo della durata in giorni del Ricovero Ospedaliero, 24 ore di permanenza ininterrotta nell'Istituto di Cura verranno conteggiate come un giorno di Ricovero Ospedaliero; **se il periodo di permanenza non fosse uguale ad un multiplo di 24 ore, il periodo residuo di meno di 24 ore non sarà considerato per il calcolo dell'Indennità.**

Alla presente garanzia si applica una franchigia di 3 (tre) giorni, si conviene dunque che l'Indennità giornaliera riportata sulla Scheda di Polizza verrà corrisposta a partire dal 4° giorno e fino ad un massimo di 30 giorni.

Alla presente garanzia si applica un periodo di Carenza di 14 giorni, così come specificato nell'art. 26.

A parziale deroga dell'Art. 32.1 lettera L) "Esclusioni generali applicabili a tutte le garanzie", la presente garanzia opera anche per Ricovero Ospedaliero a seguito di positività al Covid-19, diagnosticata da medico qualificato e abilitato.

Art. 26 – Periodo di Carenza

La garanzia Diaria per Ricovero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio, Malattia o Contagio da Covid19 è operante a partire dalle ore 24:00 del 14° giorno successivo alla decorrenza della presente Polizza (periodo di Carenza).

I sinistri occorsi in questo periodo, non danno diritto alla prestazione anche se la diagnosi venga certificata dopo il termine del periodo di Carenza.

Art 27 - Raddoppio Somme Invalidità Permanente o Decesso per Aggressione

Limitatamente agli infortuni occorsi nello svolgimento dell'attività professionale dichiarata, qualora il Sinistro indennizzabile sia conseguente ad un'Aggressione subita dall'Aderente/Assicurato e questa avvenga sul luogo di lavoro, l'Assicuratore garantisce il raddoppio delle Indennità di cui all'Articolo 24 "Invalidità Permanente a seguito di infortunio" e all'Articolo 23 "Decesso a seguito di infortunio".

Per l'operatività della garanzia, l'Aderente/Assicurato, o chi per esso, deve fornire all'Assicuratore copia della denuncia di Aggressione fatta all'Autorità Giudiziaria o dei verbali relativi entro 30 giorni.

Art 28 - Contagio da HIV, Epatite B e C

Limitatamente al solo ambito professionale, l'Assicuratore garantisce il pagamento dell'Indennizzo corrispondente all'opzione scelta per il caso di Contagio da Virus HIV, Epatite B o Epatite C, occorsi all'Aderente/Assicurato durante lo svolgimento dell'attività professionale dichiarata sul Certificato di Assicurazione, **purché tale contagio sia documentato dai test di laboratorio previsti per tali infezioni, da eseguirsi secondo le seguenti scadenze e modalità:**

1. a distanza di 5 giorni dal presunto Contagio;
2. a distanza di 3 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 fine del primo Periodo di Assicurazione in corso successivo alla data dell'accertamento, senza possibilità di rinnovo.**
- **Negativo: l'Aderente/Assicurato dovrà sottoporsi al test di cui al punto 2.**

Esiti test di cui al punto 2:

- **Positivo: l'Aderente/Assicurato dovrà consegnare all'Assicuratore tutta la documentazione relativa ai 2 test effettuati per certificare la condizione di Contagio da Virus HIV, o Epatite B, o Epatite C;**
- **Negativo: l'Aderente/Assicurato dovrà sottoporsi al test di cui al punto 3.**

Esiti test di cui al punto 3:

- **Positivo: l'Aderente/Assicurato dovrà consegnare all'Assicuratore tutta la documentazione relativa ai 3 test effettuati per certificare la condizione di Contagio da Virus HIV, o Epatite B, o Epatite C;**
- **Negativo: non sarà dovuto alcun Indennizzo.**

Qualora l'Assicurato non provveda a fornire gli esiti degli esami entro 30 giorni dalle scadenze sopra indicate, nessun Indennizzo sarà dovuto e l'Assicuratore provvederà a chiudere il Sinistro senza seguito.

Art. 29 - Opzioni di Assicurazione

L'Aderente, al momento della adesione alla presente Polizza, potrà scegliere, pagando il relativo Premio, una delle seguenti Opzioni con pacchetti di garanzie fisse alla quale corrispondono delle specifiche Somma assicurate.

TABELLA DELLE GARANZIE E DEGLI INDENNIZZI

Garanzie	Opzione Silver	Opzione Platinum
Diaria da ricovero per Malattia, Infortunio o Contagio Covid-19		
Somma Assicurata	€ 50 al giorno	€ 50 al giorno
	per un massimo di 30gg.	per un massimo di 30gg.
Rischio Coperto	attività professionale ed extra-professionale	attività professionale ed extra-professionale

Franchigia	Franchigia Relativa	Franchigia Relativa
	3 giorni	3 giorni
Carenza	14 giorni	14 giorni
Invalidità Permanente da Infortunio		
Somma Assicurata	Fino a € 50.000	Fino a € 200.000
Rischio Coperto	attività professionale ed extra-professionale	attività professionale ed extra-professionale
Franchigia	Franchigia Assoluta 3%	Franchigia Assoluta 3%
Carenza	non presente	non presente
Morte da Infortunio		
Somma Assicurata	€ 50.000	€ 200.000
Rischio Coperto	attività professionale ed extra-professionale	attività professionale ed extra-professionale
Franchigia	non presente	non presente
Carenza	non presente	non presente
Raddoppio Somme Invalidità Permanente o Decesso per aggressione		
Somma Assicurata	Raddoppio somme previste	Raddoppio somme previste
Rischio Coperto	attività professionale	attività professionale
Franchigia	non presente	non presente
Carenza	non presente	non presente
Indennità da contagio "3 virus" (HIV, Epatite B, Epatite C)		
Somma Assicurata	€ 20.000	€ 100.000
Rischio Coperto	attività professionale	attività professionale
Franchigia	non presente	non presente
Carenza	non presente	non presente

LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Art. 30 – 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. 31 – 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. 32 – Esclusioni

32.1 Esclusioni generali applicabili a tutte le garanzie

Sono esclusi dalla presente Assicurazione i Sinistri derivanti da e/o riconducibili a e/o originati da:

- A. ricadute o recidive di patologie in atto conosciute o conoscibili dall'Aderente/Assicurato;
- B. conseguenze dirette ed indirette di patologie preesistenti alla decorrenza della Polizza;
- C. infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili fatta salva la deroga relativa alla Malattia, presente nell'Art. 28 "Contagio da virus HIV, Epatite B o C";
- D. conseguenza diretta o indiretta di malformazioni congenite, malattie genetiche o difetti fisici preesistenti alla decorrenza della Polizza;
- E. conseguenze dirette ed indirette di Infortuni avvenuti prima della decorrenza della Polizza;
- F. qualsiasi Sinistro conseguente a lesioni autoinflitte o provocate dall'Aderente/Assicurato in stato di ebbrezza nonché quelle conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili. Si considera in stato di ebbrezza una persona cui sia stato riscontrato un tasso alcolemico superiore ai limiti previsti dalla legge vigente;
- G. dolo del Contraente o dell'Aderente/Assicurato;
- H. delitti dolosi compiuti o tentati dall'Aderente/Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- I. rifiuto di seguire le cure mediche, le indicazioni terapeutiche e le prescrizioni mediche in generale;
- J. tentato suicidio o azioni di autolesionismo;
- K. interruzione volontaria della gravidanza;
- L. operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio, fatta salva la deroga relativa alla Malattia, presente nell'Art. 25 "Diaria per Ricovero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio, Malattia o Contagio da Covid-19";
- M. movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, calamità naturali;
- N. malattie neurologiche, organiche cerebrali, a carattere degenerativo e/o progressivo, nonché le malattie psichiche interferenti con le facoltà cognitive e di giudizio, quali, in via esemplificativa e non esaustiva: Alzheimer, Parkinson, schizofrenia, psicosi di media e grave entità, disturbi di personalità borderline, disturbo schizoaffettivo;
- O. svolgimento di servizio militare;
- P. incidente di volo, se l'Aderente/Assicurato viaggia a bordo di voli non di linea, su aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- Q. uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- R. guerra e insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni o scioperi, sommosse, tumulti cui l'Aderente/Assicurato abbia preso parte attiva;
- S. abuso di alcol, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e/o sostanze psicotrope e simili;
- T. ingestione di farmaci non prescritti o che non coincidano con la prescrizione medica;

- U. contaminazione biologica o chimica connessa ad atti di terrorismo o atti di guerra;
- V. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo e accelerazioni di particelle atomiche (salvo quelle subite come paziente durante applicazioni radioterapiche);
- W. diagnosi effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- X. diagnosi effettuata da un medico che sia un familiare dell'Aderente/Assicurato o che abbia il medesimo domicilio o residenza dell'Assicurato al momento della diagnosi;
- Y. partecipazione a corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- Z. 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;
- AA. gare di automobilismo, gare di motociclismo, gare di motonautica e relative prove;
- BB. sport estremi (ad es. base jumping, canyoning, torrentismo, hydrospeed, downhill, kitesurf, bungee jumping / repelling, canoa / rafting).
- CC. Epidemie e pandemie dichiarate dall'Organismo Mondiale della Sanità (OMS) o da altro ente preposto, fatta salva la deroga relativa a Covid-19 presente nell'Art. 25 "Diaria per Ricovero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio, Malattia o Contagio da Covid-19".

Art 32.2 - Esclusioni applicabili alla garanzia "Contagio da HIV, Epatite B o C"

Sono esclusi dalla presente Assicurazione:

- DD. contagi da Virus HIV, Epatite B o C che risultino già in atto secondo quanto previsto dal punto 1 dell'Art. 28 "Contagio da HIV, Epatite B o C";
- EE. 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...)
- FF. epatiti alcoliche.

DISPOSIZIONI CHE REGOLANO I SINISTRI E I RECLAMI

Art. 33 – 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.

Art. 34 – Denuncia del Sinistro

La denuncia del Sinistro deve essere presentata dall'Aderente/Assicurato o da chi ne fa le veci entro 30 giorni dalla data della diagnosi, con lettera raccomandata A/R, mail o PEC ai seguenti indirizzi:

Willis Italia S.p.A

EMAIL: ita_benefits_claims@willis.com

PEC: willisitaly@willis.mailcert.it

Oppure

AIG Europe S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia – Piazza Vetra, 17 – 20123 – MILANO
EMAIL: denunce.sinistri@aig.com
PEC: insurance@aigeuropa.postecert.it

e deve essere corredata

- 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;

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 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.
- 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. 35 – 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.

A seguito della liquidazione della somma prevista nel Modulo di Polizza, l'Assicurazione cessa di produrre effetti per l'Aderente/Assicurato e nessun'ulteriore prestazione sarà dovuta dalla Compagnia.

La Polizza potrà restare in vigore per gli eventuali altri Aderenti/Assicurati inseriti in copertura.

Art. 36 – Pareri medici – Controversie

In caso di controversia sulla natura, la causa dell'infortunio, sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di Invalidità Permanente, la Compagnia e l'Aderente/Assicurato potranno conferire mandato ad un collegio di tre medici: le decisioni del collegio saranno prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge senza contravvenire alla legge stessa. La proposta di convocare il collegio medico deve partire dall'Aderente/Assicurato o dagli aventi diritto, entro 30 giorni solari da quello in cui è stata comunicata la decisione della Compagnia, e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nominativo del medico designato. Dopo aver ricevuto il nominativo di quest'ultimo, la Compagnia comunicherà all'Aderente/Assicurato, entro 30 giorni solari, il nominativo del medico che essa a sua volta avrà designato. Il terzo medico viene scelto dalla Compagnia e dall'Aderente/Assicurato da un gruppo di tre medici proposti dai due primi medici designati. In caso di disaccordo, il terzo medico è designato dal segretario dell'ordine dei medici aventi competenza nel luogo ove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede nella città sede dell'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Aderente/Assicurato o nel diverso luogo che le Parti avranno successivamente scelto; in caso di disaccordo, il collegio medico risiede nel comune della sede dell'istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Aderente/Assicurato.

Nominato il terzo medico, la Compagnia convocherà il collegio medico invitando l'Aderente/Assicurato o gli aventi diritto a presentarsi nel giorno, luogo e ora stabilito. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e sosterrà i costi e gli onorari del medico da essa designato, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico scelto. La decisione del collegio medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 37 – 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@aigeuropa.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.

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

Aderente/Assicurato

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 c.c. sono approvate specificamente dal Contraente, in nome e per conto dell'Aderente/Assicurato, le seguenti disposizioni della Polizza:

Articolo 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio
Articolo 3 – Variazione di rischio
Articolo 6 – Pagamento del premio
Articolo 7 – Oneri fiscali
Articolo 11 – Valuta pagamento
Articolo 15 – Decorrenza, durata e cessazione delle garanzie
Articolo 17 – Persone assicurabili
Articolo 18 – Validità territoriale
Articolo 19 – Limiti di età
Articolo 20 – Clausola Broker
Articolo 22.1. – Ernie traumatiche da sforzo
Articolo 22.2 – Rischio volo
Articolo 24.1 – Funzionamento della copertura invalidità permanente, calcolo indennizzo
Articolo 24.2 – Franchigia invalidità permanente da Infortunio
Articolo 26 – Periodo di carenza
Articolo 30 – Limite di Indennizzo per evento
Articolo 31 – Sanzioni internazionali
Articolo 32 – Esclusioni
Articolo 32.1 – Esclusioni generali applicabili a tutte le garanzie
Articolo 32.2 – Esclusioni applicabili alla garanzia “Contagio da HIV, Epatite B o C”
Articolo 33 – Cumulo di Indennità
Articolo 36 – Pareri medici – Controversie

Contraente



ALLEGATO 1- 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 risoluto 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.