



POLIZZA CONVENZIONE
INFORTUNI LIGHT

||||| **PART-TIME**



Polizza Convenzione
INFORTUNI DIPENDENTI LIGHT PART-TIME
CSAP - Generali Italia S.p.A.
n. 364/00045879

PREMI E MASSIMALI

€	15,00	Premio mensile
€	10,00	Indennizzo per ogni giorno di infortunio
€	60.000,00	Indennizzo per morte
€	60.000,00	Indennizzo per invalidità permanente
€	12.500,00	Massimale per invalidità permanente (≥60%) a seguito di infarto o ictus
€	4.000,00	Massimale di rimborso spese sanitarie sostenute a seguito di infortunio
€	6.250,00	Rendita vitalizia per invalidità permanente a seguito di infortunio ≥60%
€	10.000,00	Indennità per stato di coma a seguito di infortunio
€	2.000,00	Spese sostenute per rientro sanitario dall'estero



Polizza Convenzione
INFORTUNI DIPENDENTI LIGHT PART-TIME
CSAP - Generali Italia S.p.A.
n. 364/00045879

SOMMARIO

• Nota Informativa	pag.	2
• Condizioni di Polizza.....	pag.	6
- Definizioni	pag.	6
- Norme che regolano l'assicurazione in generale	pag.	7
- Oggetto dell'assicurazione	pag.	8
• Sinistri - Diritti e doveri delle Parti	pag.	20
• Appendici	pag.	22
• Informativa trattamento dati personali	pag.	23
• Notizie utili per l'Assicurato.....	pag.	25

NOTA INFORMATIVA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONI INFORTUNI LIGHT PART - TIME
POLIZZA CONVENZIONE CSAP GENERALI ITALIA SPA
N. 364/00045879

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

GLOSSARIO

ASSICURATO	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
ASSICURAZIONE	il contratto di assicurazione.
CONTRAENTE	il soggetto che stipula l'assicurazione.
INDENNIZZO	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
INVALIDITÀ PERMANENTE GENERICA	la perdita o la riduzione, in maniera stabile, definitiva e non modificabile con trattamenti terapeutici, della capacità all'esercizio di un qualsiasi lavoro indipendentemente dalla specifica attività esercitata dall'Assicurato.
POLIZZA	il documento che prova l'assicurazione.
PREMIO	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
RISCHIO	la probabilità che si verifichi il sinistro.
SINISTRO	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
SOCIETÀ	Generali Italia S.p.A.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Generali Italia S.p.A. è una Società appartenente al Gruppo Generali.

- Sede legale: Via Marocchessa, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) - Italia.
- Recapito telefonico: 06 8483.1; sito internet: www.inaassitalia.generalii.it; indirizzo di posta elettronica: info@inaassitalia.generalii.it.
- L'Impresa di assicurazione è autorizzata con Decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato n. 289 del 2/12/1927 ed è iscritta al n. 1.00021 dell'Albo delle Imprese di assicurazione.

Si rinvia all'home page del sito Internet dell'Impresa per la consultazione di eventuali aggiornamenti al presente fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Patrimonio netto 1.856.772.958,00; Capitale Sociale Euro 618.628.450,00; Totale riserve patrimoniali 1.238.144.508,00. L'indice di solvibilità gestione danni è pari a 1,43 – l'indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Decorrenza dell'Assicurazione

Il rapporto assicurativo ha effetto dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui è stata praticata la prima trattenuta a ruolo del premio assicurativo.

Se il pagamento del premio è effettuato direttamente dall'assicurato, la decorrenza assicurativa ha effetto dalle ore 24,00 del giorno in cui è avvenuto il pagamento della prima rata.

Durata

Il contratto ha la durata di 10 (dieci) anni e in mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita 60 giorni prima della scadenza, è prorogata per un anno e così successivamente.

Avvertenze

La facoltà di recesso da parte dell'Assicurato è regolata dalla legge n. 99 del 23/07/2009 che si intende qui interamente richiamata.

Poiché la durata del contratto è superiore a 5 anni, qualora non si voglia il rinnovo di un anno, la disdetta deve essere inviata all'assicuratore almeno sessante giorni prima della scadenza.

In caso di mancata disdetta il contratto si rinnova di anno in anno.

Si rinvia agli artt. 4 e 37 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

Il contratto prevede la corresponsione di un indennizzo a seguito del verificarsi di un infortunio che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- a) delle attività professionali svolte nell'ambito della propria Società di appartenenza;
- b) di ogni altra attività extra lavoro che non abbia carattere professionale.

Si rinvia all'art. 12 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

La garanzia principale è integrata con delle garanzie accessorie.

Avvertenze

- La copertura assicurativa contenuta nell'oggetto del contratto prevede esclusioni e limitazioni ovvero condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Si rinvia agli artt. 13, 14, 15, 29, 39 e 40 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
- L'indennizzo spettante viene determinato sulla base dei criteri stabiliti agli artt. 22, 24, 25 e 36 delle condizioni di assicurazioni cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio, nei limiti delle somme assicurate e con l'applicazione delle franchigie previste.
- La copertura assicurativa non è prestata per persone di età superiore a 75 anni. Si rinvia all'art. 16 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

4. Dichiarazione dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità

Avvertenze

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Impresa di assicurazione possono comportare effetti sulla prestazione. Per le conseguenze relative alle dichiarazioni inesatte od alle reticenze si rinvia agli artt. 17 e 46 delle condizioni di assicurazione.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

L'assicurato deve dare comunicazione scritta all'impresa di ogni aggravamento e diminuzione del rischio e delle variazioni nella professione. Si rinvia all'art. 17 delle condizioni di assicurazione per le conseguenze derivanti dalla mancata comunicazione.

Esempio di aggravamento del rischio: tossicodipendenza.

6. Premi

Il premio è annuo e viene corrisposto in 12 rate mensili con ritenuta a ruolo stipendio a seguito di delega rilasciata dall'Assicurato al proprio datore di lavoro.

Solo nel caso in cui il datore di lavoro non effettua le trattenute mensili sullo stipendio, il pagamento può essere effettuato tramite RID bancario ricorrente, bonifico bancario ricorrente e versamento conto corrente postale ma, in quest'ultimo caso, solo per rate trimestrali.

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Sono previsti adeguamenti del premio e delle somme assicurate in base all'incremento dell'indice ISTAT del costo della vita. Si rinvia all'art. 38 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

8. Diritto di recesso

Avvertenze

È facoltà di entrambe le Parti recedere dal contratto. Si rinvia all'art. 45 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Se la durata del contratto supera i cinque anni, il contraente trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata, senza oneri.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione, si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

10. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

11. Regime fiscale

Il contratto è soggetto ad imposta sulle assicurazioni ai sensi della legge 29 ottobre 1961, n. 1216 e successive modifiche ed integrazioni.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenze

In caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla sede centrale del CSAP entro 10 (dieci) giorni da quando ne ha avuto conoscenza o da quando ne ha avuto la possibilità. Si rinvia agli artt. 6 e 41 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

13. Reclami

Eventuali reclami nei confronti dell'Impresa aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

Generali Italia S.p.A. - Customer Service - Via Leonida Bissolati, 23 - 00187 Roma – Tel.: 06 47224020 – Fax: 06 47224204 - E-mail: reclami.assitalia@inaassitalia.generalis.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale 21, 00187 Roma.

I reclami indirizzati all'IVASS dovranno contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo della lamentela;
- d) copia del reclamo presentato all'Impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente, tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/index_en.htm).

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

14. Arbitrato

In caso di controversia tra le Parti è possibile ricorrere ad un collegio medico arbitrale. L'arbitrato avrà luogo nel comune, sede di istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Si rinvia all'art. 42 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenze

In ogni caso resta salva la facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

.....

Generali Italia S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

**Amministratore Delegato e Direttore Generale
Philippe Donnet**



CONDIZIONI DI POLIZZA

Polizza Convenzione **INFORTUNI LIGHT PART-TIME CSAP** - Generali Italia S.p.A.
n. 364/00045879

DEFINIZIONI

Alle seguenti denominazioni le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurazione:	il contratto di assicurazione.
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione.
Contraente:	il soggetto che stipula l'assicurazione.
Assicurato:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione
Beneficiario:	Il soggetto od i soggetti cui, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita.
Società:	l'impresa assicuratrice.
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro.
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Coma:	stato di incoscienza senza reazione a stimoli esterni o a necessità interne mantenuto con l'uso di sistemi di rianimazione per un periodo di almeno 96 ore.
ICTUS CEREBRALE: (di seguito Ictus)	un accidente cerebro - vascolare di natura infartuale e/o emorragica e/o emorragica aracnoidea che esordisce acutamente e produce danno e/o deficit neurologico irreversibile, immediatamente riscontrato in ambito di ricovero in Istituto di cura.
INFARTO MIOCARDICO ACUTO (di seguito Infarto)	la manifestazione clinica di una anossia acuta e persistente di una parte del miocardio che cade in necrosi per arresto del flusso coronarico. La diagnosi si basa sulla presenza contemporanea di tre fattori: dolore precordiale, alterazioni elettrocardiografiche e alterazioni enzimatiche.
INVALIDITÀ PERMANENTE GENERICA	la perdita o la riduzione, in maniera stabile, definitiva e non modificabile con trattamenti terapeutici, della capacità all'esercizio di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla specifica attività esercitata dall'Assicurato.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Decorrenza dell'assicurazione

In conformità con quanto disposto dall'art. 1901 del Codice Civile, il rapporto assicurativo ha effetto dal primo giorno del mese successivo a quello in cui è stata praticata la prima ritenuta a ruolo del premio assicurativo.

Resta confermato che nel caso in cui la prima trattenuta di premio sullo stipendio non sia stata effettuata, per motivi operativi e/o tecnico-informatici dell'Azienda di appartenenza, la garanzia sarà ugualmente operante come sopra purché sia stata data comunicazione alla Società dell'avvenuto disguido, si proceda al recupero della quota ed il nominativo/i risultino presenti nell'elenco che la Società Generali Italia S.p.A. riceve nel mese antecedente all'effetto della garanzia.

Art. 2 - Pagamento del premio

L'importo della rata mensile viene trattenuto dal datore di lavoro dal ruolo paga dell'Assicurato a seguito di delega rilasciata dallo stesso all'Azienda di appartenenza.

Quest'ultimo mette detto importo a disposizione del contraente CSAP, il quale è tenuto a versarlo a Generali Italia S.p.A. entro 90 giorni dalla data di scadenza di ciascuna rata mensile. Nel caso in cui il datore di lavoro abolisse con provvedimento amministrativo la trattenuta già disposta sugli emolumenti dell'Assicurato, la Società provvederà a comunicargli le modalità per la continuazione della garanzia assicurativa mediante pagamento del premio in rate trimestrali anticipate.

Art. 3 - Durata della convenzione - proroga tacita

La presente polizza convenzione ha una durata di dieci anni dalla data di effetto. La stessa si intende tacitamente rinnovata per la durata di 1 anno e così successivamente, salvo disdetta data da una delle due parti contraenti (CSAP o Generali Italia S.P.A.) con lettera raccomandata almeno 90 giorni prima della scadenza.

Art. 4 - Durata e proroga dell'assicurazione

Il rapporto assicurativo con il singolo assicurato, salvo quanto disposto dalla legge n. 99 del 23/07/2009 e quanto previsto dal successivo articolo 19 (cessazione dell'assicurazione per risoluzione del rapporto di lavoro), ha la durata di 10 anni e, in mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, è prorogata per un anno e così successivamente.

L'eventuale estinzione della polizza convenzione (per mancato rinnovo alla scadenza) non avrà alcun effetto sulla durata del rapporto assicurativo con il singolo assicurato iniziato anteriormente, che resta comunque fissato in 10 anni dalla data di inizio dell'assicurazione (art. 1); in tal caso, tuttavia, il rapporto cesserà senza bisogno di disdetta alla scadenza del decimo anno.

Art. 5 - Modifiche della polizza convenzione

Le eventuali modifiche della polizza convenzione devono essere provate per iscritto.

Art. 6 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società, ai sensi dell'art. 1913 C.C. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 C.C.

Art. 7 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Art. 8 - Revisione delle condizioni

Alla fine di ogni triennio assicurativo potrà essere fatto, di comune accordo fra le Parti contraenti CSAP/Generali Italia S.p.A., il riesame delle condizioni assicurative.

Art. 9 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 10 - Prescrizione

I diritti derivanti dalla presente polizza infortuni si prescrivono in due anni. (Art. 2952 C.C.).

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 11 - Persone Assicurate

L'assicurazione vale per i dipendenti delle Poste Italiane S.p.A. con rapporto di lavoro part-time, ed è estesa ai dipendenti delle Ditte consociate e appaltanti attività postali e di comunicazioni, che abbiano inoltrato domanda di adesione al Contraente, nei termini di cui al precedente art. 1. L'assicurato che sia già titolare di garanzia in base ad una precedente convenzione, continuerà a fruire delle prestazioni previste dalla suddetta convenzione fino al momento in cui inoltri domanda di adesione alla presente polizza. Tale domanda determina l'automatico annullamento della precedente delega. In deroga di quanto stabilito all'art. 17, resto inteso e convenuto che sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli assicurati e ciò indipendentemente dalle loro eventuali condizioni anormali di salute e da pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli assicurati stessi risultassero affetti. Comunque, in caso di sinistro, l'indennizzo sarà determinato applicando i criteri di indennizzabilità di cui all'art. 36.

Art. 12 - Rischio assicurato

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- a) delle attività professionali svolte nell'ambito della propria Società di appartenenza;
- b) di ogni altra attività extralavoro che non abbia carattere professionale.

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione, intossicazioni, inalazioni o assorbimenti di sostanze, nonché le infezioni o corrosioni per improvviso contatto con acidi;
- punture di insetti;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- l'azione del fulmine;
- per le lesioni determinate da sforzi muscolari – con esclusione delle lombalgie e sciatalgie, degli infarti, degli ictus, delle rotture tendinee sottocutanee e delle ernie di qualsiasi tipo –, per strappi e stiramenti muscolari con unico riferimento alla diagnosi espressa sulle certifi-

cazioni mediche, la Società riconosce la sola prima manifestazione per sede colpita verificatasi nel corso di validità della presente polizza, con l'indennizzo della sola inabilità temporanea per un massimo di giorni 30 indipendentemente dalla durata dell'infortunio;

- le ernie dovute a causa fortuita, violenta ed esterna nei seguenti limiti: indipendentemente dalla operabilità o meno dell'ernia, potrà essere corrisposto un indennizzo massimo pari a 30 gg. di inabilità temporanea;
- gli infortuni subiti in stato di malore o incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza gravi;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli stati di shock da trauma psichico, clinicamente accertati, subiti dall'Assicurato durante l'espletamento del servizio lavorativo a seguito di rapina verificatesi nell'espletamento del servizio. Per tali eventi la Società corrisponderà l'indennizzo per il caso di inabilità temporanea per un periodo massimo di 30 giorni. In questi casi non si dà luogo all'indennizzo dell'invaldità permanente;
- gli infortuni conseguenti ad attività svolte al di fuori del servizio, anche con uso di macchine (trattori, motozappe, motocoltivatori, ecc.), sempre che non siano attività lavorative per conto terzi; i familiari dell'Assicurato non sono considerati terzi;
- gli infortuni derivanti da pratiche sportive, alle condizioni e nei limiti di cui al successivo art. 30;
- gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace. Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 13 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto dallo art. 14;
- c) dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
- d) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- g) da guerre o insurrezioni;
- h) da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche, salvo quanto previsto dalla Condizione Particolare Aggiuntiva - "Calamità naturali";
- i) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- j) da contaminazioni biologiche o chimiche a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere. Per atto di terrorismo si intende un atto che prevede l'uso della forza o violenza e/o minaccia, che abbia motivi politici, religiosi, ideologici od etnici e che sia perpetrato da una persona o un gruppo di persone che agisca per conto proprio, oppure su incarico o collegamento con una o più organizzazioni, con uno o più governi e con l'intenzione di esercitare influenza su un governo e/o intimorire l'opinione pubblica o parte di essa;
- k) da eventi determinati da epilessia e HIV.

Sono inoltre esclusi gli infarti, gli ictus, le rotture tendinee sottocutanee e le ernie di qualsiasi tipo, salvo quanto previsto all'art. 12.

Art. 14 - Rischio volo

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da società/azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aereoclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre polizze stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi:

per persona:

€ 1.032.913,80	per il caso morte;
€ 1.032.913,80	per il caso di invalidità permanente;
€ 258,23	per il caso di inabilità temporanea;

per aeromobile:

€ 10.329.137,98	per il caso morte;
€ 10.329.137,98	per il caso di invalidità permanente;
€ 5.164,57	per il caso di inabilità temporanea.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti. Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso. La garanzia in cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

Art. 15 - Altre cause di sospensione dell'assicurazione

Per gli Assicurati in attività di servizio la garanzia assicurativa è sospesa durante i periodi di aspettativa dal servizio presso la Società di appartenenza, senza ritenuta a ruolo del premio. Parimenti la garanzia assicurativa è sospesa durante i periodi nei quali, per altri motivi inerenti il contratto di lavoro, il dipendente non percepisca lo stipendio dall'Azienda di appartenenza con la conseguente impossibilità a praticare la trattenuta del premio assicurativo o lo percepisca in maniera ridotta tale da superare la disponibilità della quota dello stipendio che per legge è cedibile a favore delle ritenute volontarie.

L'assicurazione riprende vigore non appena cessate le predette cause di sospensione.

Se per cause dipendenti da motivi operativi e/o tecnico-informatici dell'azienda di appartenenza non viene effettuata la trattenuta e sempreché risulti dai registri dell'Ente di appartenenza che il/i soggetto/i hanno ripreso il servizio, la garanzia sarà ugualmente operante, ovviamente con il recupero delle rate di premio non trattenute.

Art. 16 - Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni.

Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti all'Assicurato.

Art. 17 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute le persone che siano affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: disturbi schizofrenici, paranoidei, affettivi (quali la sindrome maniaco-depressiva), sindromi e disturbi mentali organici.

Pertanto, in conformità con quanto disposto dall'Art. 46 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, qualora risulti che l'Assicurato al momento della stipulazione della polizza era affetto da alcuna delle patologie su elencate taciute alla Società, il contratto è annullato ed i sinistri nel frattempo verificatisi non sono indennizzabili.

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni o malattie nel corso del contratto costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile; di conseguenza la Società può recedere dal contratto con effetto immediato, ed i sinistri, verificatisi successivamente all'insorgenza di taluna delle sopraindicate patologie, non sono indennizzabili.

Art.18 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo. L'inabilità temporanea, al di fuori dell'Europa o degli stati extraeuropei del Mediterraneo, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa o negli stati sopra menzionati.

Art. 19 - Cessazione del rapporto di lavoro

L'assicurazione cessa automaticamente con la risoluzione del rapporto di lavoro dell'Assicurato in attività di servizio con la propria Società di appartenenza e l'impossibilità di effettuare la trattativa a ruolo del premio mensile.

Art. 20 - Dipendenti con rapporto di lavoro part-time

La garanzia è operante per i dipendenti con rapporto di lavoro part-time per rischi professionali ed extra purchè sia stato effettuato, a mezzo trattenuta sullo stipendio, il pagamento della relativa rata di premio.

Se la trattenuta sullo stipendio non potrà essere garantita mensilmente dal tipo di contratto part-time dell'Assicurato, nei mesi in cui il dipendente postale presterà servizio e quindi percepirà la busta paga mensile relativa, sarà effettuata la trattenuta di una quota doppia che andrà a coprire i mesi dove non sarà erogata la busta paga stessa.

Nel caso in cui si dovesse cambiare la formula contrattuale con Poste-Italiane che non preveda più una continuità di busta paga mensile si dovranno ricontrattualizzare le modalità di pagamento del suddetto premio assicurativo.

A tal fine sarà onere dell'Assicurato il contattare il CSAP non appena avuta conoscenza dell'intervenuta modifica della formula contrattuale applicata da Poste-Italiane.

Se l'infortunio è extraprofessionale e si è verificato nel periodo in cui l'assicurato non presta servizio, si terrà conto, in sostituzione della dichiarazione di assenza dal servizio, della certificazione medica.

Art. 21 - Somme Assicurate

Ciascuna persona è assicurata per le seguenti somme:

Caso Morte: € 60.000,00

Caso Invalidità Permanente: fino € 60.000,00;

Caso di Inabilità Temporanea: € 10,00 giornaliera;

Rimborso spese a seguito di infortunio: € 4.000,00;

Caso Invalidità Permanente da Ictus o Infarto: (disciplinato dal seguente art. 34): € 12.500,00

GARANZIE

Art. 22 - Morte

Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza, ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, un indennizzo determinato in base allo stato di famiglia dell'Assicurato al momento del sinistro, facendo riferimento ad una delle situazioni familiari sotto descritte:

Situazione familiare dell'Assicurato	Indennizzo
Se l'Assicurato/a risulta non coniugato/a (o non convivente more uxorio) e senza figlio/i minori o permanentemente inabili al lavoro.	la somma assicurata per il caso morte
Se l'Assicurato/a risulta coniugato/a (o convivente more uxorio) e senza figlio/i minori o permanentemente inabili al lavoro.	1,5 volte la somma assicurata per il caso morte
Se l'Assicurato/a ha figlio/i minori o permanentemente inabili al lavoro.	2 volte la somma assicurata per il caso morte

Resta comunque convenuto che le ipotesi di indennizzo sopra descritte non sono in alcun modo cumulabili tra loro. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 23 - Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati in polizza l'indennizzo previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli articoli 58 e segg. del Codice Civile. Nel caso in cui, dopo il pagamento dell'indennizzo, risulti che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 24 - Invalidità permanente

- a) Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza, ha come conseguenza la invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde un indennizzo calcolato sulla somma assicurata in polizza tenendo conto delle maggiorazioni previste nella stessa.
- b) Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza, ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in polizza tenendo conto delle eventuali maggiorazioni e franchigie operanti nella stessa, in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertata facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni:

perdita totale, anatomica o funzionale di:

- un arto superiore 70%
- una mano o un avambraccio 60%
- un pollice 18%
- un indice 14%
- un medio 8%
- un anulare 8%
- un mignolo 12%
- la falange ungueale del pollice 9%
- una falange di altro dito della mano 1/3 del dito
- anchilosi dell'articolazione scapolo omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola 25%
- anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70°, con prono-supinazione libera 20%
- anchilosi del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera 10%
- paralisi completa del nervo radiale 35%
- paralisi completa del nervo ulnare 20%
- amputazione di un arto inferiore:
 - al di sopra della metà della coscia 70%
 - al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio 60%
 - al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba 50%
 - un piede 40%
 - ambidue i piedi 100%
 - un alluce 5%
 - un altro dito del piede 1%
 - la falange ungueale dell'alluce 2,5%
- anchilosi dell'anca in posizione favorevole 35%
- anchilosi del ginocchio in estensione 25%
- anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto-astraglica 15%
- paralisi completa dello SPE 15%
- un occhio 25%
- ambedue gli occhi 100%
- sordità completa di un orecchio 10%
- sordità completa di ambedue gli orecchi 40%
- perdita totale della voce 30%
- stenosi assoluta nasale monolaterale 4%
- stenosi nasale assoluta bilaterale 10%
- esiti di frattura scomposta di una costa 1%
- esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:
 - una vertebra cervicale 12%

- una vertebra dorsale 5%
- 120 dorsale 10%
- una vertebra lombare 10%
- esiti di frattura di un metamero sacrale 3%
- esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme 5%
- postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo 2%
- perdita anatomica di un rene 15%
- perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica 8%

Nel caso di perdita totale di un occhio che colpisca l'Assicurato già mancante dell'altro occhio, la Società liquida un indennizzo pari al 75% della somma assicurata per invalidità permanente totale. Nel caso di sordità completa di un orecchio che colpisca l'Assicurato già affetto da sordità completa dell'altro orecchio, la Società liquida un indennizzo pari al 30% della somma assicurata per invalidità permanente totale. Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%. Sono esclusi dalla garanzia i danni di natura esclusivamente estetica.

Art. 25 - Supervalutazione invalidità permanente grave

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, per il quale derivi all'Assicurato un'invalidità permanente accertata secondo i criteri stabiliti dall'art. 36 - Criteri di indennizzabilità e dall' art. 24 - Invalidità permanente, la Società liquiderà l'indennizzo come segue:

Invalidità permanente accertata	Invalidità permanente liquidata
Dal 60% al 99%	100%
100%	200%

Resta inoltre convenuto che il massimo esborso per Assicurato a carico della Società, a titolo di maggiorazione, non potrà superare l'importo di Euro 100.000,00.

Art. 26 - Inabilità temporanea

La Società corrisponde l'indennizzo per inabilità temporanea totale (€ 10,00) in base a valutazione medica riferita all'entità della lesione che ha costretto l'Assicurato ad assentarsi dal servizio in conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio, così come disposto dall'art. 36 - "Criteri di indennizzabilità".

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, gli assicurati che per esigenze di servizio non dovessero assentarsi dal lavoro, verrà riconosciuta la diaria per inabilità temporanea al 50% **purché certificata da struttura sanitaria pubblica.**

Nel caso in cui l'Assicurato, dopo il trentesimo giorno di inabilità temporanea, sia ricoverato in ospedale o casa di cura, l'indennizzo è dovuto in misura doppia, per tutto il periodo di durata del ricovero successivo al trentesimo giorno e fino al giorno della dimissione dall'ospedale o casa di cura, relativamente ad un solo ricovero. L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni. In caso di ritardo nella denuncia di infortunio, l'indennizzo per inabilità temporanea decorre dal giorno successivo a quello della denuncia e dalla stes-

sa data si applica la franchigia di cui al seguente art. 27. L'indennizzo è tuttavia dovuto anche per il periodo antecedente alla denuncia se vi è stato ricovero in ospedale o casa di cura e limitatamente ai giorni effettivi di ricovero. La dichiarazione di assenza dal servizio è comunque richiesta anche se il periodo di assenza sia per ferie.

Art. 27 - Franchigia relativa in caso di inabilità temporanea

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto applicando una franchigia relativa di 5 giorni. Pertanto, gli infortuni di durata superiore ai 5 giorni vengono indennizzati dal primo giorno di assenza dal servizio o dal giorno successivo a quello della ritardata denuncia, mentre non si dà luogo ad indennizzo per inabilità temporanea quando l'infortunio ha una durata inferiore a 6 giorni.

Art. 28 - Rimborso spese sanitarie a seguito di infortunio

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale annuo assicurato le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute:

- a) durante il ricovero in istituto di cura pubblico o privato (rette degenza, onorari medici, chirurgo, aiuto chirurgo, anestesista, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, medicinali);
- b) per intervento chirurgico anche ambulatoriale;
- c) per visite mediche specialistiche e acquisto di medicinali;
- d) per applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
- e) per analisi ed accertamenti:
 - diagnostici strumentali anche specialistici quali, ad esempio: TAC (tomografia assiale computerizzata), ecografia, doppler, scintigrafia, risonanza magnetica nucleare;
 - diagnostici di laboratorio: per esami clinici, immunologici, microscopici;
 - diagnostici radiologici: radioscopie, radiografie, stratigrafie, angiografie;
- f) per terapie fisiche anche specialistiche quali ad esempio: laserterapia, chiroterapia, chinesioterapia, trazioni vertebrali, ultrasuoni, marconiterapia, massoterapia, fino ad un massimo di € 500,00;
- g) per presidi ortopedici, limitatamente a: corsetti ortopedici per scoliosi ed artrosi, protesi e tutori di funzione arti superiori, inferiori e tronco, protesi oculari;
- h) per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva volti ad eliminare danni estetici conseguenti all'infortunio denunciato. Sono comprese cure odontoiatriche conseguenti ad infortunio fino ad un massimo di € 400,00;
- i) per cure termali effettuate nei 90 giorni successivi all'infortunio denunciato, fino ad un massimo di € 500,00;
- j) per trasporto dell'assicurato con qualsiasi mezzo dal luogo dell'infortunio all'istituto di cura o posto di pronto soccorso.

La garanzia di cui al presente articolo viene prestata con uno scoperto di € 150,00 a carico dell'Assicurato per ogni sinistro, intendendosi per tale l'intero ciclo di cura relativo allo stesso infortunio.

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione, in originale, dei documenti giustificativi, debitamente quietanzati (notule del medico, ricevute del farmacista, conti dell'ospedale o clinica, ecc.).

A richiesta dell'assicurato la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per otte-

nere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente garanzia dietro presentazione di copia della certificazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Una volta liquidato il danno per invalidità permanente non potranno più essere rimborsate spese sanitarie relative al sinistro liquidato.

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme generali e quelle che regolano l'assicurazione infortuni.

Art. 29 - Rischi sportivi

L'assicurazione vale per l'esercizio delle pratiche, sportive in genere, svolte sia a puro scopo ricreativo che con carattere agonistico, senza alcuna limitazione.

Tuttavia, tenuto conto della maggiore intensità di rischio che alcune pratiche sportive comportano, per dette pratiche sportive, qui di seguito specificamente elencate, l'assicurazione è ugualmente valida, ma gli indennizzi sono proporzionalmente ridotti secondo i valori espressi per ciascuna pratica sportiva, in relazione alla gravità del rischio o alle modalità e circostanze nelle quali si svolge l'attività sportiva:

- a) sono indennizzabili con il 40% dell'intero valore accertato gli infortuni verificatisi nell'esercizio dei seguenti sport, qualunque siano le modalità e circostanze nelle quali sono svolti:
atletica pesante - bob - football americano - lotta nelle sue varie forme - pugilato - rugby - salto dal trampolino con sci o idrosci - scalata di rocce o ghiacciai - sci acrobatico - sci alpinismo - sci estremo - speleologia;
- b) sono indennizzabili con il 40% dell'intero valore accertato gli infortuni verificatisi nell'esercizio dei seguenti sport, qualunque siano le modalità e circostanze nelle quali sono svolti; tuttavia, l'indennizzo spettante non è soggetto ad alcuna riduzione se l'infortunio si verifica nel corso della partecipazione a competizioni di regolarità pura:
automobilismo - motociclismo - motonautica;
- c) sono indennizzabili con il 66% dell'intero valore accertato gli infortuni verificatisi nell'esercizio dei seguenti sport, quando si tratti di corse o gare e relative prove e allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle competenti Federazioni Sportive; in caso contrario, l'indennizzo spettante non è soggetto ad alcuna riduzione:
baseball - calcio - canoa - ciclismo - immersioni con autorespiratore - pallacanestro - pallamano - pallavolo - pentathlon moderno - sci - sport equestri - sport del ghiaccio.

Qualora una delle attività sportive di cui alle lettere a) e b) venga svolta in occasione di manifestazioni, gare e relativi allenamenti promossi ed organizzati sia dalle Poste Italiane S.p.A., l'indennizzo non è soggetto ad alcuna riduzione. Nella tabella di seguito riprodotta sono riasunte le percentuali di indennizzo spettanti per gli infortuni verificatisi nel corso delle pratiche sportive raggruppate nelle fasce di rischio a), b) e c).

Fasce di rischio	% di indennizzo spettante
a - in ogni caso	40
b - in ogni caso, tranne regolarità pura	40
c - solo sotto l'egida delle Federazioni Sportive	66

Art. 30 - Salvaguardia piani di investimento

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, per il quale derivi all'Assicurato un'invalidità permanente totale, accertata secondo i criteri stabiliti dall'art. 24 - invalidità permanente e art.

36 - criteri di indennizzabilità, la Società, oltre a liquidare quanto dovuto a termini di polizza, corrisponde all'Assicurato, un'indennità al fine di agevolare la prosecuzione delle polizze di assicurazione sulla vita a premio annuo ricorrente o a premio unico ricorrente, stipulate dall'Assicurato anteriormente alla data dell'evento con la Società Generali Italia S.p.A. e che risultano al corrente con il pagamento dei premi. Le polizze a premi unici ricorrenti sono considerate al corrente se dall'ultimo premio pagato alla data dell'infortunio non sono trascorsi più di due anni.

L'indennità verrà utilizzata per stipulare con Generali Italia S.p.A. un contratto di capitalizzazione a favore dell'Assicurato, senza alcun onere a suo carico.

L'ammontare dell'indennità sarà pari all'ammontare dell'ultima rata di premio versata nelle polizze vita in vigore moltiplicato per il numero delle rate di premio residue.

Per le polizze a premi unici ricorrenti le rate residue dovranno essere calcolate con riferimento all'annualità di premio fissata alla data di effetto della polizza.

Pertanto, dopo gli accertamenti del caso, la società eroga l'importo sopra definito finalizzato alla stipulazione del nuovo contratto di assicurazione sulla vita, con il massimo comunque di € 20.000,00. Verificatosi l'evento, la presente assicurazione cessa nei confronti dell'Assicurato.

Art. 31 - Rendita vitalizia

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, per il quale derivi all'Assicurato un'invalidità permanente di grado pari o superiore al 60%, accertata secondo i criteri stabiliti nell'art. 24 - invalidità permanente e art. 36 - criteri di indennizzabilità, la Società, contestualmente alla corresponsione di quant'altro dovuto a termini di polizza e con effetto e decorrenza dalla predetta data, provvederà a costituire a favore dell'Assicurato stesso e senza alcun onere a suo carico, una rendita vitalizia immediata rivalutabile di importo annuo pari a € 4.000,00, mediante stipulazione di apposita polizza vita con la Società Generali Italia S.p.A.

Art. 32 - Indennità per stato di coma

In caso di sinistro, che determina uno stato di coma entro e non oltre 15 giorni dalla data dell'infortunio, la Società corrisponderà all'Assicurato, su richiesta corredata da certificazione medica, una indennità pari a € 10.000,00.

Art. 33 - Rientro Sanitario

La società rimborsa le spese sostenute dall'assicurato in caso di infortunio occorso all'estero e che renda necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza, la garanzia è prestata fino alla concorrenza di € 2.000,00.

Art. 34 - Invalidità permanente da ictus o infarto

Rischio assicurato

L'assicurazione vale esclusivamente per le persone non superiore ai 65 anni di età e per i casi di invalidità permanente generica conseguente ad Ictus o Infarto, come sopra definiti, manifestatisi successivamente alla data di effetto dell'assicurazione.

La Società garantisce all'Assicurato il pagamento di un capitale che vale a compensare, per il periodo di vita residua, la diminuzione o la perdita della capacità lavorativa conseguente ad Ictus o Infarto, in misura corrispondente al grado di invalidità permanente che ne è derivato secondo i criteri di cui alle seguenti sezioni "Criteri di indennizzabilità", "Criteri di liquidazione" e "Modalità di liquidazione".

Ai fini della copertura assicurativa vengono prese in considerazione soltanto le conseguenze dirette ed esclusive della invalidità permanente derivante dall'Ictus e Infarto suindicati, secondo quanto previsto dalla sezione "Criteri di indennizzabilità".

Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti conseguenti ad ictus o infarto derivanti da:

- **espressione o conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi anteriormente alla stipulazione del contratto;**
- **trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;**
- **intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, ovvero ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti, nonché le malattie correlate al consumo non terapeutico di stupefacenti, all'abuso di alcool e/o sostanze psicotrope.**

Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'invalidità permanente derivante dal singolo Ictus o Infarto denunciato. In caso di pluralità di denunce, effettuate contemporaneamente o in momenti successivi, la valutazione dell'invalidità permanente verrà effettuata sul singolo Ictus o Infarto, separatamente considerati.

Denuncia ed obblighi relativi

L'Assicurato allorquando in possesso di diagnosi clinica o strumentale e comunque dal momento in cui ne ha avuto conoscenza o possibilità ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile, è tenuto **entro e non oltre 15 giorni** a dare comunicazione per iscritto alla Società, dell'Ictus o l'Infarto.

Alla denuncia deve essere unita o far seguito la seguente documentazione:

- certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze dell'Ictus o Infarto;
- copia delle cartelle cliniche e di ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dell'Ictus o Infarto e/o dei postumi invalidanti.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli eventualmente disposti dalla Società e fornire ogni altra documentazione sanitaria eventualmente necessaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno avuto in cura. L'Assicurato deve, altresì, sottoporsi alle cure prescritte dai medici che possano modificare positivamente la prognosi dell'Ictus o Infarto.

Criteri di liquidazione

Nessun indennizzo spetta quando l'invalidità permanente accertata sia in grado inferiore al 60%. Quando l'invalidità accertata sia pari o superiore al 60%, la Società liquida l'intero capitale assicurato pari a € 12.500,00.

Il capitale indicato rappresenta l'importo massimo che la Società corrisponde complessivamente durante l'intera durata del contratto per ciascuna persona assicurata.

In caso di entrambe le patologie, denunciate contemporaneamente, oppure in momenti successivi, le quali comportino invalidità permanenti indennizzabili a termini di polizza, il cumulo dei singoli indennizzi non potrà essere maggiore del capitale assicurato. Essendo l'indennizzo o il cumulo degli indennizzi liquidati uguale al capitale assicurato, l'assicurazione di questa garanzia cessa automaticamente, mentre rimangono valide tutte le altre garanzie della polizza infortuni.

Modalità di liquidazione

Ricevuta la documentazione di cui alla sezione "Denuncia ed obblighi relativi", e compiuti gli accertamenti del caso, la Società non prima che siano trascorsi dodici mesi dalla data di denuncia - effettuata ai termini della presente garanzia - e comunque non oltre 18 mesi, pro-

cede all'accertamento della percentuale di invalidità permanente.

Tuttavia l'accertamento della percentuale di invalidità permanente, previa richiesta dell'Assicurato, potrà avvenire trascorsi almeno 6 mesi dalla denuncia a condizione che:

- venga prodotta diagnosi clinica di guarigione avvenuta;
- la menomazione conseguente alla malattia risulti del tutto stabilizzata.

La valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi residui di invalidità permanente a seguito dei trattamenti terapeutici che, a giudizio sia del medico dell'Assicurato che di quello della Società, possano modificare positivamente la prognosi dell'Ictus o Infarto, indipendentemente dal momento in cui lo stesso si sottoporrà a detti trattamenti.

Nel caso in cui l'Assicurato non intenda sottoporsi a detti trattamenti terapeutici la valutazione del danno viene comunque effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che gli sarebbero residuati se si fosse sottoposto ai trattamenti, senza riguardo, perciò, al maggior pregiudizio derivante dalla mancata attuazione dei citati trattamenti terapeutici.

Diritto all'indennizzo

Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e non è quindi trasmissibile agli eredi, tenuto conto della natura della garanzia prestata, secondo quanto previsto dalla sezione "Rischio assicurato". Tuttavia, se l'Assicurato muore 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. 35 - Riapertura del sinistro

La riapertura di un sinistro già liquidato per inabilità temporanea è possibile solo se non sia stata liquidata una invalidità permanente ed è limitata a 60 giorni dalla prima guarigione e solo al primo evento.

Art. 36 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive 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. 24 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 37 - Ammontare del premio e modalità di pagamento

Il premio annuo (comprensivo di accessori e di imposta) per ogni assicurato è di € 180,00 (centottanta/00). IL SUDETTO PREMIO GODE DI UNA RIDUZIONE AI SENSI DELLA LEGGE N. 99 DEL 23/07/2009. SE LA DURATA DEL CONTRATTO SUPERA I CINQUE ANNI, L'ASSICURATO TRASCORSO IL QUINQUENNIO HA FACOLTÀ DI RECEDERE DAL CONTRATTO CON PREAVVISO DI 60 GIORNI E CON EFFETTO DALLA FINE DELL'ANNUALITÀ NEL CORSO DELLA QUALE LA FACOLTA' DI RECESSO È STATA ESERCITATA.

La garanzia è operante per i dipendenti con rapporto di lavoro part-time per rischi professionali purchè sia stato effettuato, a mezzo trattenuta sullo stipendio, il pagamento della relativa rata di premio. Se la trattenuta sullo stipendio non potrà essere garantita mensilmente dal tipo di contratto part-time dell'Assicurato, nei mesi in cui il dipendente postale presterà servizio e quindi percepirà la busta paga mensile relativa, sarà effettuata la trattenuta di una quota doppia che andrà a coprire i mesi dove non sarà erogata la busta paga stessa.

Nel caso in cui si dovesse cambiare la formula contrattuale con Poste Italiane che non

preveda più una continuità di busta paga mensile si dovranno ricontrattualizzare le modalità di pagamento del suddetto premio assicurativo. A tal fine sarà onere dell'Assicurato il contattare il CSAP non appena avuta conoscenza dell'intervenuta modifica della formula contrattuale applicata da Poste Italiane.

Art. 38 - Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Qualora nel corso della validità del contratto si registrasse un aumento dell'indice ISTAT del costo della vita pari o superiore al 10% rispetto all'indice ISTAT dell'01/10/2008, il premio e le somme assicurate saranno automaticamente adeguate con un aumento del 10%.

A successivi adeguamenti si procederà ogni qual volta l'indice ISTAT aumenti in misura non inferiore ad un multiplo del 10% rispetto all'indice dell'01/10/2008. L'applicazione degli aumenti verrà effettuata dal terzo mese successivo a quello in cui viene raggiunto lo scaglione del 10% o del multiplo di esso. Per indice del costo della vita si intende il numero medio nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie, di operai ed impiegati risultante dal Bollettino mensile ISTAT pubblicato dall'Istituto Centrale di Statistica e riportato sulla Gazzetta Ufficiale, tenendo conto dell'eventuale mutamento della base di calcolo.

Art. 39 - Evento con pluralità di infortuni

Nel caso di evento che colpisca più persone assicurate, l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo massimo di € 6.000.000,00.

Art. 40 - Calamità naturali

Con riferimento all'art. 1912 del Codice Civile, si pattuisce l'estensione dell'assicurazione agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche ma con il conseguente limite:

- in caso di evento che colpisca più persone assicurate con la stessa Società l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare il 10% dei premi del Ramo Infortuni raccolti nell'anno precedente l'evento, rilevabile nel relativo bilancio di esercizio;
- qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

SINISTRI - DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art. 41 - Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi (vedi anche art. 6)

La denuncia dell'infortunio indicherà luogo, giorno, ora e causa dell'evento e sarà corredata da certificato medico; deve essere inoltrata a mezzo lettera raccomandata all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, o alla sede centrale del CSAP in Roma Largo Salinari, 18 - 00142, entro dieci giorni dall'infortunio o dal momento in cui lo stesso CSAP, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Il decorso delle lesioni dovrà essere documentato da ulteriori certificati medici di proroga alla scadenza di ogni prognosi e, comunque non oltre trenta giorni l'uno dall'altro.

Per gli infortuni extralavoro è necessario che l'assicurato invii una dichiarazione di assenza dal servizio rilasciata dalla Società di appartenenza indicante il periodo di assenza per malattia. Trascorso tale periodo, si provvederà alla liquidazione della diaria per inabilità temporanea nei termini risultanti dalla documentazione medica, purché nel detto periodo l'Assicurato sia rimasto assente dal servizio. Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione. L'Assicurato, o in caso di morte il beneficiario, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 42 - Arbitrato

Le divergenze sulla natura, causa ed entità delle lesioni, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 36, sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede, a scelta dell'assicurato, nel Comune sede di Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dello stesso, o presso la sede legale della Compagnia. Ciascuna delle due Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esse designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Art. 43 - Liquidazione dell'indennizzo

Compiuti gli accertamenti del caso ed accertata l'indennizzabilità dell'infortunio, la Società corrisponde l'indennizzo che risulti dovuto.

Art. 44 - Diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 45 - Recesso in caso di sinistro

A seguito della denuncia, effettuata a termini di polizza, nell'ambito della intera durata del contratto, di qualunque sinistro successivo al secondo, è facoltà di entrambe le Parti recedere dal contratto. Tale facoltà può essere esercitata fino al 60° giorno successivo al pagamento dell'indennizzo od alla contestazione formale del sinistro.

Il contratto cesserà di avere effetto 30 giorni dopo la data di spedizione della raccomandata con cui si comunica il recesso.

In ogni caso, qualora venga esercitata la facoltà di recesso, il Contraente avrà diritto al rimborso del premio netto per la parte relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 46 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato 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 (articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

Generali Italia S.p.A.

IL CONTRAENTE

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 C.C. dichiaro di approvare espressamente gli articoli:

Art. 36 - Criteri di indennizzabilità;

Art. 38 - Adeguamento del premio e delle somme assicurate;

Art. 39 - Evento con pluralità di infortuni;

Art. 40 - Calamità naturali;

Art. 42 - Modalità di valutazione del danno.

Per la garanzia "Invalidità permanente da Ictus o Infarto"

Art. 34 - comma 7 - Diritto all'indennizzo

IL CONTRAENTE

INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - DLgs 30/6/2003 n.196**Polizza Convenzione Infortuni n. 364/00045879**INFORMATIVA-TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D. LGS. 196/2003

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che il Comitato Sindacale Assicurazione Postelegrafonici - CSAP, l'Agenzia Generale Speciale di Roma T/6 Laurentina - Generali S.p.A. e la Società GENERALI ITALIA S.p.A., in qualità di autonomi titolari di trattamento, intendono acquisire o già detengono dati personali che La riguardano, eventualmente anche sensibili o giudiziari ⁽¹⁾, al fine di fornire i servizi ⁽²⁾ da Lei richiesti o in Suo favore previsti.

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti ⁽³⁾, sono solo quelli strettamente necessari per fornirLe i servizi sopracitati e sono trattati solo con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - necessarie a questi scopi, anche quando comunichiamo a tal fine alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero; per taluni servizi, inoltre, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto, in Italia o all'estero, compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa ⁽⁴⁾.

I Suoi dati possono inoltre essere conosciuti dai nostri collaboratori specificatamente autorizzati a trattare tali dati, in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Senza i Suoi dati - alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge ⁽⁵⁾ non potremo fornirLe i nostri servizi, in tutto o in parte.

A seguito di manifestazione espressa da parte Sua i dati personali potranno essere acquisiti e trattati dai soggetti di cui sopra, nel rispetto della vigente normativa, per finalità di promozione commerciale, per farle conoscere nuovi servizi e prodotti assicurativi dello CSAP e/o delle società sopra indicate, per analisi di mercato volte a rilevare-migliorare il grado di soddisfazione del a Lei reso.

Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi, la loro origine e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento ⁽⁶⁾.

Lei potrà esercitare tali diritti e richiedere ogni informazione in merito ai soggetti ed alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o di incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati, rivolgendosi:

- a Comitato Sindacale Assicurazione Postelegrafonici - CSAP, in persona del Presidente pro tempore, presso la sede del CSAP in Largo Carlo Salinari, 18 - 00142 Roma Tel. 06.515741 Fax 06.5132653.
- all'Agenzia Generale Speciale di Roma T/6 Laurentina - Generali S.p.A. in persona dei legali rappresentanti pro-tempore, presso la sede di Largo Carlo Salinari, 18 - 00142 Roma, Tel. 06.515741 - Fax 06.5133811.
- Generali Italia S.p.A. - Generali Corporate Services S.c.a.r.l. - Privacy Gruppo Italia - Via Leonida Bissolati, 23 - 00187 Roma, tel. 06.47224865 - fax 041.2593999.

Sulla base di quanto sopra, apponendo le Sue firme in calce alla scheda di consenso al trattamento dei dati personali che Le trasmettiamo in allegato, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati - eventualmente anche sensibili - effettuato dal Comitato Sindacale Assicurazione Postelegrafonici - CSAP, dall'Agenzia Generale Speciale T/6 Laurentina, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

NOTA BENE

Al fine della validità della Polizza è necessario sottoscrivere il consenso alla gestione dei dati sottoposti alla Privacy da parte di tutti gli aderenti alla Polizza. (titolare e componenti nucleo familiare se maggiorenne).

NOTE:

- (1) L'art.4, co.1, lett. d) del D. Lgs. 196/2003 definisce sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose; lo stesso art.4, co.1, lett. e) definisce giudiziari i dati inerenti il casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato o dei carichi pendenti e la qualità di imputato o di indagato.
- (2) Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione, raccolta dei premi, liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche (come individuati dalla Raccomandazione del Consiglio d'Europa REC(2002)9).
- (3) Ad esempio contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato o beneficiario o che La qualificano come danneggiato (v. polizze di responsabilità civile); banche dati che vengono consultate in fase preassuntiva, assuntiva o liquidativa.
- (4) I soggetti possono svolgere la funzione di Responsabili del nostro trattamento, oppure operare in totale autonomia come distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate o finalità ad esse correlate. Si tratta, in particolare, di soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa": agenti, subagenti, produttori d'agenzia, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie e altri erogatori convenzionati di servizi; società del gruppo e altre società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) e consortili (v. CID) propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, nonché altri organismi istituzionali, nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria, tra cui l'IVASS (già ISVAP), Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UIF, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (v. Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile e dei Trasporti in Concessione), Autorità Giudiziaria, Forze dell'Ordine.
- (5) Lo prevede ad esempio la disciplina contro il riciclaggio, o la normativa in tema di constatazione amichevole di sinistro.
- (6) Questi diritti sono previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003. L'integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

**MODALITÀ PER L'APERTURA E LA CHIUSURA DI UNA PRATICA
Nel caso di infortunio occorso al dipendente assicurato**

In caso di infortunio, quale è la prima cosa da fare?

L'INFORTUNIO - occorso sia sul lavoro che fuori del lavoro **DEVE ESSERE DENUNCIATO AL CSAP**

Largo Salinari 18, 00142 Roma

ENTRO 10 GIORNI dalla data dell'evento a MEZZO DI RACCOMANDATA POSTALE.

Per la denuncia è possibile utilizzare lo schema di cui al fac-simile allegato (ultima pagina) o carta semplice in cui devono essere indicati, oltre ai propri dati anagrafici, la data, il luogo e le cause e circostanze dell'infortunio. Se trattasi di incidente stradale, inviare copia della denuncia presentata in ambito RC auto. Solo in casi di comprovata gravità dell'infortunio è prevista una ragionevole estensione al termine stabilito di dieci giorni.

Quali documenti occorre presentare?

Unitamente alla denuncia deve essere inviato il certificato medico di inizio infortunio redatto dal primo sanitario (di norma è il certificato di pronto soccorso) che ha visitato l'infortunato leso, contenente la prognosi e la diagnosi (natura delle lesioni riportate).

Successivamente, occorre inviare:

- i certificati medici di proroga **con diagnosi** qualora la durata di infortunio si protragga oltre il periodo risultante dal primo certificato medico. Se l'infortunio è sul lavoro, deve essere rimessa la documentazione rilasciata dall'INAIL. I certificati di proroga devono essere inviati alla scadenza di ogni prognosi o, comunque, non oltre trenta giorni l'uno dall'altro. Qualora l'Assicurato non sia in possesso di tali certificati alla data di proroga, lo stesso è - comunque - obbligato ad informare il CSAP ogni trenta giorni dell'andamento dell'infortunio a mezzo di comunicazioni scritte, riservandosi di inviare i certificati di proroga appena ne sia in possesso;
- referti di esami strumentali (RX-RM-TAC etc.) se effettuati.
- copia della patente di guida se trattasi di incidente stradale.

	<p><i>Alla fine dell'infortunio</i></p>	<p>Alla fine dell'infortunio, devono essere inviati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se trattasi di infortunio sul lavoro, certificato di guarigione dell'INAIL; - se trattasi di infortunio extra-lavoro, un certificato di guarigione rilasciato dal medico curante e una dichiarazione attestante il periodo di assenza dal lavoro rilasciata dall'ufficio di appartenenza. - La dichiarazione di assenza dal servizio è richiesta anche se il periodo di assenza è per ferie.
<p><i>Quali documenti occorre presentare?</i></p>		
	<p><i>In caso di riapertura di un infortunio</i></p>	<p>Occorre inviare gli stessi documenti indicati alle due voci precedenti, a seconda se trattasi di un infortunio sul lavoro o fuori del lavoro. In ogni caso si precisa che la riapertura di un infortunio è possibile solo se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • non siano trascorsi 60 (sessanta) giorni dalla data di guarigione dell'infortunio per il quale viene richiesta la riapertura; • non sia stato liquidato l'indennizzo per l'invalidità permanente determinata dall'infortunio per il quale viene richiesta la riapertura; • non siano stati accertati, a seguito di visita medica, postumi di invalidità permanente già stabilizzati e quindi definitivamente quantificabili, avendo l'infortunato raggiunto la guarigione clinica.

	<p><i>Nel caso l'infortunio abbia determinato una invalidità permanente</i></p>	<p>Occorre inviare la richiesta di indennizzo unitamente ad un certificato medico attestante la percentuale di invalidità permanente residua. Tale richiesta deve essere fatta dall'Assicurato per iscritto con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno appena i postumi invalidanti si manifestano, tenendo ben presente quanto previsto dall'art. 2952 c.c. ("Prescrizione") che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione e quindi dalla presente polizza si estinguono in 2 (due) anni.</p> <p>È possibile interrompere i termini prescrizionali inviando una lettera raccomandata, con ricevuta di ritorno, alla Società assicuratrice, tramite il CSAP, con la quale l'Assicurato esprime in modo inequivocabile la Sua volontà di far valere il proprio diritto.</p> <p>Si precisa che anche se l'invalidità permanente è conseguenza di un infortunio sul lavoro, questi termini prescrizionali rimangono inalterati, a prescindere dai procedimenti o ricorsi iniziati dall'Assicurato nei confronti dell'INAIL tendenti al riconoscimento di una rendita.</p>
<p><i>A quali altri adempimenti occorre provvedere?</i></p>	<p><i>Nel caso l'infortunio abbia determinato la morte</i></p>	<p>Nel caso l'infortunio abbia determinato la morte, i beneficiari designati o, in difetto di designazione, gli eredi dell'Assicurato devono far pervenire al CSAP il certificato di morte, con l'indicazione delle cause del decesso. Successivamente alla denuncia, il CSAP invia ai beneficiari (o agli eredi) la richiesta di ulteriori documenti necessari per la liquidazione dell'indennizzo da parte della società Generali Italia S.p.A.</p>
	<p><i>In caso siano state sostenute spese sanitarie in conseguenza dell'infortunio.</i></p>	<p>Unitamente alla domanda di rimborso occorre inviare gli originali dei documenti giustificativi di spesa (notule del medico, ricevute del farmacista, conti dell'ospedale o clinica, ecc.). Le spese sostenute per terapie fisiche, acquisto medicinali, presidi ortopedici, cure termali, devono essere corredate di relativa prescrizione medica. In particolare le terapie fisiche devono essere prescritte (<u>non consigliate</u>) dal medico in modo dettagliato per numero e tipo. Il CSAP provvederà alla restituzione dei predetti originali con l'annotazione, riportata dalla compagnia di assicurazione, della data di liquidazione.</p> <p>Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, sarà effettuato il pagamento di quanto dovuto a termini della garanzia prestata dietro presentazione di copia della certificazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico di predetti terzi.</p>

Spettabile
C.S.A.P.
Largo Carlo Salinari, 18
00142 Roma

Oggetto: DENUNCIA DI INFORTUNIO

NOMINATIVO

Data di nascita

Luogo di nascita

Domicilio (Via, C.A.P. Comune, Provincia)

Telefono - E-mail

L'INFORTUNIO È OCCORSO SUL LAVORO O FUORI LAVORO?

(barrare la casella che interessa)

sul lavoro

fuori lavoro

PROGNOSI

DIAGNOSI

(natura delle lesioni riportate)

INVIARE A MEZZO DI RACCOMANDATA POSTALE

È STATO RICOVERATO A SEGUITO DELL'INFORTUNIO?

(barrare la casella che interessa)

SI

NO

ESPORRE ESATTAMENTE CAUSE E CIRCOSTANZE DELL'INFORTUNIO

DATA

ORA

LOCALITÀ

ALLEGATA ALLA PRESENTE DENUNCIA, SI INVIA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

Certificato medico di inizio infortunio redatto dal primo sanitario che ha visitato l'infortunato
contenente diagnosi e prognosi

(barrare la casella che interessa)

Altro (indicare il tipo)

SI

NO

Data _____

Firma dell'Assicurato _____

POLIZZA CONVENZIONE
INFORTUNI LIGHT

PART-TIME



Largo Carlo Salinari, 18 • 00142 Roma
Tel. 06 51574.1 • Fax 06 5137842
info@csap.it • www.csap.it
