



Nuovo Proteggere & Servire

Allegato B - con delega di pagamento

POLIZZA NR IAH0013935

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 COMMA 2 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.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

INDICE

Glossario	Pag. 4
Disposizioni generali	Pag. 9
Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio	Pag. 9
Art. 2 Assicurazioni presso diversi assicuratori	Pag. 9
Art. 3 Pagamento del Premio – Decorrenza dell’Assicurazione	Pag. 9
Art. 4 Modifiche dell’Assicurazione e forma delle comunicazioni	Pag. 10
Art. 5 Durata e tacito rinnovo della Polizza	Pag. 10
Art. 6 Diritto di recesso	Pag. 10
Art. 7 Modalità per la denuncia dei sinistri – documentazione richiesta	Pag. 10
Art. 7.1 Sezione A e B – Norme che regolano l’assicurazione Infortuni	Pag. 10
Art. 7.2 Sezione C – Norme che regolano l’assicurazione Responsabilità Amministrativa/Contabile Legge applicabile	Pag. 11
Art. 7.3 Sezione D – Norme che regolano la Diaria da Ricovero	Pag. 11
Art. 8 Pagamento dell’indennizzo	Pag. 11
Art. 9 Imposte e tasse	Pag. 11
Art. 10 Rinvio alle norme di legge	Pag. 11
Art. 11 Foro	Pag. 11
Art. 12 Cessazione del rapporto assicurativo	Pag. 12
Art. 13 Persone assicurabili – Sezione A	Pag. 12
Art. 14 Controversie e arbitrato irrituale – Sezione A	Pag. 12
Art. 15 Cumulo di indennizzi – Sezione A	Pag. 12
Art. 16 Estensione territoriale e sanzioni Internazionali	Pag. 13
Art. 17 Rinuncia al diritto di rivalsa	Pag. 13
Art. 18 Clausola Broker	Pag. 13
Sezione A – NORME CHE REGOLANO L’ASSICURAZIONE INFORTUNI	Pag. 14
Art. 19 Garanzie sempre operanti	Pag. 14
Art. 19.1 Oggetto dell’assicurazione	Pag. 14
Art. 19.2 Rischi compresi e precisazioni	Pag. 14
Art. 19.3 Infortuni causati da colpa grave, tumulti popolari	Pag. 14
Art. 19.4 Rischio guerra	Pag. 15
Art. 19.5 Infortuni Aeronautici	Pag. 15

Art. 19.6	Cumulo di indennizzi per infortuni aeronautici	Pag. 16
Art. 20	Rischi non assicurati	Pag. 16
Art. 21	Prestazioni Assicurative	Pag. 17
Art. 21.1	Morte da Infortunio	Pag. 17
Art. 21.2	Morte presunta	Pag. 18
Art. 21.3	Invalidità Permanente da Infortunio	Pag. 18
Art. 21.3.1	Franchigia Invalidità Permanente da Infortunio	Pag. 18
Art. 21.3.2	Indennità Speciale di Licenza	Pag. 19
Art. 21.3.3	Criteri di Indennizzabilità	Pag. 19
Art. 21.3.4	Liquidazione dell'Indennizzo	Pag. 19
Art. 21.3.5	Obblighi della Compagnia in caso di Sinistro	Pag. 20
Art. 21.4	Inabilità Temporanea da Infortunio	Pag. 20
Art. 21.5	Rimborso Spese Sanitarie da Infortunio	Pag. 21
Art. 21.6	Fratture	Pag. 22
Art. 21.7	Raddoppio capitali assicurati per minori e disabili	Pag. 23
Art. 21.8	Attività Speciali	Pag. 23
Art. 21.9	Criteri di indennizzo	Pag. 24
Art. 22	Garanzie Aggiuntive	Pag. 24
Art. 22.1	Ustioni	Pag. 24
Art. 22.2	Adattamento abitazione e mezzo di trasporto	Pag. 25
Art. 22.3	Rimpatrio della salma e spese funebri	Pag. 26
Art. 22.4	Sostegno psicologico	Pag. 26

Sezione B – NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI – ESTENSIONE FAMIGLIA **Pag. 27**

Art. 23	Estensione Famiglia	Pag. 27
---------	---------------------	---------

Sezione C – NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA/CONTABILE **Pag. 27**

Art. 24	Premessa	Pag. 27
Art. 25	Oggetto dell'Assicurazione	Pag. 28
Art. 26	Esclusioni	Pag. 29
Art. 27	Inizio e termine della garanzia	Pag. 30
Art. 28	Limite di indennizzo	Pag. 30
Art. 29	Franchigia	Pag. 30
Art. 30	Perdite Patrimoniali per l'attività derivante dal decreto legislativo n. 81 del 9 Aprile 2008	Pag. 30
Art. 31	Attività di rappresentanza	Pag. 31
Art. 32	Perdite Patrimoniali per attività connessa all'assunzione del personale	Pag. 31



Sezione D – NORME CHE REGOLANO L’ASSICURAZIONE DIARIA DA RICOVERO	Pag. 31
Art. 33 Oggetto dell’Assicurazione	Pag. 31
Art. 34 Operatività dell’Assicurazione	Pag. 31
Art. 35 Accettazione Garantita	Pag. 32
Art. 36 Indennità da Ricovero	Pag. 32
Art. 37 Limiti di età (Sezione D)	Pag. 32
Art. 38 Limitazioni	Pag. 32
Art. 39 Esclusioni	Pag. 32
Art. 40 Come presentare un reclamo	Pag. 33
Allegato 1 – APPENDICE NORMATIVA	Pag. 36
Allegato 2 – DENUNCIA INFORTUNIO	Pag. 43
Allegato 3 – DENUNCIA DI CHIUSURA INFORTUNIO	Pag. 44

AIG Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Piazza Vetra, 17 - 20123 Milano.
Tel: +39 02 36901. Fax: +39 02 3690222. www.aig.co.it. Registro Imprese Milano / C.F. 97819940152 - REA Milano n. 2530954.

Sede secondaria di AIG Europe S.A. - Registrata in Lussemburgo con il numero R.C.S. B 218806.
Sede legale: Avenue John F. Kennedy n. 35D, L-1855 Lussemburgo - Capitale Sociale Euro 47.176.225

Premessa

Le Condizioni di Assicurazione riportate nelle pagine che seguono costituiscono parte integrante della polizza sottoscritta dal Contraente.

Avvertenze:

- nel garantire la copertura assicurativa la Società si basa sulle dichiarazioni e sulle altre informazioni fornite dal Contraente. Tali dichiarazioni e informazioni costituiscono un presupposto della copertura stessa e sono considerate vincolanti e facenti parte integrante della presente polizza, ai sensi degli Artt.1892, 1893, 1894 e 1910 C.C.;
- l'assicurazione è operante esclusivamente per le garanzie per le quali nel Certificato di Assicurazione sono stati precisati i relativi massimali/limiti di indennizzo. Con riferimento a ciascuna garanzia, in particolare, l'assicurazione è prestata per i massimali/limiti di indennizzo e con l'applicazione delle relative franchigie e/o scoperti, indicati per le singole garanzie nel Certificato di Assicurazione;
- le Definizioni hanno valore convenzionale ed integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale.
- a norma dell'articolo 166, comma 2, del D.Lgs. 209/2005 "Codice delle Assicurazioni Private", si richiama l'attenzione del Contraente/Assicurato sulle clausole evidenziate in corsivo con sottolineatura, che prevedono decadenze, nullità, esclusioni, sospensioni e limitazioni delle garanzie, ovvero oneri ed obblighi a carico del Contraente/Assicurato

Glossario

Ai termini che seguono le parti attribuiscono il significato qui precisato:

Accertamenti Diagnostici	le indagini diagnostiche effettuate durante il ricovero, oppure in poliambulatori diagnostici o presso medici specialisti.
Amministrazione o Corpo o Comando	l'amministrazione / il corpo d'armata presso la quale il Contraente/Assicurato presta il proprio servizio e/o ha un rapporto di dipendenza, servizio o un mandato.
Animali domestici	gatti, uccelli, pesci, criceti, cani. Sono esclusi i cani di razze ed incroci a rischio di aggressività contenute nel seguente elenco: American Bulldog, Dogo Argentino, Fila Brasileiro, Cane da presa Mallorquin, Pit Bull, Pit Bull Mastiff, Pit Bull terrier, Rottweiler, Dobermann.
Assicurato	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Attività speciali	le seguenti attività, il cui svolgimento – per una o più di esse - è previsto dalle mansioni proprie del Corpo di appartenenza (<u>solo se trattasi di un Corpo Speciale</u>): <ul style="list-style-type: none"> • paracadutismo; • attività subacquee in genere; • scalata di rocce o di ghiacciai; • pilota o membro dell'equipaggio di aeromobili; • speleologia.

AIG Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Piazza Vetra, 17 - 20123 Milano.
 Tel: +39 02 36901. Fax: +39 02 3690222. www.aig.co.it. Registro Imprese Milano / C.F. 97819940152 - REA Milano n. 2530954.

Sede secondaria di AIG Europe S.A. - Registrata in Lussemburgo con il numero R.C.S. B 218806.
 Sede legale: Avenue John F. Kennedy n. 35D, L-1855 Lussemburgo - Capitale Sociale Euro 47.176.225

Assicurazione	il contratto di assicurazione.
Atto illecito	qualsiasi violazione degli obblighi di servizio, negligenza, imprudenza, imperizia, errore, inosservanza di leggi, ordini, regolamenti e discipline, dichiarazione errata o fuorviante od omissione compiuta da un Assicurato nell'adempimento delle proprie funzioni e mansioni istituzionali in nome e per conto del Corpo di Appartenenza.
Contraente/ Assicurato	il soggetto che sottoscrive la Proposta ed il Certificato di Assicurazione. Sono eleggibili a tale qualifica gli appartenenti/dipendenti del Ministero della Difesa, di tutti i Corpi di Polizia e Militari, oltre agli appartenenti al: <ul style="list-style-type: none"> • Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco (<i>ad esclusione della Sez. C</i>).
Contenuto del Fabbricato	Il Contenuto comprende i seguenti beni mobili di proprietà dell'Assicurato, destinati ad uso domestico e situati all'interno della Dimora abituale o nei relativi box o cantine, purchè provvisti di difese a protezione dei locali e adeguati mezzi di chiusura: <ul style="list-style-type: none"> - Mobilio, arredamento ed effetti personali; - Elettrodomestici, audiovisivi, apparecchiature elettriche ed elettroniche ad uso domestico; - Quadri ed oggetti d'arte, gioielli, preziosi, raccolte e collezioni
Corpo Speciale	Unità militari che conducono operazioni ad alto rischio, appositamente designate, organizzate, selezionate, addestrate ed equipaggiate che utilizzano tecniche e modalità di impiego non convenzionali.
Danno	qualsiasi pregiudizio subito da terzi suscettibile di valutazione economica.
Danni materiali	il pregiudizio economico subito da terzi conseguente a danneggiamento di cose od animali, lesioni personali, morte.
Dimora abituale	casa unifamiliare od appartamento, ubicati in territorio italiano, ove l'Assicurato e/o i suoi familiari conviventi ed il "convivente more uxorio", abbiano residenza anagrafica, ovvero ove gli stessi risiedano per la maggior parte dell'anno.
Estero	Mondo intero con esclusione del territorio della Repubblica Italiana, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.

Fabbricato	<p>il complesso delle opere edili costituito dai locali - occupanti un intero immobile o parte di esso - adibiti a civile abitazione con eventuale ufficio e/o studio professionale privato intercomunicante.</p> <p>Sono compresi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - balconi e terrazzi; - fissi, infissi ed opere di fondazione od interrate; - impianti idrici, igienici, elettrici fissi, di riscaldamento, di condizionamento d'aria; - altri impianti od installazioni considerati immobili per natura o per destinazione, escluso quanto indicato sotto la <p>definizione Contenuto del Fabbricato;</p> <ul style="list-style-type: none"> - tutte le finiture e gli abbellimenti propri di un edificio civile destinato ad abitazione (inclusi moquette, parquet, parati, tinteggiature, controsoffittature, ecc.); - recinzioni in muratura inclusi cancellate e cancelli; <p>le pertinenze (cantina, box, centrale termica e simili) anche in corpo separato purché situate nella stessa ubicazione. Nel caso di Assicurazione di porzione di un immobile, si intende compresa nella definizione di Fabbricato, la rispettiva quota di proprietà comune.</p>
Fisiochinesiterapia	terapia – prescritta dal medico curante – praticata in strutture ambulatoriali specialistiche regolarmente autorizzate alla fisiochinesiterapia o in strutture ambulatoriali di istituti di cura.
Franchigia	l'importo contrattualmente pattuito che rimane a carico dell'Assicurato per ogni sinistro.
Furto	l'impossessamento di cosa mobile altrui, sottraendola a chi la detiene, al fine di trarne ingiusto profitto per sé o per altri.
Gessatura	l'applicazione di apparecchiatura gessata, oppure la contenzione con fasce rigide o apparecchi ortopedici inamovibili ed immobilizzanti, la necessità dei quali venga stabilita da medici – chirurghi.
Guerra	guerra, dichiarata o meno, ovvero ogni attività di guerra, incluso l'uso della forza militare da parte di uno Stato sovrano per raggiungere fini economici, geografici, nazionalistici, politici, razziali, religiosi o qualsiasi altro scopo.
Ictus cerebrale	accidente cerebro-vascolare acuto costituito da emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco che produca danno neurologico immediatamente riscontrato in ambito di ricovero in Istituto di cura.
Inabilità temporanea	perdita temporanea dell'Assicurato della capacità di attendere le sue abituali attività.
Incendio	la combustione, con fiamma, di cose materiali al di fuori di appropriato focolare che può auto-estendersi e propagarsi.
Indennizzo	la somma dovuta dalla Società in caso di infortunio.
Infarto miocardico acuto	coronopatia qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico. La diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri: dolore precordiale, alterazioni tipiche all'ECG, aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule

	miocardiche.
Infortunio	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la Morte, una Invalidità Permanente, un'Inabilità Temporanea, oppure un'altra delle garanzie assicurate.
Intervento Chirurgico	provvedimento terapeutico, attuato con manovre manuali o strumentali cruenta, comprese le gessature.
Intermediario	Intermediario assicurativo al quale è affidata l'intermediazione e la gestione della presente Polizza, nel caso di specie è Cardelicchio Assicurazioni Sas, Via Boncompagni, 93 – 00187 Roma, intermediario assicurativo iscritto nella sezione A del Registro unico degli Intermediari (RUI) tenuto da Ivass, numero di iscrizione A000407058
Invalidità permanente	la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Istituto di Cura	l'ospedale pubblico o militare, la clinica e la casa di cura, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, <u>esclusi stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani.</u>
Malattia	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattie preesistenti	malattie, stati patologici, conseguenze di infortuni, difetti fisici, anomalie contingenti (oppure handicap) e/o invalidità preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione o che avessero dato origine nei 12 mesi precedenti alla data stessa a ricovero ospedaliero per più di 7 giorni consecutivi ovvero ad assenza dal lavoro per 4 settimane consecutive.
Massimale	la massima esposizione della Società per ogni Sinistro e per periodo assicurativo annuo.
Nucleo Familiare (Sezione B e D)	coniuge e/o i figli anche non conviventi (di età inferiore o uguale a <u>26</u> anni), il convivente more uxorio, purchè iscritti nel medesimo certificato anagrafico di stato di famiglia del Contraente/Assicurato, <u>esclusi altri congiunti ancorchè conviventi.</u>
Perdite Patrimoniali	il pregiudizio economico subito da terzi che non sia conseguenza di Danni materiali.
Polizza	il documento che prova l'assicurazione.
Premio	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
Proposta di Assicurazione	il documento con cui il Contraente/Assicurato richiede alla Società copertura assicurativa riferita alle garanzie ed alle somme assicurate prescelte, in esso indicate.
Responsabilità Amministrativa	la responsabilità che incombe sull'Assicurato che, avendo violato obblighi o doveri derivanti dal proprio mandato o dal proprio rapporto di dipendenza o di servizio con il Corpo d'armata, abbia cagionato colposamente una Perdita Patrimoniale al proprio Corpo d'armata, e più in generale allo Stato o alla Pubblica Amministrazione (c.d. danno erariale). Tale responsabilità ricomprende quindi sia il danno diretto alla P.A. che quello indiretto.

Responsabilità Amministrativa – Contabile	la responsabilità che si riferisce, invece, a quegli Assicurati (detti “agenti contabili”) che hanno disponibilità diretta di valori o beni di pertinenza della P.A., qualunque sia il titolo o la causa della disponibilità stessa, ed è fondata sul mancato adempimento di obblighi o doveri derivanti dal proprio mandato o dal proprio rapporto di servizio con il Corpo d’armata di appartenenza e che abbia cagionato una Perdita Patrimoniale al proprio Corpo e, più in generale, allo Stato o alla Pubblica Amministrazione. Si tratta, in sostanza, della responsabilità dei soggetti che sono tenuti ad un rendiconto ed anche di coloro che si sono ingeriti, senza avervi titolo, nel maneggio di denaro pubblico (c.d. contabili di fatto).
Responsabilità Civile	la responsabilità extracontrattuale che possa gravare personalmente sull’Assicurato nell’esercizio delle sue funzioni e attività ai sensi dell’art. 2043 e s.s. del C.C. e dell’art. 28 della Costituzione; la responsabilità civile conseguente alla lesione dell’interesse legittimo derivante dall’esercizio dell’attività amministrativa.
Richiesta di Risarcimento	ogni procedimento giudiziale o stragiudiziale promosso da qualsiasi persona fisica o ente nei confronti del Contraente/Assicurato; informazione di garanzia; invito a dedurre notificato ad un Assicurato dalla competente Procura Regionale della Corte dei Conti.
Ricovero	permanenza in Istituto di Cura con pernottamento. Per le garanzie della sezione D- Diaria valgono le seguenti definizioni: <ul style="list-style-type: none"> • Giorno di degenza: la permanenza dell'Assicurato nell'Istituto di Cura per un periodo di almeno 24 ore consecutive e/o la degenza che abbia comportato almeno un pernottamento, restando inteso che il giorno di dimissioni dall'Istituto di Cura non è inteso come giorno di degenza. • Indennizzo (o Indennità): la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro indennizzabile. • Istituto di Cura: l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità del Paese nel quale è ubicato, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano "Istituto di Cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche. • Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, clinicamente e obiettivamente constatabile.
Risarcimento	la somma dovuta dalla Società ai danneggiati in caso di sinistro.
Rischio	la probabilità che si verifichi il sinistro e l’entità dei danni che possono derivarne.
Società o impresa	AIG Europe S.A. – Rappresentanza Generale per l’Italia - Piazza Vetra, 17 – 20123 Milano.
Scheda di delega	il documento con cui il Contraente/Assicurato autorizza l’amministrazione delegata ad effettuare, in favore della Società, la ritenuta mensile per la durata e gli importi riferiti alla polizza, a decorrere dalla data di accettazione da parte dell’Amministrazione delegata medesima.
Sinistro	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l’assicurazione.
Somma Assicurata	l’importo di massimo rimborso per anno assicurativo.
Vita privata	tutte le attività, escluse quella lavorativa principale, secondaria ed occasionale.

DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze 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 artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Il Contraente e/o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del Rischio. 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 Codice Civile.

Nel caso di diminuzione del Rischio la Società è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione del Contraente e/o dell'Assicurato (art. 1897 C.C.) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 2 - Assicurazioni presso diversi assicuratori

Il Contraente/Assicurato deve dare comunicazione alla Società della stipulazione di altre assicurazioni per i medesimi rischi ai quali si riferisce la presente.

In caso di sinistro, il Contraente/Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 C.C.).

Art. 3 - Pagamento del premio - Decorrenza dell'assicurazione

Le coperture assicurative decorrono dalle ore 24,00 del giorno del mese in cui l'Amministrazione ha imputato la prima trattenuta sullo stipendio del Contraente/Assicurato.

Il premio di assicurazione, comprensivo di imposte, è riportato nel Certificato di Assicurazione, ed è determinato sulla base dell'opzione prescelta nella Proposta di assicurazione, che determina il livello di prestazioni garantite.

Il premio è annuale, interamente dovuto, frazionato in rate mensili, ed è corrisposto esclusivamente tramite trattenuta effettuata sullo stipendio del Contraente/Assicurato nel giorno di pagamento dello stesso per ciascun mese, come previsto nella Proposta di Assicurazione e nella relativa Scheda di delega.

Il mancato pagamento da parte dell'Amministrazione della rata mensile di premio, dovuto a **cause non imputabili** al Contraente/Assicurato, non è motivo di sospensione delle prestazioni assicurate, sempre che l'Amministrazione provveda a integrare l'importo di premio non corrisposto nella successiva scadenza mensile. In caso contrario, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del giorno in cui avrebbe dovuto verificarsi il pagamento.

In caso di mancato pagamento per **cause imputabili** al Contraente/Assicurato, inclusa la revoca della delega di pagamento, ovvero la cessazione della stessa a qualsiasi titolo (compresa la cessazione del rapporto di lavoro), la polizza si intende sospesa fino alla corresponsione della rata di premio, che dovrà avvenire in occasione della prima scadenza mensile immediatamente successiva.

Nel caso però di cessazione di delega di pagamento disposta dall'Amministrazione, per le cause indicate al paragrafo precedente, il Contraente/Assicurato potrà solo corrispondere il premio ancora dovuto per l'annualità in corso in un'unica soluzione anticipata; allo scadere dell'annualità assicurata la polizza si intenderà automaticamente estinta, senza possibilità di procedere al rinnovo automatico.

Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione e forma delle comunicazioni

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto. Ogni comunicazione deve essere fatta con lettera raccomandata alla Direzione della Società all'indirizzo: AIG Europe S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia, Piazza Vetra, 17– 20123 Milano, o a mezzo PEC - posta elettronica certificata all'indirizzo: insurance@aig.postecert.it

Art. 5 - Durata e tacito rinnovo della polizza

La durata del contratto di assicurazione è di un anno. La copertura inizia dalle ore 24 del giorno 27 del mese in cui l'Amministrazione ha effettuato la prima trattenuta effettuata sullo stipendio del Contraente/Assicurato nel giorno di pagamento dello stesso per ciascun mese, Fermo quanto sopra, la polizza, giunta alla sua naturale scadenza ed in assenza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 90 giorni prima della scadenza via pec o tramite raccomandata AR, è prorogata per un'ulteriore annualità e così di seguito.

Ad ogni scadenza annuale la Società ha la facoltà di modificare il premio della presente polizza.

La variazione di premio è evidenziata sulla proposta di rinnovo che viene inviata al Contraente/Assicurato 120 giorni prima della scadenza anniversaria della polizza.

Qualora il Contraente non intenda accettare le nuove condizioni, dovrà inviare disdetta alla Società o all'Intermediario.

Art. 6 - Diritto di recesso

E' facoltà del Contraente/Assicurato esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla firma della Proposta di Assicurazione, mediante comunicazione scritta, inoltrata alla Compagnia o all'Intermediario. In tal caso verrà annullata la delega di pagamento e restituita l'eventuale rata incassata tramite bonifico bancario.

Art. 7 - Modalità per la denuncia dei sinistri - documentazione richiesta

7.1. Sezione A e B – Norme che regolano l'assicurazione Infortuni

I sinistri devono essere denunciati alla Società o all'intermediario entro 5 (cinque) giorni dall'evento, direttamente dal Contraente/Assicurato, oppure anche dagli eventuali aventi diritto nel caso in cui il Contraente/Assicurato non ne abbia avuto la possibilità, attraverso l'utilizzo dell'apposito modulo allegato in fac-simile al presente contratto.

Se un infortunio ha cagionato la morte dell'Assicurato, o questa sopravviene durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso alla Società mediante lettera raccomandata o PEC.

Per le garanzie diverse dal caso morte per infortunio, dovrà essere allegato certificato medico dal quale risulti diagnosi circostanziata; l'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e, in caso di ricovero, produrre copia autenticata della cartella clinica. Qualora il sinistro abbia colpito un familiare del Contraente/Assicurato - rientrante nella definizione di Nucleo Familiare - la denuncia di sinistro dovrà essere corredata da autocertificazione prodotta dal Contraente/Assicurato attestante la composizione del proprio Nucleo Familiare (fermo il diritto della Società di esigere un certificato anagrafico di stato di famiglia, rilasciato da non più di un mese dalla data del sinistro).

L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto, devono consentire alla visita di medici della Società e a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato o curato.

Nel caso di premorienza dell'Assicurato rispetto al termine per l'accertamento dei postumi permanenti dell'invalidità derivante o all'accertamento medico- legale della Società, per cause diverse da quella che ha generato l'Invalidità Permanente, la Società prevede che gli eredi dell'Assicurato possano dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi.

7.2. Sezione C – Norme che regolano l'assicurazione Responsabilità Amministrativa/Contabile

La prima notifica di sinistro deve essere inoltrata alla Società o all'Intermediario entro i primi tre giorni lavorativi dal verificarsi dell'evento, intendendosi per quest'ultimo la richiesta di risarcimento di perdite o danni per i quali è prestata l'assicurazione, a mezzo raccomandata A/R o posta elettronica certificata, e contenente l'indicazione delle conseguenze, il nome ed il domicilio dei danneggiati e di eventuali testimoni, la data, il luogo e le cause del sinistro. Alla prima notifica deve far seguito, entro 20 giorni dall'evento, denuncia per iscritto che dovrà contenere: la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nome ed il domicilio dei danneggiati e testimoni, la data, il luogo e le cause del sinistro.

7.3. Sezione D – Norme che regolano la Diaria da Ricovero

I sinistri devono essere denunciati alla Società o all'intermediario entro 5 (cinque) giorni dall'evento, direttamente dal Contraente/Assicurato, oppure anche dagli eventuali aventi diritto nel caso in cui il Contraente/Assicurato non ne abbia avuto la possibilità, anche utilizzando l'apposito modulo allegato in fac- simile al presente contratto. L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono acconsentire alle visite mediche richieste dall'Impresa e a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato. Per la liquidazione dell'indennità giornaliera l'Assicurato dovrà presentare all'Impresa la fotocopia della cartella clinica relativa al ricovero.

Art. 8 - Pagamento dell'indennizzo

Il pagamento dell'indennizzo è eseguito in valuta corrente e in Italia. La Società si impegna a versare l'indennizzo entro 30 giorni dalla firma della quietanza.

Art. 9 - Imposte e tasse

Le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza e agli altri atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente/Assicurato anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 10 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge vigenti in Italia.

Art. 11 - Foro

Qualsiasi controversia derivante da o connessa all'interpretazione, applicazione o esecuzione del presente contratto sarà sottoposta all'esclusiva competenza del Foro di Milano.

Art. 12 - Cessazione del rapporto assicurativo

Il rapporto assicurativo cessa definitivamente, per tutte le Sezioni della presente polizza, in caso di:

- decesso del Contraente/Assicurato;
- cessazione da parte del Contraente/Assicurato dell'esercizio del proprio rapporto di servizio e di impiego, per qualsiasi motivo, presso l'Amministrazione, tale che lo stesso non sia più eleggibile ai sensi della definizione di Contraente/Assicurato indicate nel Glossario.

Art. 13 - Persone assicurabili – Sezione A

Sono assicurabili ai sensi della Sezione A le persone rientranti nella definizione di Contraente/Assicurato indicate nel Glossario che siano in buone condizioni di salute e che dichiarino nella Proposta di Assicurazione di non essere state affette dalle patologie ivi indicate.

Art. 14 - Controversie e arbitrato irrituale - Sezione A

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente la Società e l'Assicurato potranno conferire mandato a 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 trenta giorni da quello in cui è stata comunicata la decisione della Società e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunicherà all'Assicurato, entro trenta giorni, il nome del medico che essa a sua volta avrà designato. Il terzo medico viene scelto dalla Società e dall'Assicurato entro una terna di medici proposta dai due primi medici designati; in caso di disaccordo, il terzo medico è designato dal Segretario dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio medico.

Nominato il terzo medico, la Società convocherà il Collegio invitando l'Assicurato o gli aventi diritto a presentarsi. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. La decisione del Collegio medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Art. 15 - Cumulo di indennizzi - Sezione A

L'indennizzo previsto per le garanzie "Inabilità Temporanea" art. 21.4, "Fratture" art. 21.6, "Rimborso spese sanitarie" art. 21.5, è cumulabile con quello previsto per le garanzie "Morte" art. 21.1 o "Invalidità Permanente" art. 21.3 ed eventualmente "Diaria da Ricovero" art. 33.

La garanzia "Inabilità Temporanea" non opera qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, riporti una lesione fisica che determini una frattura come disciplinato dall' Art. 21.6 - Fratture Inoltre, se dopo il pagamento di un indennizzo per "Invalidità Permanente", ma entro 2 (due) anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennizzo pagato e quello da corrispondere per il caso di "Morte", ove questo sia superiore; non chiede il rimborso nel caso contrario.



Il diritto all'indennizzo per "Invalidità Permanente" è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 16 - Estensione territoriale e sanzioni Internazionali

L'assicurazione viene prestata in tutto il mondo, fatta eccezione per le missioni all'estero escluse dalla Sezione A ai sensi dell'Art. 20 lettera c).

In ogni caso, il pagamento dell'indennizzo verrà effettuato in Italia in valuta corrente.

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. 17 - Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, all'azione di rivalsa di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 18 – Clausola broker

Si prende atto e si accetta espressamente che il Contraente anche in nome e per conto degli Assicurati, ha affidato l'intermediazione e la gestione della presente Polizza a Cardellicchio Assicurazioni S.a.s. Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato è tenuto, devono/possono essere fatte per iscritto all'intermediario, che è anche contraente della presente Polizza. Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente Polizza, la Società riconosce che ogni comunicazione fatta dal Contraente o dall'Assicurato all'intermediario si intenderà come fatta alla Società stessa, mentre questi ultimi riconoscono 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 dal Contraente/Assicurato con effetto liberatorio nei suoi confronti. Da ciò ne consegue che l'Aderente/Assicurato, pagando il Premio all'intermediario che adempierà all'obbligo di corrispondere il Premio alla Società.

SEZIONE A - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 19 - Garanzie sempre operanti

19.1 - Oggetto dell'assicurazione

In base alle garanzie e somme assicurate richieste ed alle dichiarazioni del Contraente/Assicurato risultanti sulla Proposta di Assicurazione, la Società garantisce la corresponsione dell'indennizzo per infortunio subito dal Contraente/Assicurato nello svolgimento:

- delle attività professionali;
- di ogni altra attività che non abbia carattere professionale (compreso il lavoro esplicato per il governo della propria casa, del giardino, dell'orto, nonché per altri scopi familiari).

Le prestazioni assicurate con i relativi limiti di rimborso e/o indennizzo sono definite dall'opzione assicurativa prescelta nella Proposta di Assicurazione e riportata nel Certificato di Assicurazione, ai sensi di quanto previsto all'Art. 21- Prestazioni assicurate.

19.2 - Rischi compresi e precisazioni

Sono compresi in garanzia gli infortuni derivanti da:

- uso e guida di veicoli in genere;
- uso e guida di mezzi militari e macchine operatrici il cui utilizzo sia necessario o complementare all'attività del Contraente/Assicurato per conto del proprio Comando;
- uso di qualsiasi mezzo di locomozione (terrestre o marittimo) militare, pubblico o privato, ad eccezione di quanto indicato nel successivo Art. 20;
- malore o incoscienza.

Sono altresì considerati infortuni:

1. i colpi di sole o di calore;
2. l'asfissia non di origine morbosa;
3. l'annegamento;
4. l'assideramento o il congelamento;
5. gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
6. le lesioni muscolari determinate da sforzo, con esclusione degli infarti e delle ernie (fanno eccezione quelle traumatiche determinate da infortunio);
7. le affezioni derivanti da morsi di animali, punture di aracnidi o di insetti (per questi ultimi sono comunque escluse la malaria, le malattie tropicali ed altre affezioni di cui gli insetti sono portatori necessari, nonché le conseguenze della puntura di zecca);
8. la folgorazione;
9. le lesioni da ingestione di cibi e/o bevande;
10. le lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive;
11. le infezioni – escluso il virus H.I.V. – sempre che il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
12. le rotture sottocutanee riferite a:

- tendine di achille (trattate o non trattate chirurgicamente);
- tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale);
- tendine rotuleo;
- tendine dell'estensore del pollice;
- tendine del quadricipite femorale.

Per tali eventi, la Società indennizza un grado di invalidità permanente pari al 3% con il massimo di Euro 3.000,00 (tremila) senza l'applicazione delle franchigie contrattualmente previste. Ai fini di tale estensione, le garanzie attivate dal Contraente/Assicurato hanno effetto a partire dal 181° (centottantuno) giorno successivo al giorno di decorrenza del contratto, sempreché gli eventi oggetto della presente estensione si verifichino in un momento successivo al giorno di decorrenza del contratto stesso.

19.3 - Infortuni causati da colpa grave, tumulti popolari

L'assicurazione infortuni comprende, a parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile (inoperatività della garanzia per dolo o colpa grave), nonché dell'art. 1912 cod. civ. (inoperatività della garanzia per terremoto, guerra e insurrezione, tumulti popolari), gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato e quelli derivanti da tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva (salvo che per servizio svolto per conto del proprio Comando).

19.4 - Rischio guerra

L'assicurazione comprende, a parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile e del successivo Art. 20 lettera b), gli infortuni avvenuti all'Estero derivanti da stato di guerra, guerra civile, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'Estero per motivi non riconducibili alla propria attività professionale. La presente estensione s'intende operante con applicazione dell'esclusione di cui all'Art. 20 lettera c).

19.5 - Infortuni Aeronautici

La garanzia è estesa agli infortuni che gli Assicurati subiscano durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da Enti/Società/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

Limitatamente al Contraente/Assicurato, si intendono esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri militari, salvo quanto previsto al paragrafo b).

Il rischio aereo inizia nel momento in cui l'Assicurato sale bordo dell'aeromobile per intraprendere un viaggio e cessa quando ne è disceso.

Il rischio di salita e discesa è considerato rischio aereo.

La presente garanzia è estesa agli infortuni derivanti da aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale, ferme restando le esclusioni e le estensioni a questo riguardo previste dagli Artt. 20 e Art. 19.3.

19.6 - Cumulo di indennizzi per infortuni aeronautici

- a) se più Assicurati subiscono un infortunio nello stesso evento, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma di Euro 6.500.000,00 complessivamente per singolo aeromobile, relativamente al rischio aeronautico, restando inteso che in tale limite rientrano anche gli indennizzi riferenti ad altre persone assicurate per lo stesso rischio tramite altre eventuali polizze stipulate dallo stesso Contraente con la Società.
Pertanto, qualora i predetti indennizzi calcolati per le singole polizze dovessero eccedere, nel totale, tale importo, gli stessi verranno ridotti con imputazione proporzionale ai capitali previsti sulle singole polizze stipulate con la Società;
- b) il limite di cui al punto a) si intende ridotto ad Euro 2.000.000,00 relativamente a:
- piloti, equipaggi di volo, paracadutisti imbarcati per ragioni di servizio su velivoli ed elicotteri militari, se richiamato ed operante l'Art. 21.8;
 - voli di trasferimento effettuati su velivoli od elicotteri militari o su velivoli di ditte e privati, per queste ultime anche durante voli turistici, da persone rientranti nella definizione di Contraente/Assicurato, in qualità di passeggeri non facenti parte di personale aeronavigante.

Art. 20 - Rischi non assicurati

Non sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti, in modo diretto o indiretto, da:

- a) conseguenze dirette di infortuni che abbiano dato origine a cure, o esami, o diagnosi anteriori alla sottoscrizione della Proposta di Assicurazione;
- b) guerra dichiarata e non dichiarata, guerra civile, insurrezioni e rivoluzioni (salvo quanto previsto dall'Art. 19.4 – Rischio Guerra);
- c) missioni di servizio all'estero, ufficiali e non, sia che riguardino operazioni "di pace" che "di guerra";
- d) uso e/o quida di mezzi subacquei ed aerei, salvo quanto precisato ai precedenti Artt. 18.2 e 18.5;
- e) partecipazione, in qualità di conducente e/o partecipante, a corse, gare (e relative prove, collaudi, allenamenti), salvo che trattasi di manifestazioni di pura regolarità, oppure nel caso in cui dette attività siano svolte dal Contraente/Assicurato per servizio o in rappresentanza del proprio Comando;
- f) quida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di quida con patente scaduta da non oltre 360 giorni e a condizione che l'Assicurato, al momento del sinistro, avesse i requisiti per il rinnovo;
- g) affezione, contagio, intossicazione fatta eccezione, per quest'ultima, per quanto previsto all'Art. 19.2;
- h) inondazioni, terremoto, eruzioni vulcaniche, fermo restando che tuttavia la garanzia – limitatamente al Contraente/Assicurato - è operante in occasione di interventi e prestazioni al servizio del proprio Comando e purché detti fenomeni non costituiscano la causa diretta ed esclusiva dell'infortunio;
- i) azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato;
- j) attività subacquee in genere, equitazione durante gare e relative prove, "sci estremo" e "sci alpinismo", alpinismo con scala di rocce ed attività sportive svolte in qualità di tesserato presso le federazioni sportive nazionali e sotto l'organizzazione delle stesse (fermo restando che la garanzia è ugualmente operante per il Contraente/Assicurato se questi svolge dette attività per servizio o in rappresentanza del proprio Comando);
- k) paracadutismo, anche se per servizio, sport aerei in genere (quindi anche volo con deltaplano, ultraleggero ed altri simili);
- l) pratica di sport a titolo remunerativo.

Sono altresì esclusi gli infortuni:

- m) che siano conseguenza diretta o indiretta di trasmutazioni del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche e da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- n) subiti in stato di detenzione conseguente a condanna dell'Assicurato;
- o) occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa, ferme restando le altre esclusioni previste dal presente articolo;
- p) gli infortuni occorsi al Contraente/Assicurato in servizio durante lo svolgimento delle attività rientranti nella definizione di Attività speciali contenuta nel Glossario, salvo sia operante l'Art. 21.8;
- q) le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche, non resi necessari da infortunio;
- r) che siano conseguenza di alcoolismo, ad abuso di psicofarmaci, ad uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni tossicodipendenza, A.I.D.S., epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenie, forme maniaco depressive o stati paranoidi, altre infermità mentali caratterizzate da sindromi 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, psicosi di media e grave entità, disturbi di personalità borderline, disturbo schizoaffettivo

Art. 21 – Prestazioni Assicurate

La Società garantisce la corresponsione della prestazione assicurata, a seconda dell'opzione prescelta dal Contraente/Assicurato nella Proposta di Assicurazione e riportata nel Certificato di Assicurazione, conseguente a infortunio verificatosi in corso di polizza. L'assicurazione può essere prestata per le seguenti garanzie incluse nell'opzione A1, indicata nella Proposta di assicurazione:

- *Morte da infortunio;*
- *Invalità Permanente da infortunio;*
- *Indennità Speciale di Licenza;*
- *Inabilità Temporanea da infortunio*
- *Rimborso Spese Sanitarie da infortunio;*

Inoltre, a seconda dell'opzione prescelta dal Contraente/Assicurato nella Proposta di Assicurazione e riportata nel Certificato di Assicurazione, è possibile sottoscrivere le seguenti Garanzie aggiuntive, così come descritte all'Art. 21 e seguenti:

- *Ustioni*
- *Adattamento abitazione e mezzo di trasporto;*
- *Rimpatrio della salma;*
- *Sostegno psicologico.*

Qualora operante l'opzione B1 (Sez. B – Estensione Famiglia), la copertura assicurativa può essere estesa ai componenti del Nucleo familiare del Contraente/Assicurato, come definiti nel Glossario. In tal caso la Società garantisce le prestazioni previste all'Art. 23.

21.1 – Morte da infortunio

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati, o in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

21.2 - Morte presunta

La Società indennizza il capitale previsto per il caso di morte anche qualora l'Assicurato scompaia quando si trovi su un mezzo di trasporto terrestre, aereo, lacuale, fluviale o marittimo - per il cui uso o guida la garanzia risulti operante - e si presuma che sia avvenuto il decesso conseguente a caduta (oppure arenamento, affondamento o naufragio) del mezzo di trasporto.

In questi casi l'indennizzo ai beneficiari avverrà:

- *trascorsi almeno 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile;*
- *sempre che nel frattempo non siano emersi elementi tali da rendere non indennizzabile l'infortunio.*

Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, da parte dei beneficiari o per loro conto dall'Assicurato, l'Assicurato medesimo potrà fare valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente riportata nell'evento di cui sopra.

21.3 - Invalidità Permanente da infortunio

Se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata.

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, la Società liquida per tale titolo, l'indennità calcolandola sulla somma assicurata secondo le percentuali previste dalla "Tabella per l'industria allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124" (la Società rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge stessa in caso di infortunio) e tenendo conto della franchigia di cui all'Art. 21.3.1. – Franchigia Invalidità Permanente.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi. In caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionali, di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Nel caso di ernia che risulti compresa in garanzia (ernia traumatica e pertanto determinata da infortunio), l'indennizzo è riconosciuto soltanto se l'ernia non risulta operabile; in questo caso la Società riconoscerà postumi invalidanti fino al 10% della Invalidità Totale, anche se l'ernia è bilaterale.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al Collegio Medico di cui all'Art. 14.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

21.3.1. – Franchigia Invalidità Permanente da Infortunio

Resta convenuto che l'indennizzo per Invalidità Permanente definitiva Parziale viene corrisposto come segue:

- per Invalidità Permanente Parziale pari od inferiore al 3% della Totale, non è dovuto alcun indennizzo;
- per Invalidità Permanente Parziale superiore al 3% della Totale, l'indennizzo viene liquidato solo per l'aliquota di Invalidità Permanente eccedente il 3%.

La franchigia non si applica qualora il grado liquidabile di Invalidità Permanente Parziale, tenuto conto anche di quanto disposto dall'Art. 21.9 in caso di condizioni fisiche o patologiche preesistenti, sia pari o superiore al 15% della Totale.

Qualora il grado liquidabile di Invalidità Permanente Parziale, tenuto conto anche di quanto disposto all'Art. 21.9 in caso di condizioni fisiche o patologiche preesistenti, sia pari o superiore al 50% della Totale, la Società corrisponderà l'indennizzo come se l'Invalidità Permanente fosse Totale, pagando l'intera somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente.

21.3.2 - Indennità Speciale di Licenza

Qualora, in caso di infortunio oppure in caso di infarto miocardico acuto o di ictus cerebrale, il grado di invalidità permanente, tenuto conto anche dei criteri di indennizzo previsti in polizza, sia pari o superiore al 50% e vi sia contestualmente il riconoscimento dell'inidoneità permanente al servizio da parte della Commissione Medica del Corpo Militare di appartenenza e la cessazione del rapporto di lavoro, la Società corrisponderà un indennizzo aggiuntivo pari a 80.000,00 €

L'indennità sarà corrisposta esclusivamente al Contraente/Assicurato in vita e non sarà trasmissibile agli eredi od ai beneficiari designati.

Col pagamento dell'indennizzo ai sensi della presente garanzia, la copertura a favore dell'Assicurato a titolo di qualunque garanzia prevista dalla presente polizza cesserà definitivamente, e quindi la Società non sarà tenuta a corrispondere altro indennizzo.

21.3.3 - Criteri di indennizzabilità

Ai fini della presente estensione vengono considerati unicamente i casi di Invalidità Permanente generica conseguente ad ictus cerebrale od infarto miocardico acuto, manifestatisi successivamente alla data di effetto dell'assicurazione e comunque durante il periodo di validità della stessa.

In particolare, sono considerate le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'invalidità permanente derivante dal singolo ictus od infarto denunciato, purché questa non risulti causata o concausata da malattia preesistente alla data di effetto dell'assicurazione.

Pertanto, non sono considerate le conseguenze di malattie preesistenti alla data di stipula della polizza; inoltre, nella valutazione dei postumi si tiene conto soltanto delle conseguenze della malattia insorta dopo la stipula del contratto e non di quelle riconducibili a situazioni patologiche, infermità, mutilazioni o difetti fisici preesistenti alla stipula del contratto stesso.

Qualora l'Assicurato denunci, contemporaneamente od in momenti successivi, più patologie, la valutazione dell'invalidità permanente verrà effettuata sul singolo ictus od infarto denunciati, separatamente considerati.

21.3.4 - Liquidazione dell' indennizzo

Il grado di invalidità permanente viene accertato dalla Società, in un periodo compreso tra i 6 ed i 18 mesi dalla data di denuncia del sinistro, in base ai criteri di indennizzo di cui sopra e tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato. In caso di decesso per causa indipendente dalla malattia, avvenuto prima che sia stato possibile svolgere l'accertamento dalla Società, la Società valuterà il grado di invalidità sulla base della documentazione medica prodotta dagli eredi.

Qualora un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente, secondo giudizio medico, la prognosi dell'infortunio e qualora l'Assicurato non intenda sottoporvisi anche se la Società decide di sostenerne i relativi costi, la valutazione del danno verrà effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che residuerebbero se l'Assicurato stesso si sottoponesse a detto trattamento, senza riguardo quindi al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni di salute in atto.

Nessun indennizzo sarà corrisposto qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 50%.

Qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 50%, per avere diritto all'indennizzo il Contraente/Assicurato dovrà presentare certificazione, in originale oppure in copia, rilasciata dalla Commissione Medica del Corpo Militare di appartenenza, attestante l'inidoneità permanente al servizio e la cessazione del rapporto di lavoro.

Fermo restando quanto disposto dall'Art. 20, la garanzia non opera per le conseguenze dirette di infortuni, nonché per le malattie pregresse.

21.3.5 - Obblighi della Compagnia in caso di sinistro

Alla denuncia di sinistro deve essere allegato certificato medico in originale da cui risulti un dettagliato rapporto sulla natura, sul decorso e sulle presumibili conseguenze della malattia.

Alla denuncia devono anche essere allegati, o fare seguito, attestazioni mediche in ordine allo stato della malattia, copia delle cartelle cliniche complete ed ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione del grado di invalidità permanente, fermo restando quanto previsto all'Art. 21.3.1.

Le spese di cura e quelle relative alla documentazione medica sono a carico dell'Assicurato.

Quanto sopra ad integrazione di quanto disposto all'Art. 7.1.

21.4 - Inabilità Temporanea da Infortunio

(garanzia non valida per i familiari che non svolgono attività lavorative, ed operante esclusivamente qualora selezionate le Opzioni A1, A2.)

Ferma la definizione di cui al Glossario, si precisa che con il termine Inabilità Temporanea Totale (I.T.T.) si indica il periodo in cui l'assicurato è completamente inabile a svolgere ciò che quotidianamente fa, mentre con il termine Inabilità Temporanea Parziale (I.T.P.) il periodo di ripresa che fa seguito al periodo di I.T.T. e che giunge fino alla completa abilità.

Pertanto, se un infortunio indennizzabile ai sensi di polizza ha per conseguenza un periodo di Inabilità Temporanea, la Società liquiderà l'indennità giornaliera di € 30,00 secondo i seguenti criteri:

- integralmente per i giorni di I.T.T.
- al 50% per i giorni di I.T.P.

In ogni caso, la Società non rimborserà più di 365 giorni per sinistro e per periodo assicurativo annuo.

La Società nella quantificazione del periodo di inabilità non terrà conto della durata della certificazione consegnata dall'Assicurato, ma del tipo di danno da questi subito.

La quantificazione del danno avverrà sulla base di una valutazione medico legale effettuata da medico incaricato dalla Società che valuterà secondo i criteri oggettivi adottati dalla medicina legale.

La liquidazione dell'indennizzo avverrà applicando le seguenti franchigie:

- a partire dal sesto giorno (franchigia assoluta) quando le prime cure siano prestate e certificate da un Pronto Soccorso

dipendente da un Presidio Ospedaliero; .

- a partire dall'undicesimo giorno (franchigia assoluta) quando l'inabilità temporanea è certificata dal proprio medico curante. L'indennizzo decorrerà invece dal primo giorno;
- in caso di ricovero ospedaliero che si protragga per almeno tre giorni;
oppure
- qualora il periodo di inabilità temporanea, riconosciuto dalla consulenza medica della Compagnia, si protragga per oltre sessanta giorni.

21.5 - Rimborso Spese Sanitarie da infortunio

In caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, la Società rimborsa, con una franchigia fissa di Euro 25,00 per sinistro e fino a concorrenza del massimale indicato in polizza per uno o più sinistri verificatisi nello stesso periodo assicurativo annuo, le spese effettivamente sostenute per:

- a) prestazioni sanitarie relative al ricovero o all'intervento chirurgico senza ricovero:
 - onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
 - rette di degenza, con il limite giornaliero del 2% del massimale indicato nel Certificato di Assicurazione;
 - assistenza medica ed infermieristica, cure, fisiochinesiterapia, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante il ricovero o l'intervento chirurgico;
- b) prestazioni sanitarie successive al ricovero, all'intervento chirurgico o all'infortunio che non abbia determinato ricovero o intervento chirurgico:
 - visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, fisiochinesiterapia e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati (indipendentemente dalla data di fatturazione e a condizione che su tali fatture sia riportata l'indicazione della data in cui tali prestazioni sono state effettuate) nei 90 giorni successivi all'infortunio, al ricovero o all'intervento chirurgico purché prescritti dal medico curante.

Qualora l'infortunio non abbia dato origine a ricovero o intervento chirurgico, i termini di cui sopra decorrono dal giorno dell'infortunio stesso e la Società rimborserà le spese sostenute e documentate fino a concorrenza del 20% del massimale pattuito, restando a carico dell'Assicurato una franchigia di Euro 25,00 per sinistro.

- c) il trasporto dell'Assicurato con ambulanza all'ambulatorio o all'Istituto di cura, da un Istituto di cura all'altro e per il ritorno a casa, fino a concorrenza del 10% del massimale indicato nel Certificato di Assicurazione (la necessità del trasporto deve essere certificata da un medico);
- d) primo acquisto di protesi ortopediche anche sostitutive di parte anatomica, rese necessarie da infortunio, nonché le spese sostenute per l'acquisto o noleggio (per un anno) di carrozzelle ortopediche;
- e) cure ed applicazioni, inclusi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, effettuate entro due anni dall'infortunio e sempre che la polizza sia in vigore, rese necessarie per ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici al volto e/o al corpo provocati dall'infortunio, fino a concorrenza del 20% della somma assicurata indicata nel Certificato di Assicurazione e con il massimo di Euro 1.100,00 per sinistro;

Il rimborso viene effettuato a cura ultimata, su presentazione della cartella clinica completa (in caso di ricovero) e della documentazione medica relativa alle cure, in originale oppure in copia, nonché degli originali delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.

In tutti i casi nei quali l'infortunio non abbia dato origine a ricovero o intervento chirurgico la garanzia si intende prestata con un massimo di Euro 1.100,00 per singolo sinistro.

21.6 – Fratture

(garanzia valida per i familiari ed operante esclusivamente qualora selezionata l' Opzioni B1.)

In caso di infortunio risarcibile a termini di polizza, a seguito del quale l'Assicurato riporti una lesione fisica che determini una Frattura, la Società liquiderà all'Assicurato la somma assicurata di seguito indicata per ogni tipologia di Frattura riportata, fermo il limite per sinistro indicato nel Certificato di Assicurazione.

Fratture pelviche o dell'anca (a esclusione di femore e coccige):

- a) fratture esposte: € 2.500,00
- b) ogni altro tipo di frattura: € 1.500,00

Frattura del femore o del calcagno:

- a) fratture esposte: € 1.500,00
- b) ogni altro tipo di frattura: € 750,00

Frattura del cranio (a esclusione di naso e mascelle), fratture della tibia o del perone, della clavicola, della caviglia, del gomito, dell'omero, dell'avambraccio (incluso il polso, ma a esclusione delle fratture di Colles):

- a) fratture esposte: € 1.500,00
- b) ogni altro tipo di frattura: € 750,00

Fratture mandibolari:

- a) fratture esposte: € 750,00
- b) ogni altro tipo di frattura: € 500,00

Fratture della scapola, della rotula, dello sterno, della mano (ad esclusione di dita e polso), del piede (ad esclusione di dita e calcagno):

- a) fratture esposte: € 750,00
- b) ogni altro tipo di frattura: € 500,00

Fratture di Colles a carico dell'avambraccio:

- a) fratture esposte: € 750,00
- b) ogni altro tipo di frattura: € 500,00

Fratture della colonna vertebrale (incluse le vertebre ma ad esclusione del coccige):

- a) tutte le fratture da compressione: € 2.500,00
- b) tutte le fratture del processo spinoso, dell'apofisi trasversa o del peduncolo: € 750,00
- c) tutti gli altri tipi di fratture vertebrali: € 500,00

Fratture di una o più costole, dello zigomo, del coccige, della mascella superiore:

- a) fratture esposte: € 650,00
- b) ogni altro tipo di frattura: € 500,00

Ai fini dell'applicazione della presente estensione, per Frattura si intende la rottura di un osso in tutto il suo spessore radiograficamente accertata.

La Società non liquiderà alcun indennizzo in caso di:

1. fratture capillari di natura patologica;
2. fratture derivanti da osteoporosi o cui l'osteoporosi abbia contribuito;
3. riduzioni di fratture senza anestesia.

Nel caso in cui un unico Infortunio determini più Fratture, le indennità riferite a ciascuna frattura saranno cumulate, ma l'esposizione della Società sarà limitata alla somma indicata nel Certificato di Assicurazione per la presente estensione di garanzia.

21.7 - Raddoppio capitali assicurati per minori e disabili

Se uno stesso evento provoca la Morte contemporanea, indennizzabile ai sensi di polizza, di entrambi i coniugi assicurati (o conviventi more uxorio), la Società raddoppierà l'indennizzo spettante ai figli minorenni conviventi, in quanto beneficiari.

Ai figli minori vengono equiparati i figli maggiorenni che siano portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 66% della totale.

Resta in ogni caso convenuto che il massimo esborso a carico della Società, a titolo di maggiorazione, non potrà superare l'importo complessivo di Euro 120.000,00 anche in caso di cumulo con altre polizze infortuni stipulate presso la Società e che l'applicazione della presente condizione rende inoperante, a tutti gli effetti, ogni altra pattuizione eventualmente esistente in polizza che, a qualsivoglia titolo, preveda una maggiorazione di capitale assicurato per il caso di Morte da infortunio.

La presente garanzia non si estende agli infortuni aeronautici di cui all'Art. 19.5.

21.8 – Attività Speciali

(garanzia operante esclusivamente qualora selezionata una tra le seguenti Opzioni: A5, A7 di cui alla Proposta di Assicurazione)

L'assicurazione viene estesa agli infortuni che il Contraente/Assicurato subisca durante lo svolgimento delle seguenti Attività speciali:

- paracadutismo;
- attività subacquee in genere;
- scalata di rocce o di ghiacciai;

- pilota o membro dell'equipaggio di aeromobili;
- speleologia.

21.9 - Criteri di indennizzo

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio.

Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 21.3 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesi stente.

Resta fermo quanto convenuto per le persone non assicurabili all'precedente "Premessa - Persone assicurabili".

Art. 22 - Garanzie Aggiuntive

(operanti esclusivamente qualora selezionata una tra le seguenti Opzioni: A2, A7 e B1 di cui alla Proposta di Assicurazione)

22.1 - Ustioni

(garanzia operante solo se selezionata una tra le seguenti Opzioni A2, A7, e B1 di cui alla Proposta di Assicurazione)

In caso di infortunio risarcibile a termini di polizza, a seguito del quale l'Assicurato riporti un'ustione, la Società liquiderà per tale titolo l'indennità calcolata sulla somma assicurata per la presente garanzia come indicata nel Certificato di Assicurazione, secondo le percentuali previste dalla Tabella che segue in base al tipo di ustione riportata.

Il limite massimo d'indennizzo per la presente garanzia è di Euro 5.000,00 per sinistro per l'opzione A2 e A7 e di Euro 10.000,00 per sinistro per l'opzione B1.

Per le Ustioni di secondo, terzo e quarto grado, la Società liquida le seguenti percentuali della Somma Assicurata per la Garanzia Ustioni:

a) <u>almeno il 27% della superficie corporea</u>	<u>100%</u>
b) <u>tra il 18% e il 27% della superficie corporea</u>	<u>60%</u>
c) <u>tra il 9% e il 18% della superficie corporea</u>	<u>35%</u>
d) <u>tra il 4.5% e il 9% della superficie corporea</u>	<u>20%</u>

Per le Ustioni di primo grado, la Società liquida le seguenti percentuali della Somma Assicurata per la Garanzia Ustioni:

e) <u>tra lo 0.5% e il 5%</u>	<u>1%</u>
f) <u>tra il 5% e il 10%</u>	<u>3%</u>
g) <u>tra il 10% e il 30%</u>	<u>5%</u>
h) <u>tra il 20% e il 30%</u>	<u>7%</u>
i) <u>tra il 30% e il 40%</u>	<u>10%</u>
j) <u>tra il 40% e il 50%</u>	<u>20%</u>

AIG Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Piazza Vetra, 17 - 20123 Milano.

Tel: +39 02 36901. Fax: +39 02 3690222. www.aig.co.it. Registro Imprese Milano / C.F. 97819940152 - REA Milano n. 2530954.

Sede secondaria di AIG Europe S.A. - Registrata in Lussemburgo con il numero R.C.S. B 218806.

Sede legale: Avenue John F. Kennedy n. 35D, L-1855 Lussemburgo - Capitale Sociale Euro 47.176.225

<u>k) tra il 50% e il 60%</u>	<u>25%</u>
<u>l) tra il 60% e il 70%</u>	<u>30%</u>
<u>m) tra il 70% e l'80%</u>	<u>40%</u>
<u>n) tra l'80% e il 90%</u>	<u>60%</u>
<u>o) oltre il 90%</u>	<u>80%</u>
<u>p) Ustione alle vie respiratorie</u>	<u>30%</u>

22.2 - Adattamento abitazione e mezzo di trasporto

(garanzia operante solo se selezionata una tra le seguenti Opzioni A2, A7 e B1 di cui alla Proposta di Assicurazione)

A seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza che comporti per l'Assicurato una invalidità permanente e che richieda l'adattamento dell'abitazione principale e/o del veicolo dell'infortunato, la Società rimborserà le spese sostenute entro un anno dall'infortunio per:

- modifiche all'accesso dell'abitazione ove l'Assicurato risulti residente quali: costruzioni di rampe e scivoli, sistemi di sopraelevazione, allargamento varchi di accesso, sostituzione porte a seguito di allargamento dei varchi. Sono comprese le modifiche interne all'abitazione e al fabbricato pertinente;
- sostituzione della vasca, della doccia, dei sanitari e installazione di maniglie speciali per il loro utilizzo presso l'abitazione ove l'Assicurato risulti residente.
ed a condizione che si verifichino tutte le seguenti circostanze:
- i lavori di ristrutturazione delle parti condominiali del fabbricato siano deliberate entro 6 mesi dalla data dell'infortunio e abbiano inizio entro 45 (quarantacinque) giorni dalla delibera;
- a seguito dell'infortunio sia stata resa dal medico curante una prognosi che preveda un deficit nella deambulazione tale da essere necessario l'utilizzo della sedia a rotelle per un periodo non inferiore ad un anno.

Sono compresi sia i costi di progettazione che quelli di realizzazione.

Ai fini dell'indennizzo l'Assicurato deve presentare la seguente documentazione:

- copia della denuncia di inizio lavori;
- copia del progetto di modifica dell'abitazione e del fabbricato pertinente;
- copia della delibera condominiale di inizio lavori;
- copia della prognosi attestante il diritto all'indennizzo;
- originale delle fatture comprovanti il dettaglio delle spese sostenute;
- certificato di residenza.

Il limite massimo d'indennizzo per la presente garanzia è di Euro 5.000,00 per sinistro per le opzioni A2 e A7 e di 15.000 per sinistro per l'opzione B1, come specificate nella Proposta di assicurazione

22.3 - Rimpatrio della salma e spese funebri

(garanzia operante solo se selezionata una tra le seguenti Opzioni A2, A7 e B1 di cui alla Proposta di Assicurazione)

In caso di decesso dell'Assicurato avvenuta a una distanza superiore a 160 Km dalla sua residenza abituale, la Società rimborserà i costi sostenuti per il rimpatrio della salma sino al luogo di inumazione in Italia.

Sono compresi i costi di trasporto prestati da parti terze operanti in via autonoma. Il costo del feretro, i costi di sepoltura, trattamenti post-mortem, esequie, sono compresi fino alla somma assicurata di Euro 5.000,00.

22.4 - Sostegno psicologico

(garanzia operante solo se selezionata una tra le seguenti Opzioni A2, A7 e B1 di cui alla Proposta di Assicurazione)

Se l'Assicurato a seguito di infortunio risarcibile a termini di polizza decede o subisce un'invaldità totale permanente, la Società indennizzerà le spese di sostegno psicologico sostenute per affrontare il lutto o il trauma derivanti dal decesso dell'Assicurato o dall'invaldità permanente.

Le spese per il sostegno psicologico dovranno essere effettuate entro un anno dalla data dell'evento che ha causato tali spese, e la presente garanzia liquiderà gli importi - sostenuti complessivamente dall'Assicurato e dai suoi Familiari Diretti per lo stesso evento fino alla concorrenza massima dell'importo indicato nel Certificato di Assicurazione.

Sono da intendersi costi per l'assistenza psicologica quelli che:

- a) sono sostenuti per sessioni mediche di assistenza psicologica (come di seguito definite) effettuate dall'Assicurato o da suoi diretti familiari su indicazione di un medico;
- b) non sono superiori a quelli che mediamente vengono sostenuti per sessioni di sostegno similari nel Paese nel quale la terapia viene effettuata;
- c) non includono spese che non sarebbero state sostenute se l'assicurazione non fosse stata stipulata;
- d) per Familiare Diretto si intende il coniuge, figlio/a, genitori, suoceri, generi, nuore o conviventi (purché risultanti da regolare certificazione) dell'Assicurato.

Le sessioni mediche di assistenza psicologica dovranno:

- a) essere state valutate essenziali per supportare l'Assicurato e/o uno o più Familiari Diretti nell'affrontare l'evento occorso;
- b) conformarsi agli standard della pratica medica;
- c) essere prescritte da Medici.

Il limite massimo d'indennizzo per la presente garanzia è di Euro 2.500,00 per sinistro per le Opzioni A2 e A7 e di Euro 5.000,00 per sinistro per l'Opzione B1.

SEZIONE B - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI – ESTENSIONE FAMIGLIA

Art. 23 – Estensione Famiglia

(garanzia operante solo se selezionata l'Opzione B1 di cui alla Proposta di Assicurazione)

In caso di sottoscrizione dell'Opzione B1, le garanzie di cui alla Sezione A di seguito precisate sono estese alle persone rientranti nella definizione di Nucleo Familiare (Sezione B) di cui al Glossario, fino alla concorrenza dei limiti precisati nel Certificato di Assicurazione.

In particolare, l'assicurazione si intende estesa al Nucleo Familiare per le seguenti garanzie base della Sezione A:

- Morte e Invalidità Permanente da infortunio;
- Rimborso Spese Sanitarie da infortunio;
- Fratture; Le seguenti Garanzie Accessorie si intendono invece operanti solo qualora queste siano state selezionate per il Contraente/Assicurato:
- Ustioni;
- Adattamento abitazione e mezzo di trasporto;
- Rimpatrio della salma e spese funebri;
- Sostegno psicologico;

La garanzia opera secondo le seguenti modalità:

1. per il coniuge o convivente more uxorio: sono attive tutte le garanzie previste dall'Opzione B1, salvo le limitazioni di cui al successivo punto 4;
2. per i figli a carico: sono attive tutte le garanzie previste dall'Opzione B1, salvo le limitazioni di cui ai successivi punti 3 e 4.
3. la garanzia Rimborso Spese Mediche da Infortunio per i figli a carico si intende prestata in eccesso a qualsiasi assicurazione prestata a favore degli stessi in ambito scolastico e sportivo associativo.

Relativamente all'ambito scolastico si fa riferimento alle assicurazioni stipulate nell'interesse degli studenti da scuole pubbliche o private o direttamente dal MIUR per tramite delle Regioni.

Relativamente all'ambito sportivo si fa riferimento alle assicurazioni stipulate nell'interesse dei propri tesserati/affiliati/associati da Federazioni Sportive, Associazioni Sportive e ogni altra organizzazione per cui sussiste l'obbligo di assicurazione degli sportivi dilettanti. Pertanto, ogni infortunio rientrante nell'oggetto delle summenzionate assicurazioni non è garantito dalla presente polizza, se non dopo l'esaurimento del limite previsto dalle stesse.

In ogni altro caso la garanzia opera ai sensi dell'Art. 21.5, salvo la limitazione prevista al successivo punto 4;

4. il limite previsto per la garanzia di cui all'Art. 21.5 si intende unico per evento nel caso in cui siano coinvolti più familiari, ad esclusione del Contraente/Assicurato.

SEZIONE C - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA/CONTABILE (LE GARANZIE PREVISTE DALLA PRESENTE SEZIONE NON SONO OPERANTI PER I CONTRAENTI/ASSICURATI APPARTENENTI AL CORPO NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO)

Art. 24 - Premessa

Questa copertura opera esclusivamente durante l'espletamento del servizio in tempo di pace.

AIG Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Piazza Vetra, 17 - 20123 Milano.
Tel: +39 02 36901. Fax: +39 02 3690222. www.aig.co.it. Registro Imprese Milano / C.F. 97819940152 - REA Milano n. 2530954.

Sede secondaria di AIG Europe S.A. - Registrata in Lussemburgo con il numero R.C.S. B 218806.
Sede legale: Avenue John F. Kennedy n. 35D, L-1855 Lussemburgo - Capitale Sociale Euro 47.176.225

La garanzia è in ogni caso estesa alle missioni che non comportino l'uso o l'utilizzo di armi o munizioni, intendendosi per tali le missioni effettuate in aiuto e a sostegno della popolazione locale di uno Stato sul cui suolo/territorio/confine non si svolge o non è presente alcun conflitto armato tra fazioni o gruppi contrapposti, siano essi civili, militari regolari o appartenenti a milizie armate né alcun conflitto armato con Stati esteri.

Sono escluse le azioni di rivalsa conseguenti a risarcimenti che la Pubblica Amministrazione abbia dovuto corrispondere per danni direttamente o indirettamente ocasionati da, o che avvengano attraverso, o come conseguenza di:

- guerra, invasione, atti di forze nemiche, ostilità od operazioni simili ad atti di guerra (sia la guerra dichiarata o no), missioni per il mantenimento o il ristabilimento della pace, guerra civile, ammutinamento, tumulti civili che assumano le proporzioni di (o evolvano in) sollevazione popolare, sollevazione militare, insurrezione, ribellione, rivoluzione, usurpazione di potere o potere militare;
- instaurazione della legge marziale, provvedimenti di confisca, o nazionalizzazione o requisizione o distruzione di (o danni a) proprietà per ordine di qualsiasi governo o autorità pubblica o locale;
- qualsiasi atto di qualsiasi persona o gruppo che agisca per conto di o in connessione con qualsiasi organizzazione i cui obiettivi siano di rovesciare o influenzare "de jure o de facto" il governo con azioni terroristiche o con la violenza.

Art. 25 - Oggetto dell'assicurazione

La Società si obbliga a tenere indenni gli Assicurati di quanto fossero personalmente tenuti a pagare, quali civilmente responsabili, ai sensi di legge, di perdite patrimoniali derivanti esclusivamente da responsabilità amministrativa ed amministrativa-contabile, in tutti i casi in cui, per fatti determinati da negligenze o colpa grave, gli Assicurati abbiano compiuto omissioni e/o inadempimenti di qualsiasi natura, non conformemente alle norme sancite da leggi e regolamenti e alla normativa contenuta nelle istruzioni e disposizioni ai vari servizi gestiti dall'Amministrazione dell'Arma/Corpo di appartenenza, da cui derivi un danno a terzi.

L'Assicurazione vale, altresì, per le somme che, in conseguenza delle citate responsabilità, siano poste a carico dell'Assicurato alla definizione del giudizio promosso dalla Pubblica Amministrazione, dopo il risarcimento a terzi - a norma delle vigenti disposizioni - per l'esercizio del diritto di rivalsa ad essa spettante.

La garanzia comprende inoltre i danni conseguenti a perdita, distruzione, e deterioramento di atti e documenti, purché non derivanti da furto, rapina ed incendio.

La copertura assicurativa riguarda anche l'attività svolta dagli Assicurati all'Estero sempreché i danni si verificano durante l'espletamento dell'attività lavorativa e nell'esercizio delle proprie funzioni.

L'Assicurazione è prestata, inoltre, per le perdite patrimoniali che l'Assicurato sia tenuto a risarcire alla Pubblica Amministrazione per fatti colposi connessi a responsabilità di tipo amministrativo e amministrativo-contabile regolarmente accertata dagli organi di controllo.

La garanzia assicurativa è valida esclusivamente per la personale e diretta responsabilità dell'Assicurato fermo restando che in caso di responsabilità solidale con gli altri soggetti, la Società interverrà per la sola quota di responsabilità ascrivibile all'Assicurato escluso comunque ogni obbligo solidale. Non sono considerati "terzi" il coniuge, i figli, i genitori degli Assicurati ed ogni altro parente affine con loro convivente.

La Società può assumere fino a quando ne hanno interesse la gestione delle vertenze sia in sede stragiudiziale che giudiziale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del Massimale stabilito in Polizza per il Danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto Massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse, fermo restando il limite di un quarto del Massimale di cui sopra. La garanzia è prestata nei limiti previsti dall'art. 1917 c.c.; rimangono pertanto escluse dalla copertura assicurativa le spese legali sostenute per i procedimenti dinanzi al Tribunale Amministrativo Regionale o Consiglio di Stato, salvo che per la parte relativa alle pretese di risarcimento del danno.

La Società non riconoscerà spese incontrate dall'Assicurato per i legali che non siano da essi designati o approvati e non rispondono di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

Art. 26 - Esclusioni

L'Assicurazione non vale per le Perdite Patrimoniali conseguenti a:

- a. smarrimento, distruzione o deterioramento di denaro, di preziosi o titoli al portatore, nonché per i danni derivanti da sottrazione di cose, furto, rapina od incendio;
- b. danni materiali di qualsiasi tipo;
- c. attività svolta dall'Assicurato quale componente di organi di amministrazione o di controllo, di altri Enti della Pubblica Amministrazione e/o enti privati;
- d. atti od omissioni da parte di, o danni o reclami notificati a, qualsiasi degli Assicurati in epoca anteriore alla data di retroattività stabilita in Polizza;
- e. responsabilità assunte volontariamente dall'Assicurato al di fuori dei compiti di ufficio o di servizio e non derivategli dalla legge, da statuto, regolamenti o disposizioni dell'ente;
- f. la stipulazione, la proroga e/o la mancata stipulazione, e/o la modifica di assicurazioni, ivi comprese le controversie inerenti le procedure per l'aggiudicazione di servizi assicurativi indette dall'Ente di Appartenenza, nonché ogni controversia derivante dalla ripartizione dell'onere di pagamento dei Premi assicurativi, nonché il pagamento e/o mancato o tardivo pagamento di tali Premi;
- g. azioni od omissioni imputabili all'Assicurato a titolo di dolo accertato con provvedimento definitivo dell'autorità competente;
- h. inquinamento di qualsiasi genere di aria, acqua e suolo; danno ambientale in genere o qualsiasi evento che generi un'apprezzabile alterazione negativa per l'ambiente o per lo stato naturale delle cose come a mero titolo di esempio qualsiasi danno ambientale, danno al paesaggio, danno derivante da rumore o vibrazioni ecc.; la presenza e gli effetti, diretti e indiretti, di muffa tossica di qualsiasi tipo e amianto;
- i. calunnia, ingiuria, diffamazione;
- j. multe, ammende, sanzioni inflitte direttamente contro l'Assicurato salvo che siano inflitte contro terzi, compresa la Pubblica Amministrazione in genere, a seguito di errore professionale da parte dell'Assicurato;
- k. azioni di un Assicurato nei confronti di un altro Assicurato salvo il caso in cui l'Assicurato provi che la responsabilità sarebbe esistita anche se il danneggiato non fosse stato un Assicurato, così come definito nel Glossario;
- l. il possesso, la custodia o l'uso, da parte di qualsiasi persona, di autoveicoli, rimorchi, natanti o velivoli, esclusa comunque ed in ogni caso la Responsabilità civile di cui al D. Lgs. 209/2005;
- m. investimenti operati da Enti Pubblici per ripianare deficit finanziari da spese correnti e programmi di ristrutturazioni del debito;

- n. la Società non risponderà per fatti o circostanze pregresse già note all'Assicurato e/o al Contraente e/o denunciate prima dell'inizio della presente polizza;
- o. derivanti da sviluppo comunque insorto, controllato o meno di energia nucleare o di radioattività.

Art. 27 - Inizio e termine della garanzia

L'Assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel periodo di efficacia dell'assicurazione, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere non oltre tre anni prima dalla data di effetto dell'assicurazione e che, a tale data non siano ancora state presentate alla P.A.

L'assicurazione è altresì operante per le richieste di risarcimento presentate alla Società entro i due anni successivi alla cessazione delle attività o del servizio per il quale è prestata la seguente assicurazione, purchè i fatti siano avvenuti durante il periodo di validità del contratto.

Comunque, agli effetti di quanto disposto dagli art. 1892 e 1893 del C.C. l'Assicurato dichiara, e la Società ne prende atto, di non essere a conoscenza attualmente di circostanze o situazioni che possano determinare, durante il periodo di validità del contratto, richiesta di risarcimento occasionale da fatti già verificatisi prima della data di effetto della presente polizza.

In caso di decesso dell'Assicurato, la Società si impegna a tenere indenni gli eredi per i sinistri verificatisi durante il periodo di validità del contratto di cui l'Assicurato risulti responsabile.

Tali richieste dovranno riferirsi a danni derivanti da comportamento colposo posto in essere dall'Assicurato esclusivamente durante il periodo di validità del contratto e il limite di risarcimento non potrà superare il massimale indicato in polizza qualunque sia il numero delle richieste.

Art. 28 - Limite di indennizzo

L'assicurazione è prestata fino al limite di indennizzo precisato nel Certificato di Assicurazione per la presente Sezione C, per sinistro e per ciascun periodo assicurativo annuo, indipendentemente dal numero delle richieste di risarcimento presentate all'assicurato nello stesso periodo.

Resta convenuto che in caso di corresponsabilità nello stesso Sinistro tra più individui che risultino essere assicurati per la medesima fattispecie di rischio presso la Società, quest'ultima risponderà per tutte le richieste di risarcimento in qualunque tempo avanzate fino e non oltre il limite di € 3.000.000,00, indipendentemente dal numero di individui coinvolti.

Art. 29 - Franchigia

L'assicurazione è prestata con le seguenti franchigie per ogni sinistro, che restano a carico dell'Assicurato:

- Ufficiali e personale civile equiparato: € 500,00
- Sottufficiali e personale civile equiparato: € 250,00.

Art. 30 - Perdite patrimoniali per l'attività derivante dal decreto legislativo n. 81 del 9 Aprile 2008

A condizione che l'Assicurato sia in possesso di legale qualifica e abbia eseguito un idoneo corso richiesto dalla legge, la copertura, ferme le altre condizioni di polizza, è altresì operante per le Perdite Patrimoniali derivanti dalle responsabilità poste a carico dell'Assicurato dalla normativa in materia d'igiene (rumori, microclima, polveri e fumi, acque e vapore), sicurezza e salute dei lavoratori sui luoghi di lavoro. Sono pertanto comprese in garanzia anche le attività svolte dagli Assicurati in funzione di:

- “Datore di lavoro” e/o “Responsabile del servizio di prevenzione e protezione” ai sensi del Decreto Lgs. n. 81 del 9 Aprile 2008 e successive modifiche e/o integrazioni;
- “Committente”, “Responsabile dei lavori”, “Coordinatore per la Progettazione” e/o “Coordinatore per l’esecuzione dei lavori” ai sensi del Decreto Lgs. n. 81 del 9 Aprile 2008 e successive modifiche ed integrazioni.

Art. 31 - Attività di rappresentanza

A parziale deroga di quanto stabilito dall’Art. 26 lettera c) si precisa che l’Assicurazione vale per gli incarichi anche di carattere collegiale e/o commissariale svolti dai singoli Dipendenti o Amministratori in rappresentanza dell’Ente di Appartenenza, in altri organi collegiali.

Art. 32 - Perdite patrimoniali per l’attività connessa all’assunzione del personale

L’Assicurazione comprende le Perdite Patrimoniali per l’attività connessa all’assunzione e gestione del personale. Per tali perdite, la Società risponderà, fino a concorrenza del limite di indennizzo precisato nel certificato di Polizza per ogni periodo assicurativo annuo, indipendentemente dal numero di Sinistri verificatisi nel corso di uno stesso periodo assicurativo annuo a carico dell’Assicurato.

SEZIONE D - NORME CHE REGOLANO L’ASSICURAZIONE DIARIA DA RICOVERO (garanzia operante solo se selezionata l’Opzione D)

In caso di sottoscrizione dell’Opzione D, le garanzie di seguito precisate sono estese alle persone rientranti nella definizione di Nucleo Familiare di cui al Glossario, fino alla concorrenza dei limiti precisati nel Certificato di Assicurazione purché sia stato indicato il nominativo della persona da assicurare e sia stato conteggiato il relativo premio.

Art. 33 – Oggetto dell’Assicurazione

In caso di infortunio, malattia e maternità che determini il ricovero dell’Assicurato in Istituto di Cura, la presente polizza garantisce il pagamento di un’indennità giornaliera pari a 65,00 Euro a partire dal primo giorno di ricovero in caso di infortunio o malattia, e a partire dal quarto giorno in caso di ricovero per maternità;

Art. 34 – Operatività dell’assicurazione

Fermo quanto stabilito successivamente, si conviene che:

- a) l’assicurazione è valida in tutti i paesi del mondo, indipendentemente dal luogo in cui si verifichi l’infortunio. Fermo restando quanto previsto dall’articolo 16;

l’assicurazione è operante per gli infortuni che l’Assicurato subisca sia nell’esercizio della sua attività professionale ed extraprofessionale.

Art. 35 – Accettazione Garantita

Per la stipulazione della presente polizza la Società non richiede né certificazione medica né visita medica alle persone da assicurare.

Art. 36 – Indennità da ricovero

Se in conseguenza di un evento indennizzabile ai sensi di polizza l'Assicurato è ricoverato in Istituto di Cura pubblico o privato, l'Impresa corrisponde l'indennità giornaliera prevista a partire dal primo giorno sia in caso di ricovero per infortunio, sia in caso di ricovero per malattia, e dal quarto giorno in caso di ricovero per maternità, fino ad un massimo di 90 giorni per ciascun ricovero e per annualità assicurativa.

Art. 37 – Limiti di età (Sezione D)

Solo per quanto concerne la Sezione D, l'assicurazione è stipulabile per le persone che, al momento dell'adesione al presente contratto, abbiano un'età massima di 65 anni. Per le persone già assicurate, l'assicurazione cessa alla ricorrenza annuale immediatamente successiva al compimento del 70° anno di età.

Art. 38 – Limitazioni

Nel caso in cui l'Assicurato sia una persona affetta da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia, infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate l'assicurazione non è valida per gli infortuni e le malattie direttamente causati da dette affezioni.

Non sono comunque assicurabili le persone già colpite da malattie o infermità gravi e permanenti quali ad esempio: apoplezia, paralisi, infermità mentali, delirium tremens, diabete.

L'assicurazione cessa automaticamente col manifestarsi di una di queste malattie o infermità per le persone già assicurate.

Le persone con difetti fisici o mutilazioni rilevanti sono assicurabili solo con patto speciale.

L'eventuale pagamento del premio non determina alcun obbligo di assicurazione da parte della Società la quale, se non ha emesso e perfezionato la relativa appendice di estensione della garanzia, dovrà - a richiesta del Contraente - limitarsi a rimborsare il premio eventualmente incassato.

Art. 39 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) tutti gli infortuni e le malattie derivanti da eventi esclusi nelle precedenti sezioni A e B:
- 2) i ricoveri:
 - a) per check-up, esami periodici o di controllo, 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"; malattie trasmissibili per via sessuale;
 - b) presso Istituti o servizi ospedalieri e clinici particolarmente specializzati, cioè: presso strutture di rieducazione professionale e di

riadattamento funzionale, in centri per convalescenza, i soggiorni in case di infanzia, in istituti medico-pedagogici, in ospizi per anziani ed in servizi di gerontologia; i trattamenti per il ringiovanimento e per il dimagrimento, le cure termali, eliomarine, cure di riposo, del sonno o di disintossicazione, le cure dietetiche per la correzione di insufficienze o eccessi ponderali, così come tutti i casi di ricovero di persone che non godono più – in modo irreversibile - della loro autonomia, e le cui condizioni di salute richiedono una costante assistenza e/o dei trattamenti terapeutici;

c) per i primi 300 giorni di copertura, i ricoveri per maternità, gravidanza, parto, aborto.

3) limitatamente ai primi due anni di validità della polizza, le conseguenze di infortuni o malattie occorsi all'Assicurato prima dell'inizio dell'assicurazione;

4) cure dentarie, pronto soccorso, chirurgia estetica (qualora non sia resa necessaria da infortunio indennizzabile a termini di polizza); anomalie congenite e alterazioni da esse determinate o derivate.

Art. 40 – Come presentare un Reclamo

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri dovranno essere formulati per iscritto all'Assicuratore ed indirizzati a:

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

Sarà cura della Compagnia informare il reclamante dell'avvenuta ricezione e della presa in carico del reclamo, entro 10 giorni dalla ricezione dello stesso. La Compagnia comunicherà gli esiti del reclamo al reclamante il prima possibile, e comunque entro il termine massimo di 30 giorni dalla data di ricevimento del reclamo stesso.

Executive Manager

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 ed il servizio reclami inoltrerà il reclamo all'Executive Manager.

Alternativamente, sarà possibile scrivere a AIG Europe SA "Service Reclamations Niveau Direction" (Servizio reclami a livello direzione): 35D Avenue JF Kennedy L- 1855 Luxembourg – Gran Ducato del Lussemburgo o tramite mail a: aigeurope.luxcomplaints@aig.com



IVASS

In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, In conformità al disposto del Regolamento IVASS n. 24 del 19 maggio 2008, è possibile inviare i reclami direttamente all'Autorità per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) ai recapiti di seguito indicati:

Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS)

Via del Quirinale, 21

00187 Roma

fax 06.42133206, pec: ivass@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> . Inoltre, se il reclamante ha il domicilio in Italia, è in ogni caso possibile rivolgere reclami all'IVASS richiedendo l'apertura della procedura FIN-NET per le liti transfrontaliere. L'IVASS interesserà l'autorità aderente al Sistema FIN-NET dello Stato membro dove la Compagnia ha la sua sede legale (Lussemburgo), ove esistente.

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. 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

11 rue Robert Stumper, L-2557 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 formulate in lussemburghese, tedesco, francese o inglese.

Contraente

AIG Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Piazza Vetra, 17 - 20123 Milano.
Tel: +39 02 36901. Fax: +39 02 3690222. www.aig.co.it. Registro Imprese Milano / C.F. 97819940152 - REA Milano n. 2530954.

Sede secondaria di AIG Europe S.A. - Registrata in Lussemburgo con il numero R.C.S. B 218806.
Sede legale: Avenue John F. Kennedy n. 35D, L-1855 Lussemburgo - Capitale Sociale Euro 47.176.225

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:

Art. 3 Pagamento del premio - Decorrenza dell'assicurazione
Art. 5 Durata e tacito rinnovo della polizza
Art. 11 Foro
Art. 7.1 Sezione Ae B – Norme che regolano l'assicurazione Infortuni
Art. 24 Sezione C – Norme che regolano l'assicurazione Responsabilità Amministrativa/Contabile
Art. 33 Sezione D – Norme che regolano la Diaria da Ricovero
Art. 9 Imposte e tasse
Art. 12 Cessazione del rapporto assicurativo
Art. 14 - Controversie e arbitrato irrituale - Sezione A
Art. 15 - Cumulo di indennizzi - Sezione A
Art. 16 - Estensione territoriale e sanzioni Internazionali
Art. 19.6 Cumulo di indennizzi per infortuni aeronautici
Art. 20 - Rischi non assicurati
Art. 21.3.1 Franchigia Invalidità Permanente.
Art. 21.3.2 Indennità Speciale di Licenza
Art. 21.3.3 Criteri di indennizzabilità
Art. 21.3.4 Liquidazione dell' indennizzo
Art. 21.3.5 Obblighi in caso di sinistro
Art. 21.9 Criteri di indennizzo
Art. 25 Oggetto dell'Assicurazione
Art. 26 Esclusioni
Art. 27 Inizio e termine della garanzia
Art. 28 Limite di indennizzo
Art. 29 Franchigia
Art. 30 Perdite patrimoniali per l'attività derivante dal decreto legislativo n. 81 del 9 Aprile 2008
Art. 37 Limite di età
Art. 33 Oggetto dell'Assicurazione
Art. 38 Limitazioni
Art. 39 Esclusioni

Contraente

AIG Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Piazza Vetra, 17 - 20123 Milano.
Tel: +39 02 36901. Fax: +39 02 3690222. www.aig.co.it. Registro Imprese Milano / C.F. 97819940152 - REA Milano n. 2530954.

Sede secondaria di AIG Europe S.A. - Registrata in Lussemburgo con il numero R.C.S. B 218806.
Sede legale: Avenue John F. Kennedy n. 35D, L-1855 Lussemburgo - Capitale Sociale Euro 47.176.225

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 sospendere 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 riscosse 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

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Maurizio', is positioned below the company name.

AIG Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Piazza Vetra, 17 - 20123 Milano.
Tel: +39 02 36901. Fax: +39 02 3690222. www.aig.co.it. Registro Imprese Milano / C.F. 97819940152 - REA Milano n. 2530954.

Sede secondaria di AIG Europe S.A. - Registrata in Lussemburgo con il numero R.C.S. B 218806.
Sede legale: Avenue John F. Kennedy n. 35D, L-1855 Lussemburgo - Capitale Sociale Euro 47.176.225

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.

AIG Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Piazza Vetra, 17 - 20123 Milano.
Tel: +39 02 36901. Fax: +39 02 3690222. www.aig.co.it. Registro Imprese Milano / C.F. 97819940152 - REA Milano n. 2530954.

Sede secondaria di AIG Europe S.A. - Registrata in Lussemburgo con il numero R.C.S. B 218806.
Sede legale: Avenue John F. Kennedy n. 35D, L-1855 Lussemburgo - Capitale Sociale Euro 47.176.225



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.

<u>ALL. 2 DENUNCIA INFORTUNIO</u>	Inviare entro 5 giorni dall'infornio via e-mail a : CARDELLICCHIO ASS.NI SAS – Agenzia speciale di AIG Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia Via Antonio Salandra, 18 – 00187 – Roma E-mail : sinistri@cardellicchioassicurazioni.com
-----------------------------------	--

CONTRENTE / ASSICURATO

Corpo di Appartenenza	In servizio presso
-----------------------	--------------------

Dati anagrafici

	Nominativo
--	------------

Indirizzo	Comune	Provincia
-----------	--------	-----------

Luogo di nascita	Data di nascita	Codice fiscale
------------------	-----------------	----------------

Telefono	Cellulare	Email
----------	-----------	-------

Banca	Agenzia di	N
Iban		

FAMILIARE DEL CONTRAENTE ASSICURATO

Cognome	Nome
---------	------

Professione	Gradi di parentela
-------------	--------------------

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'EVENTO

	Data infornio / Diagnosi / Luogo
--	----------------------------------

AIG Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Piazza Vetra, 17 - 20123 Milano.
Tel: +39 02 36901. Fax: +39 02 3690222. www.aig.co.it. Registro Imprese Milano / C.F. 97819940152 - REA Milano n. 2530954.

Sede secondaria di AIG Europe S.A. - Registrata in Lussemburgo con il numero R.C.S. B 218806.
Sede legale: Avenue John F. Kennedy n. 35D, L-1855 Lussemburgo - Capitale Sociale Euro 47.176.225

Descrizione infortunio
Allegati alla presente denuncia: <input type="checkbox"/> Certificato di pronto soccorso <input type="checkbox"/> Autocertificazione <input type="checkbox"/> certificato medico <input type="checkbox"/> certificato ricovero <input type="checkbox"/> altra documentazione <input type="checkbox"/> cartella clinica <input type="checkbox"/> dichiarazione chiusura sinistro

NB: Dovranno essere inviati in via continuativa eventuali certificati di proroga ed infine, insieme al certificato di chiusura , dovranno essere allegati gli originali delle fatture e/o notula delle spese mediche. Dovrà inoltre essere inviata la Dichiarazione di Chiusura Sinistro , tramite l'apposito modulo



ALL. 3 – DENUNCIA DI CHIUSURA INFORTUNIO

Inviare via e-mail a :

CARDELLICCHIO ASS.NI SAS – Agenzia speciale di AIG Europe S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia Via Antonio Salandra, 18 – 00187 – Roma

E-mail : sinistri@cardellicchioassicurazioni.com

Con la presente il sottoscritto _____ dichiara di non avere ulteriore documentazione in riferimento al sinistro occorso in data/...../ da inoltrarvi e pertanto lo stesso deve intendersi liquidabile sulla base di quanto già in vostro possesso .

Luogo e data

Il contraente / Assicurato
