

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

Prodotto: "AIG Infortuni VelGuard"
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 Infortuni VelGuard" è una polizza assicurativa che si compone di più garanzie che operano solo se incluse nell'opzione scelta. "AIG Infortuni VelGuard" include una copertura assicurativa a garanzia degli eventi Morte ed Invalidità Permanente da Infortunio, Diaria da Ricovero da Infortunio, Diaria da Gesso, e Rimborso Spese Mediche da Infortunio, che l'assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali ed extra-professionali.

 Che cosa è assicurato? ✓ L'Assicurazione vale per gli eventi di morte o invalidità permanente derivanti da infortuni che l'Assicurato subisca; ✓ Rischio volo ✓ Rischio Guerra ✓ Coma Irreversibile ✓ Diaria da Ricovero da Infortunio ✓ Diaria da Gesso ✓ Rimborso spese mediche sostenute dall'Assicurato in caso di Infortunio	 Che cosa non è assicurato? • ricadute o recidive di patologie in atto conosciute o conoscibili dall'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; • conseguenze dirette ed indirette di Infortuni avvenuti prima della decorrenza della Polizza; • qualsiasi Sinistro conseguente a lesioni autoinflitte o provocate dall'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'Assicurato; • delitti dolosi compiuti o tentati dall'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'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; • guerra e insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni o scioperi, sommosse, tumulti cui l'Assicurato abbia preso parte attiva; • patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate dall'OMS • Sono qui riportate le principali esclusioni; per la lista completa si rimanda alle condizioni contrattuali di Polizza.
--	--



Ci sono limiti di copertura?

- ! L'assicurazione non vale per le persone di età inferiore ai 18 anni e superiore ai 75 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 riportata nel certificato di Polizza, 3% relativa al 10%: si conviene che non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% dell'invalidità permanente totale. Se invece essa risulta superiore al 10% dell'invalidità permanente totale, sarà corrisposto l'Indennizzo integrale.
- ! La garanzia "Rimborso Spese mediche da Infortunio" è prestata con franchigia di 100,00 Euro
- ! La diaria giornaliera da Infortunio viene erogata a partire dal 4° giorno di Ricovero e fino al limite massimo di 90 giorni.
- ! La diaria da Gesso viene erogata a partire dal 4° giorno di Ricovero e fino al limite massimo di 90 giorni.



Dove vale la copertura?

L'assicurazione vale per il mondo intero.



Che obblighi ho?

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



Quando e come devo pagare?

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



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

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

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

Prodotto: "AIG Infortuni VelGuard"

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 Rischio volo
- ✓ in caso di Rischio Guerra

GARANZIE Opzionali

Diaria da Ricovero da Infortunio

A seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Assicuratore erogherà all'Assicurato la diaria giornaliera riportata sulla Scheda di Polizza per ogni Giorno di Ricovero, a partire dal 4° giorno di Ricovero e fino al limite massimo di 90 giorni.

Diaria da Gesso

Qualora, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, all'Assicurato fosse applicata una Gessatura o un tutore immobilizzante equivalente, l'Assicuratore liquiderà all'Assicurato stesso, nei termini previsti dalla Scheda di Polizza, l'Indennità giornaliera riportata sulla Scheda di Polizza a partire dal 4° giorno di gessatura e fino ad un massimo di 30 giorni.

Rimborso Spese Mediche da Infortunio

In caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, la Società rimborsa agli Assicurati il costo delle cure mediche sostenute.

Per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di Cura o all'ambulatorio;
- spese fisioterapiche in genere e spese farmaceutiche



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

	• 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; • Sinistro riconducibile a pratica di pugilato, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, alpinismo oltre 4.000 metri e/o oltre il 3° grado scala UIAA, e/o arrampicata su ghiaccio o ghiacciai o arrampicata in solitaria indipendentemente dall'altitudine, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, scialpinismo, sci acrobatico, snowboard acrobatico o estremo, bob, rugby, football americano, sport aerei in genere, aliante, deltaplano, parapendio, paracadutismo, equitazione, immersioni subacquee.
--	--



Ci sono limiti di copertura?

L'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il contraente. Per talune coperture sono previsti dei sotto limiti come da Condizioni di Polizza.

- L'assicurazione prevede limiti di indennizzo, sotto-limiti e franchigie come indicati nel certificato: dalla copertura "Morte o invalidità da infortunio" sono espressamente esclusi i casi di coma conseguenti ad infortuni avvenuti a seguito di abuso di alcolici, dall'uso, in genere, di psicofarmaci e di stupefacenti e dall'uso di farmaci non a scopo terapeutico.
- La Società corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, senza obbligo per l'Assicurato di denuncia dei difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui fosse affetto al momento della stipulazione del Contratto di Assicurazione o che dovessero in seguito sopravvenire.
- Relativamente 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 del 3% relativa al 10%: Si conviene che non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% dell'invalidità permanente totale. Se invece essa risulta superiore al 10% dell'invalidità permanente totale, sarà corrisposto l'Indennizzo integrale.
Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di Invalidità Permanente eventualmente subito in occasione dell'Infortunio.
- La garanzia "Rimborso Spese Mediche da Infortunio" è prestata con franchigia di € 100,00.
- La garanzia "Diaria da Ricovero da Infortunio" è prestata a partire dal 4° giorno di Ricovero e fino al limite massimo di 90 giorni.
- La garanzia "Diaria da Gesso" è prestata a partire dal 4° giorno e fino al limite massimo di 90 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 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 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: aigueurope.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 Rimborso Spese Mediche da Infortunio: 2,50% del premio imponibile • Garanzia Diaria da Ricovero da Infortunio: 2,50% del premio imponibile • Garanzia Diaria da Gesso: 2,50% del premio imponibile Gli indennizzi corrisposti in caso di sinistro sono esenti dalle imposte sui redditi e da altre imposte indirette.	



AIG Infortuni VelGuard

POLIZZA COLLETTIVA AD ADESIONE INDIVIDUALE E FACOLTATIVA

TRA

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

E

VELVET SRL

N. POLIZZA IAH0015712

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. 7
Art. 6 Pagamento e mezzi di pagamento del Premio	Pag. 7
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. 8
Operatività dell'Assicurazione	Pag. 8
Art. 15 Decorrenza, durata e cessazione delle garanzie	Pag. 8
Art. 16 Recesso 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 Beneficiari	Pag. 10
Art. 21 Clausola Broker	Pag. 10
Garanzie offerte dall'Assicurazione	Pag. 10
Art. 22 Oggetto dell'Assicurazione	Pag. 10
Art. 23 Infortuni coperti dalla polizza	Pag. 11
Art. 23.1 Rischio volo	Pag. 11

Art. 23.2 Rischio guerra	Pag. 12
--------------------------	---------

Garanzie sempre operanti	Pag. 12
---------------------------------	----------------

Art. 24 Morte da Infortunio	Pag. 12
Art. 24.1 Regole specifiche applicabili in caso di morte dell'Assicurato	Pag. 12
Art. 24.2 Regole specifiche applicabili in caso di morte presunta dell'Assicurato	Pag. 12
Art. 24.3 Regole specifiche applicabili al caso di Coma Irreversibile	Pag. 13
Art. 25 Invalidità Permanente da Infortunio	Pag. 13
Art. 25.1. Funzionamento della copertura Invalidità Permanente. Calcolo dell'Indennizzo	Pag. 13
Art. 25.2. Franchigia Invalidità Permanente da Infortunio	Pag. 14

Garanzie opzionali attivabili con il pagamento di un premio aggiuntivo	Pag. 14
---	----------------

Art. 26 Rimborso spese mediche a seguito di Infortunio	Pag. 14
Art. 27 Diaria da Ricovero da Infortunio	Pag. 14
Art. 28 Diaria da Gessatura	Pag. 15

Estensioni di copertura sempre operanti	Pag. 15
--	----------------

Art. 29 Spese Funerarie	Pag. 15
Art. 30 Spese per ricerca e soccorso	Pag. 15
Art. 31 Anticipo Indennizzi per Invalidità Permanente	Pag. 15
Art. 32 Commorienza del Coniuge	Pag. 15
Art. 33 Supervalutazione Invalidità Permanente	Pag. 16

Limitazioni ed esclusioni	Pag. 16
----------------------------------	----------------

Art. 34 Limite di Indennizzo per evento	Pag. 16
Art. 35 Sanzioni	Pag. 16
Art. 36 Esclusioni	Pag. 16
Art. 37 Cumulo di Indennità	Pag. 17

Disposizioni che regolano i Sinistri e i Reclami	Pag. 17
---	----------------

Art. 38 Dichiarazioni e decadenza	Pag. 17
Art. 39 Denuncia del Sinistro	Pag. 18
Art. 40 Obblighi della Compagnia in caso di Sinistro	Pag. 19
Art. 41 Pareri medici - Controversie	Pag. 19
Art. 42 Come presentare un reclamo	Pag. 20

Allegato 1 - Appendice normativa	Pag. 22
---	----------------

GLOSSARIO

Arto

Un braccio o una gamba nella sua totalità.

Assicurato

Il soggetto, 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.

Assicurazione

Il presente contratto di assicurazione.

Beneficiario

Beneficiario delle garanzie previste dalla presente Polizza è l'Assicurato, **a condizione che il Sinistro sia liquidabile ai termini ed alle condizioni di Polizza**, in caso di decesso dell'Assicurato sarà la persona fisica designata in polizza a beneficiare delle somme relative alla garanzia morte

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>

Contraente

Si intende il soggetto (persona fisica o giuridica) che stipula il Contratto di Assicurazione per sé e/o a favore di terzi e paga il Premio. Nel caso di specie di questo contratto, il Contraente è Velvet S.r.l., con sede in Via Gran Sasso 1 – Ortona, intermediario assicurativo iscritto nella sezione B del Registro unico degli Intermediari (RUI) tenuto da Ivass, numero di iscrizione B000732846 e paga il premio che ha raccolto dagli Aderenti.

Danno

Il pregiudizio subito dall'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.

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'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.

Gessatura

Il mezzo di contenimento rigido costituito da fasce gessate od altro apparecchio di contenimento immobilizzante ed inamovibile, comunque esterno, sempreché applicato e rimosso da personale medico.

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.

Garanzie Opzionali

Garanzie attivabili con il pagamento di un premio aggiuntivo.

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.

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 di questo contratto, l'intermediario è Velvet S.r.l., con sede in Via Gran Sasso 1 – Ortona, iscritto nella sezione B del Registro unico degli Intermediari (RUI) tenuto da Ivass, numero di iscrizione B000732846.

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.

Modulo o Certificato di Polizza

Documento rilasciato dalla Compagnia al momento della sottoscrizione della Polizza.

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 il contraente dovrà pagare, all'intermediario a fronte delle coperture previste dalla presente Assicurazione

Rischio

La possibilità che si verifichi l'evento assicurato.

Ricovero Ospedaliero

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



Scheda di Polizza

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

Set Informativo

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

Sinistro

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

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 qualsiasi altro soggetto con lui convivente, degli incaricati dell'Assicurato, siano essi alle dipendenze o meno dell'Assicurato, nell'esercizio delle loro funzioni.**

Trasferta Professionale

Qualunque viaggio di lavoro intrapreso dall'Assicurato in qualunque paese estero del mondo: sono ricomprese le partecipazioni a seminari e conferenze, considerate alla stregua dei viaggi di lavoro.

DISPOSIZIONI GENERALI

PREMESSA

La presente è una Polizza Individuale con la quale il Contraente acquista per sé o per altra persona fisica una copertura assicurativa per ottenere un indennizzo nel caso di morte a seguito di Infortunio, Invalidità Permanente da Infortunio ed altre Garanzie Opzionali, secondo i termini e le condizioni di cui alle presenti condizioni di assicurazione.

Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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, 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'Assicurato ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta all'intermediario, 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'Assicurato e/o del Contraente.

Art. 5 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato è tenuto sono valide solo se fatte per iscritto alla Società o all'Intermediario cui la Polizza è assegnata. Qualunque modifica 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

Il Contraente e/o l'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 dalla Società tra quelli previsti dalla legge. La Polizza prevede la corresponsione di un Premio per la durata annuale dell'Assicurazione, il cui importo è indicato nella Polizza medesima, da pagarsi 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 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, il Contraente/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, **al netto delle imposte di legge, entro e non oltre 30 (trenta) giorni. Tuttavia, ai sensi dell'art. 67-terdecies del d.lgs. 206/2005, qualora il Contraente/Assicurato richieda che le prestazioni assicurative di cui alla presente Polizza comincino ad essere erogate prima della scadenza del periodo di recesso, la restituzione del Premio avverrà pro quota, in ragione del periodo in cui la Polizza ha avuto effetto.**

Art. 14 – Rinuncia alla rivalsa

In deroga all'art. 1916 del Codice Civile, l'Assicuratore rinuncia a favore dell'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 dopo quello della scadenza del pagamento e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento medesimo. La Polizza è risolta di diritto ex Art. 1901 comma 3 Codice Civile se la Compagnia, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il Premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione. Fermo il diritto della Compagnia di esigere il pagamento del Premio relativo al periodo di Assicurazione in corso e delle spese sostenute.

L'Assicurazione ha una durata pari a quanto riportato nella Scheda di Polizza e non è soggetta a tacito rinnovo.

In ogni caso, a seguito del compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, alla scadenza della successiva annualità, la Polizza non è più rinnovabile.

Art. 16 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni Sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, la Società e il Contraente potranno recedere dall'Assicurazione 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

La presente Assicurazione è prestata a favore degli Assicurati indicati dal Contraente alla Società al momento della sottoscrizione della polizza e aventi domicilio nel territorio della Repubblica Italiana, in relazione a ciascuno dei quali sia stato conteggiato e corrisposto il relativo Premio.

Possono inoltre essere assicurati:

- a. coloro che hanno un'età al momento della stipulazione della Polizza compresa tra i 18 ed i 75 anni compiuti;
- b. coloro che al momento della sottoscrizione della Polizza abbiano un contratto di lavoro continuativo che preveda almeno 20 ore di occupazione settimanali;
- c. 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 il Contraente e/o l'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'Assicurato perda i suddetti requisiti di assicurabilità durante il periodo di vigenza della Polizza, l'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.

Art. 19 – Limiti di età

L'età dell'Assicurato non può essere, al momento della sottoscrizione della presente Polizza, inferiore a 18 anni, inoltre l'Assicurazione cessa al compimento dell'75° anno d'età di ciascun Assicurato. Per chi raggiunge il limite di età durante il periodo di validità della polizza, la stessa termina alla prima scadenza annuale immediatamente successiva.

Art. 20 - Beneficiari

Beneficiario delle garanzie previste dalla presente Polizza è l'Assicurato, **a condizione che il Sinistro sia liquidabile ai termini ed alle condizioni di Polizza**, in caso di decesso dell'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'Assicurato, i beneficiari si intendono gli eredi legittimi e/o testamentari.

Art. 21 – Clausola Broker

Si prende atto e si accetta espressamente che il Contraente Velvet S.r.l., è anche il soggetto al quale l'Aderente/Assicurato ha affidato la gestione della presente Polizza. Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato è tenuto, devono/possono essere fatte per iscritto all'intermediario. Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente Polizza, la Società riconosce che ogni comunicazione fatta dall'Assicurato all'intermediario si intenderà come fatta alla Società stessa, mentre quest' ultimo riconosce che ogni comunicazione fatta dall'intermediario alla Compagnia si intenderà come fatta dal Contraente o dall'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'Assicurato con effetto liberatorio nei suoi confronti. Da ciò ne consegue che /Assicurato, pagando il Premio all'intermediario, adempierà all'obbligo di corrispondere il Premio alla Società.

GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE

Art. 22 - Oggetto dell'assicurazione

La Polizza copre gli Infortuni che l'Assicurato subisca sia nello svolgimento delle mansioni relative all'occupazione professionale dichiarata sulla Scheda di Polizza che nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, salvo quanto diversamente specificato nella Scheda di Polizza. Inoltre, il rischio relativo all' Infortunio in itinere si intende incluso nell'esercizio delle attività professionali dichiarate in Polizza.

La Polizza prevede la garanzia per morte a seguito di infortunio, Invalidità Permanente da Infortunio ed alcune Garanzie Opzionali descritte di seguito.

L'Assicurato può scegliere, pagando il relativo premio, cinque pacchetti di copertura alternativi fra loro: BASE, PLUS, TOP, GOLD e DIAMOND.

Tabella Garanzie e Massimali

Opzioni	Morte	Invalidità Permanente	Diaria da Ricovero	Diaria da Gesso	Rimborso Spese Mediche
Base	50.000 €	50.000 €	-	-	-
Plus	100.000 €	100.000 €	50 €	50 €	2.500 €
Top	150.000 €	150.000 €	75 €	75 €	5.000 €
Gold	200.000 €	200.000 €	100 €	100 €	5.000 €
Diamond	500.000 €	500.000 €	100 €	100 €	7.500 €

Art. 23 - Infortuni coperti dalla polizza

Si precisa che la definizione di Infortunio riportata nel “Glossario” comprende anche:

- le infezioni direttamente derivanti da Infortunio, ad esclusione di quelle derivanti dall'intervento umano successivo all'Infortunio stesso;
- l'avvelenamento, intossicazioni e lesioni prodotte dall'ingestione accidentale di alimenti, bevande o sostanze in genere idonee a produrre un avvelenamento, una intossicazione o delle lesioni corporali;
- l'asfissia causata dall'azione fortuita e non volontaria di gas o vapori;
- le lesioni fisiche derivanti da atto di terrorismo o sabotaggio o assalto di cui l'Assicurato sia stato vittima, con esclusione nel caso fosse dimostrata una parte attiva in qualità di istigatore o esecutore;
- le lesioni conseguenti a contatto purché concentrato nel tempo e fortuito con sostanze caustiche o corrosive;
- l'asfissia meccanica provocata da un evento e/o un agente esogeno, non correlata a condizioni morbose preesistenti, compreso l'annegamento;
- il congelamento, colpo di calore, colpo di sole, inedia e spossatezza derivanti da naufragio, atterraggio forzato, terremoto, valanga e inondazione;
- le lesioni muscolari da sforzo e le ernie traumatiche da sforzo.

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. 23.1 - 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 sui singoli contratti.

Art. 23.2 - Rischio guerra

A parziale modifica della esclusione di cui all'art. 38, 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, consultare il sito del Ministero Affari Esteri.

(i) GARANZIE SEMPRE OPERANTI

Art. 24 - Morte da Infortunio

Art. 24.1 – Regole specifiche applicabili in caso di morte dell'Assicurato

Il caso di morte viene liquidato un importo 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 dell'Assicurato in parti uguali. L'Assicurato potrà in ogni momento, durante la vigenza della Polizza, modificare l'indicazione del/dei Beneficiario/i con comunicazione scritta alla Società.

E' considerata morte, esclusivamente agli effetti della determinazione del Capitale Assicurato, anche lo stato dichiarato di "Coma irreversibile" conseguente ad Infortunio.

Art. 24.2 – Regole specifiche applicabili in caso di morte presunta dell'Assicurato

La Società riconosce che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, fermo restando quanto previsto dall'art. 24.1 delle condizioni di assicurazione, verrà riconosciuto l'Indennizzo previsto per il caso di morte.

Nel caso in cui si astato effettuato il pagamento delle Indennità ed in seguito l'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'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 garantite da questa Polizza.

Art. 24.3 – 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, conseguente ad Infortunio indennizzabile sulla base di questa Polizza, viene equiparato alla morte. Pertanto, la Società liquiderà la prestazione pattuita **qualora l'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'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. 25 - 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 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.

Art. 25.1 – 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.

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 41 – 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 25.2 - 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 riportata nel certificato di Polizza: 3% relativa al 10%: Si conviene che non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% dell'invalidità permanente totale. Se invece essa risulta superiore al 10% dell'invalidità permanente totale, sarà corrisposto l'Indennizzo integrale.

(ii) GARANZIE OPZIONALI ATTIVABILI CON IL PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Art 26 - Rimborso spese mediche a seguito di Infortunio

In caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Assicuratore rimborserà all'Assicurato il costo delle cure mediche sostenute a seguito di tale Infortunio, fino alla somma massima riportata sulla Scheda di Polizza.

Per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di Cura o all'ambulatorio;
- spese fisioterapiche in genere e spese farmaceutiche;

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 è prestata con franchigia di € 100,00, tale importo rimane quindi a carico dell'Assicurato. Si specifica inoltre che, qualora l'Assicurato fruisse di ulteriori analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la presente garanzia varrà per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsata. Tale garanzia è prestata con limite previsto dalla Scheda di Polizza

Art 27 - Diaria da Ricovero da Infortunio

Qualora, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Assicurato subisse un Ricovero ospedaliero in un Istituto di Cura, l'Assicuratore erogherà all'Assicurato la diaria giornaliera riportata sulla Scheda di Polizza per ogni Giorno di Ricovero, a partire dal 4° giorno di Ricovero e fino al limite massimo di 90 giorni.

Rimangono esclusi dalla presente garanzia i Ricoveri ospedalieri dovuti a:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o dall'uso di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- cure ed interventi per l'eliminazione di difetti fisici, per applicazioni di carattere estetico (salvo che siano rese indispensabili a seguito di Infortunio), per le cure e protesi dentarie;
- ragioni cosmetiche, perdita di peso, ringiovanimento, riabilitazione che non sia per ragioni motorie o funzionali, o trattamenti psichiatrici;
- soggiorni in case di cura e convalescenziari, termali, elioterapiche, del sonno o detossificanti;
- soggiorni in strutture psichiatriche;
- Infortunio avvenuto precedentemente la sottoscrizione della Polizza.

Art 28 - Diaria da Gessatura

Qualora, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, all'Assicurato fosse applicata una Gessatura o un tutore immobilizzante equivalente rigido ed inamovibile, l'Assicuratore liquiderà all'Assicurato stesso, nei termini previsti dalla Scheda di Polizza, l'Indennità giornaliera riportata sulla Scheda di Polizza a partire dal 4° giorno di gessatura e fino ad un massimo di 30 giorni.

Per la presente garanzia, la denuncia deve essere fatta nel termine e con le modalità previste all' Articolo 41.

La liquidazione dell'Indennizzo verrà effettuata a degenza ultimata su presentazione dei documenti giustificativi che riportino l'esatto periodo di degenza con la data di entrata e di uscita dall'Istituto di Cura.

L'Assicuratore potrà inoltre richiedere all'Assicurato di sottoporsi ad accertamenti e controlli medici, di fornire informazioni e di produrre, ove occorra, copia della Cartella Clinica completa redatta nell'Istituto di cura.

(iii) ESTENSIONI DI COPERTURA SEMPRE OPERANTI

Art 29 - Spese funerarie

Nel caso di morte dell'Assicurato, indennizzabile a termini di Polizza, l'Assicuratore rimborserà agli aventi diritto le spese regolarmente documentate sostenute per il funerale o la cremazione dell'Assicurato stesso, **entro il limite massimo specificato nella Scheda di Polizza. Tale garanzia è prestata con limite di € 5.000,00.**

Art. 30 - Spese per ricerca e soccorso

Qualora, a seguito di Infortunio, fosse necessario attivare una squadra di emergenza per la ricerca e il salvataggio dell'Assicurato, l'Assicuratore rimborserà le spese di ricerca e soccorso, anticipate dalle autorità locali ed a carico dell'Assicurato stesso, entro il Massimale per Assicurato e per evento indicato nella Scheda di Polizza.

L'Assicuratore erogherà inoltre l'ulteriore Indennizzo indicato nella Scheda di Polizza in caso di morte o Invalidità Permanente del soccorritore o di altro soggetto non dipendente del Contraente, quale conseguenza del soccorso prestato all'Assicurato.

La prestazione non verrà applicata alle spese di ricerca e soccorso derivante dalla mancata osservazione delle misure di sicurezza stabilite dalle normative che regolamentano l'attività svolta dall'Assicurato.

Tale garanzia è prestata con limite di € 5.000,00

Art 31 - Anticipo Indennizzi per Invalidità Permanente

Trascorsi 60 giorni dal termine delle cure mediche relative ad Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, anche se non ancora sopraggiunta la guarigione definitiva o la stabilizzazione dei postumi invalidanti, l'Assicurato potrà richiedere un anticipo all'Assicuratore per l'Invalidità Permanente, entro il limite del 20% del massimale riportato nella Scheda di Polizza. L'anticipo verrà liquidato entro 30 giorni dall'acquisizione dei dati completi sullo stato di salute dell'Assicurato a condizione che, a seguito di accertamento autonomo da parte dell'Assicuratore, il grado di Invalidità Permanente residuo dopo le cure mediche non sia inferiore al 20%.

Art 32 - Commorienza del Coniuge

Qualora il medesimo Infortunio provocasse la morte dell'Assicurato e del suo coniuge o convivente separato, e nel caso in cui i figli minorenni conviventi risultassero unici Beneficiari della Polizza, l'Assicuratore erogherà il Capitale Assicurato per il caso morte aumentato del 100% entro il limite aggiuntivo specificato nella Scheda di Polizza. Ai figli minorenni verranno equiparati i figli maggiorenni qualora gli stessi fossero già portatori di Invalidità Permanente di grado superiore al 60%.

La presente estensione di garanzia non si applica nei casi di Rischio volo.

Art 33 - Supervalutazione Invalidità Permanente

In caso di perdita totale bilaterale della vista, dell'udito o della voce, a seguito di Infortunio a termini di Polizza, l'Assicuratore liquiderà un importo pari al doppio di quello stabilito in base alla Tabella INAIL, con il massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente.

In tutti gli altri casi di Infortunio che producano come conseguenza una Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 66%, l'Assicuratore liquiderà un Indennizzo pari al 100% della somma assicurata.

LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Art. 34 – 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. 35 – Sanzioni

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'Assicurato o disporre alcun pagamento per i costi di difesa, né garantire alcuna forma di Indennizzo per conto dell'Assicurato, nella misura in cui ciò costituisca violazione della suddetta sanzione o embargo.

Art. 36 - Esclusioni

Ferme restando le limitazioni per ciascuna garanzia la Polizza non opera in caso di:

- A. ricadute o recidive di patologie in atto conosciute o conoscibili dall'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;
- 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'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'Assicurato;
- H. delitti dolosi compiuti o tentati dall'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. interventi chirurgici per la correzione di miopia o di astigmatismo miopico;
- L. movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, calamità naturali;

- M. 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"
- N. svolgimento di servizio militare;
- O. incidente di volo, se l'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;
- P. uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- Q. guerra e insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni o scioperi, sommosse, tumulti cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- R. abuso di alcol, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e/o sostanze psicotrope e simili;
- S. ingestione di farmaci non prescritti o che non coincidano con la prescrizione medica;
- T. contaminazione biologica o chimica connessa ad atti di terrorismo o atti di guerra;
- U. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo e accelerazioni di particelle atomiche (salvo quelle subite come paziente durante applicazioni radioterapiche);
- V. diagnosi effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- W. diagnosi effettuata da un medico che sia un familiare dell'Assicurato o che abbia il medesimo domicilio o residenza dell'Assicurato al momento della diagnosi;
- X. Sinistro riconducibile a pratica di pugilato, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, alpinismo oltre 4.000 metri e/o oltre il 3° grado scala UIAA, e/o arrampicata su ghiaccio o ghiacciai o arrampicata in solitaria indipendentemente dall'altitudine, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, scialpinismo, sci acrobatico, snowboard acrobatico o estremo, bob, rugby, football americano, sport aerei in genere, aliante, deltaplano, parapendio, paracadutismo, equitazione, immersioni subacquee;
- Y. gare di automobilismo, gare di motociclismo, gare di motonautica e relative prove;
- Z. sport estremi (ad es. base jumping, canyoning, torrentismo, hydrospeed, downhill, kitesurf, bungee jumping / repelling, canoa / rafting).
- AA. patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate dall'OMS, di gravità e virulenza tale da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile.

Art. 37 – 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'assicurato come indennizzo per l'Invalidità permanente

Si specifica inoltre quanto segue: la garanzia "Diaria da Ricovero da Infortunio" non è cumulabile con la garanzia "Diaria da Gessatura".

DISPOSIZIONI CHE REGOLANO I SINISTRI E I RECLAMI

Art. 38 – Dichiarazioni e decadenza

Non sarà riconosciuto alcun Indennizzo nei seguenti casi:

- Sinistri denunciati all'Assicuratore dopo 30 giorni dalla loro insorgenza, laddove tale ritardo comporti il peggioramento dell'evento conseguente al Sinistro stesso;
- rilascio intenzionale di informazioni false o alterazione di documenti probatori, con l'intenzione di frodare l'Assicuratore: decadrà qualunque diritto alla copertura per Sinistri pur indennizzabili ai sensi di Polizza;
- rifiuto immotivato di consentire la visita domiciliare od ospedaliera del medico fiduciario di AIG, al fine di valutarne la condizione. Qualunque rifiuto ingiustificato di sottoporsi a tale esame, in seguito a notifica formale tramite posta raccomandata, farà decadere il diritto all'Indennizzo per l'Assicurato.

Art. 39 – Denuncia del Sinistro

La denuncia del Sinistro deve essere presentata dall'Assicurato o da chi ne fa le veci, entro 30 giorni dalla data dell'evento, con lettera raccomandata A/R, mail o PEC all'Intermediario o direttamente i seguenti indirizzi:

Velvet S.r.l.

Via Gran Sasso 1 66026 Ortona (CH)

EMAIL: info@velvetbroker.it

PEC: velvet@pec.cloud

oppure

AIG Europe S.A.

Rappresentanza Generale per l'Italia – Piazza Vetra, 17 – 20123 – MILANO

EMAIL: denunce.sinistri@aig.com

PEC: insurance@aigeurope.postecert.it

e deve essere corredata

- dalla dichiarazione del medico specialista che attesti lo stato di salute dell'Assicurato, oltre che con prognosi circa la ripresa, anche parziale, dell'attività lavorativa o delle ordinarie occupazioni dell'Assicurato.
- dalle Cartelle Cliniche e la certificazione medica riferite all'Infortunio 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.
- dalla descrizione dell'Infortunio, con l'indicazione delle cause, luogo, giorno e ora dell'evento

Si precisa che l'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. **In caso di ingiustificato ritardo della Denuncia, la Compagnia riconosce l'indennità giornaliera da Inabilità temporanea, qualora oggetto di copertura, a partire dal giorno successivo a quello dell'inoltro della denuncia stessa. Gli eventuali successivi prolungamenti dell'Inabilità temporanea devono essere tempestivamente comunicati mediante l'invio di apposito certificato.**

Relativamente alle Garanzie Opzionali che comportano spese per l'Assicurato, l'Assicurato dovrà inviare alla Compagnia i giustificativi delle spese sostenute.

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

L'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'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'Assicurato stesso.

Qualora l'Infortunio comporti il decesso dell'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'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. 40 – 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'Assicurato e nessun'ulteriore prestazione sarà dovuta dalla Compagnia.

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

Art. 41 – Pareri medici – Controversie

In caso di controversia sulla natura, la causa dell'infortunio, sulle conseguenze delle lesioni, la Compagnia e l'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'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'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'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'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'Assicurato.

Nominato il terzo medico, la Compagnia convocherà il collegio medico invitando l'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. 42 – 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@aigueurope.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.

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



Contraente

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

Articolo 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

Articolo 3 – Variazione di rischio

Articolo 6 – Pagamento premio

Articolo 7 – Oneri fiscali

Articolo 11 – Valuta pagamento

Articolo 13 – Diritto di ripensamento

Articolo 15 – Decorrenza, durata e cessazione delle gara

Articolo 17 – Persone assicurabili

Articolo 19 – Limiti di età

Articolo 20 – Beneficiari

Articolo 21 – Clausola Broker

Articolo 25.2 - Franchigia Invalidità Permanente da Infortunio

Articolo 34 – Limite di Indennizzo per evento

Articolo 35 - Sanzioni

Articolo 36 – Esclusioni

Articolo 37 – Cumulo di Indennità

Articolo 38 – Dichiarazioni e decadenza

Articolo 41 – 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 risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Come utilizziamo i Dati Personali

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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