

POLIZZA CONVENZIONE



INFORTUNI PENSIONATI



www.csap.it



**POLIZZA CONVENZIONE
INFORTUNI PENSIONATI**
CSAP - Generali Italia S.p.A.
N. IU7/380935868

PRINCIPALI GARANZIE

€	28,00	Diaria Gesso
€	100.000,00	Massimale Invalidità Permanente (no franchigia)
€	100.000,00	Caso Morte
€	7.500,00	Massimale Rimborso spese sanitarie sostenute a seguito di Infortunio
€	7.500,00	Rendita vitalizia per invalidità permanente a seguito di Infortunio = 100%
€	20.000,00	Indennità per stato di coma a seguito di Infortunio
€	15.000,00	adeguamento abitazione a seguito grave infortunio
€	21,00	Premio Mensile (solo SDD - ex RID)
€	63,00	Premio Trimestrale (SDD, Bonifico ricorrente, Bollettino c.c. postale)
€	126,00	Premio Semestrale (SDD, Bonifico ricorrente, Bollettino c.c. postale)
€	252,00	Premio Annuale (SDD, Bonifico ricorrente, Bollettino c.c. postale)



POLIZZA CONVENZIONE INFORTUNI PENSIONATI

**CSAP - Generali Italia S.p.A.
N. IU7/380935868**

SOMMARIO

• DIP - Documento informativo precontrattuale	pag.	2
dei contratti di assicurazione danni		
• DIP - Documento informativo precontrattuale aggiuntivo	pag.	4
per i prodotti assicurativi danni (DIP Aggiuntivo Danni)		
• Condizioni di Assicurazione	pag.	7
- Definizioni	pag.	7
- Norme che regolano l'assicurazione in generale	pag.	8
- Prestazioni	pag.	8
- Oggetto dell'assicurazione	pag.	10
• Informativa trattamento dati personali	pag.	18
• Modalità di denuncia	pag.	20



Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni (DIP Danni)

Generali Italia S.p.A. Cumulativa Infortuni

Generali Italia S.p.A. - C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso n. 00409920584 - Partita IVA 00885351007 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v. - Pec: generalitalia@pec.generaligroup.com. Società iscritta in Italia all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi. *Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.*

Che tipo di assicurazione è?

Il contratto è destinato all'assicurazione degli infortuni a favore degli ex dipendenti in quiescenza appartenenti a datori di Lavoro convenzionati con CSAP.

 <p>Cosa è assicurato? La copertura vale per gli infortuni subiti:</p> <ul style="list-style-type: none">• nell'esercizio dell'attività professionale;• durante ogni altra normale attività di natura extraprofessionale. <p>Negli ambiti sopra descritti sono comprese le seguenti principali garanzie:</p> <ul style="list-style-type: none">• Diaria Gesso• Invalidità permanente• Morte• Rimborso Spese di cura a seguito di infortunio• Rendita Vitalizia in caso di invalidità permanente grave <ul style="list-style-type: none">• Indennità Coma <ul style="list-style-type: none">• adeguamento abitazione a seguito grave infortunio	 <p>Che cosa non è assicurato?</p> <p>Le principali esclusioni sono relative a:</p> <ul style="list-style-type: none">• infortuni causati da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti;• gli infortuni causati dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle vigenti disposizioni;• gli infortuni causati dall'uso di aeromobili in genere, di apparecchi per il Volo da Diporto o Sportivo, nonché di mezzi subacquei;• gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore,• gli infortuni avvenuti in occasione di guerra ed insurrezione;• gli infortuni derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;• gli infortuni causati da operazioni chirurgiche o da trattamenti non resi necessari da infortunio;• le ernie, gli infarti e le rotture sottocutanee di tendini;• le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;• le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico o guerra. <p><i>Le esclusioni sono contenute nelle condizioni di assicurazione.</i></p>
	 <p>Ci sono limiti di copertura?</p> <p>Il contratto prevede limiti di indennizzo, franchigie (intendendosi per franchigia, a seconda della garanzia, l'importo in cifra fissa stabilito nel contratto che viene dedotto dall'indennizzo in caso di sinistro, oppure il numero di giorni di inabilità o ricovero stabilito nel contratto trascorso il quale matura il diritto all'indennizzo, oppure il grado di invalidità permanente stabilito nel contratto superato il quale matura il diritto all'indennizzo) e scoperti (intendendosi per scoperto la percentuale di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato), che variano a seconda della prestazione attivata.</p> <p><i>Le franchigie, gli scoperti e le cause di sospensione sono contenute nelle condizioni di assicurazione.</i></p>



Dove vale la copertura?

L'assicurazione vale in tutto il Mondo.



Che obblighi ho?

In sede di stipulazione del contratto l'Assicurato ha l'obbligo di rilasciare dichiarazioni veritiere ed esauritive sulle circostanze del rischio (1892 e 1893 Codice Civile). Inoltre in corso di contratto deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio (1897 e 1898 Codice Civile).

In caso di sinistro, è necessario che sia presentata la relativa denuncia alla Società entro 10 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza o possibilità.

L'inottemperanza anche ad uno solo degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo assicurativo.



Quando e come devo pagare?

Il premio, comprensivo di imposte, è corrisposto a mezzo di SDD Bancario, Bonifico ricorrente, bollettino di conto corrente postale in rate mensili (solo SDD Bancario) trimestrali, semestrali, annuale.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura ha effetto dalle ore 24:00 del giorno in cui è avvenuto il pagamento della prima rata di premio, le successive rate devono essere corrisposte in forma anticipata

La copertura è di durata annuale l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'articolo 1901 del Codice Civile. .

In generale, la copertura opera per i sinistri verificatisi in corso di efficacia del contratto e fino alla scadenza dello stesso.



Come posso disdire la polizza?

La disdetta della polizza da parte dell'Assicurato deve avvenire a mezzo di comunicazione scritta inviata con raccomandata R/R all'Agenzia Generale Speciale IU7 Roma Salinari o alla contraente CSAP o alla Società Generali Italia.

Inoltre, l'Assicurato può disdire la polizza dal terzo sinistro, fino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto dell'indennizzo.

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Generali Italia S.p.A. - C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso n. 00409920584 - Partita IVA 00885351007 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v. – Pec: generalitalia@pec.generaligroup.com. Società iscritta in Italia all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi. Il patrimonio netto ammonta a euro 10.911.136.059,00 di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a euro 1.618.628.450,00 e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammonta a euro 8.697.146.384,00. L'indice di solvibilità della Società è 257% (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri di base e l'ammontare del requisito patrimoniale di solvibilità richiesti dalla normativa Solvency 2 in vigore dal 1 gennaio 2016). Si rinvia al sito www.generali.it per approfondimenti.

Al contratto si applica la legge italiana.

INFORTUNI



Che cosa è assicurato?

L'assicurazione viene prestata nei confronti di ex dipendenti in quiescenza appartenenti a datori di lavoro convenzionati con CSAP.

Le garanzie offerte, valide in caso di infortunio accaduto sia durante lo svolgimento dell'attività professionale che extraprofessionale, sono: Invalidità permanente, Morte, Diaria Gesso, Rimborso spese di cura, indennità coma, adeguamento abitazione e Rendita vitalizia in caso di invalidità permanente grave.

PRINCIPALI OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non sono previste opzioni con riduzione del premio.

PRINCIPALI OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non sono previste opzioni con pagamento di premio aggiuntivo.



Che cosa NON è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia, infezione da HIV o dalle seguenti infermità mentali: disturbi schizofrenici, paranoidi, affettivi (quali la sindrome maniaco-depressiva), sindromi e disturbi mentali organici ivi compresa l'epilessia, nonché le persone di età superiore a 75 anni.

Per le garanzie Invalidità permanente, Morte, Diaria Gesso, Rimborso spese di cura, Indennità coma, adeguamento abitazione e Rendita vitalizia in caso di invalidità permanente grave, i relativi limiti sono indicati in polizza.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO?

Denuncia di sinistro: non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni

Assistenza diretta / in convenzione: in generale non sono previste forme di assistenza diretta / in convenzione per la gestione dei sinistri.

Gestione da parte di altre imprese: non sono previste forme di gestione da parte di altre imprese.

Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine di due anni decorre dal giorno in cui l'infortunato ha richiesto il risarcimento al Contraente o ha promosso contro questo l'azione giudiziaria per richiedere il risarcimento.

DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENZE

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

OBBLIGHI DELL'IMPRESA

Ricevuta la documentazione attinente al sinistro e compiute le verifiche del caso Generali Italia liquida l'importo che risulta dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, ricevuta conferma dell'accettazione, procede al pagamento entro 30 giorni.



Quando e come devo pagare?

PREMIO

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

RIMBORSO

In generale il Contraente ha diritto al rimborso del rateo di premio pagato e non dovuto, al netto delle imposte, nel caso di recesso per sinistro effettuato in base alle condizioni di assicurazione ed entro 60 giorni dal pagamento dell'indennizzo o dal rifiuto di pagamento dell'indennizzo.

Il Contraente ha diritto alla compensazione del rateo di premio pagato e non dovuto nel caso di uscita, adeguatamente documentata, di uno o più degli Assicurati e di contestuale ingresso di altri Assicurati.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

DURATA

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

SOSPENSIONE

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni



Come posso disdire la polizza?

RIPENSAMENTO DOPO LA STIPULAZIONE

Non è previsto il diritto del Contraente di recedere dal contatto entro un determinato termine dalla stipulazione.

RISOLUZIONE

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

L'assicurazione viene prestata nei confronti degli ex dipendenti in quiescenza di Società e Aziende convenzionate con CSAP (Comitato Sindacale Assicurazione Postelegrafonici).



Quali costi devo sostenere?

Gli intermediari della Rete Generali Italia per la vendita di questa assicurazione percepiscono in media il 21,20% del premio imponibile pagato dal Contraente per remunerazioni lorde di tipo provvigionale.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE

ALL'IMPRESA ASSICURATRICE

Eventuali reclami sul rapporto contrattuale o sulla gestione dei sinistri devono essere inviati per iscritto a:
Generali Italia S.p.A. – Tutela Cliente - Via Leonida Bissolati, 23 - Roma - CAP 00187 - fax 06 84833004
e-mail: reclami.it@generali.com.

La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Tutela Cliente.

All'IVASS

Se chi fa reclamo non si ritiene soddisfatto dall'esito o non riceve riscontro entro 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni) - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, allegando all'esposto la documentazione relativa al reclamo trattato da Generali Italia. In questi casi e per i reclami che riguardano l'osservanza della normativa di settore che devono essere presentati direttamente all'IVASS, nel reclamo deve essere indicato:

- nome, cognome e domicilio di chi fa reclamo, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di reclamo;
- copia del reclamo presentato a Generali Italia e dell'eventuale riscontro ricevuto;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Il modulo per presentare il reclamo a IVASS può essere scaricato dal sito www.ivass.it.

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/finnet/index_en.htm).

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA È POSSIBILE AVVALERSI DI SISTEMI ALTERNATIVI DI RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE QUALI:

MEDIAZIONE

La legge prevede la mediazione obbligatoria, che costituisce condizione di procedibilità, con facoltà di ricorrere preventivamente alla negoziazione assistita. Le istanze di mediazione nei confronti di Generali Italia devono essere inoltrate per iscritto a:

Generali Italia S.p.A., Ufficio Atti Giudiziari (Area Liquidazione) - Via Silvio d'Amico, 40 – 00145 Roma - Fax 06.44.494.313 - e-mail: generali_mediazione@pec.generaligroup.com.

Gli organismi di mediazione sono consultabili nel sito www.giustizia.it tenuto dal Ministero della Giustizia.

NEGOZIAZIONE ASSISTITA

In ogni caso è possibile rivolgersi in alternativa all'Autorità Giudiziaria. A tal proposito la legge prevede la mediazione obbligatoria, che costituisce condizione di procedibilità, con facoltà di ricorrere preventivamente alla negoziazione assistita.

ALTRI SISTEMI ALTERNATIVI DI RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE

In caso di controversia tra le Parti relativa a questioni mediche 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. L'istanza di attivazione dell'arbitrato dovrà essere indirizzata a:

Generali Italia S.p.A.

Via Marocchesa 14 – 31021 – Mogliano Veneto (TV) -

e-mail: generalitalia@pec.generaligroup.com

AVVERTENZE: PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizza Convenzione INFORTUNI PENSIONATO CSAP – Generali Italia S.p.A.
n. IU7/380935868

DEFINIZIONI

Alle seguenti denominazioni le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurato:	il soggetto il cui interesse, per effetto dell'adesione alla Polizza Convenzione, è protetto dall'assicurazione.
Assicurazione:	il contratto di assicurazione.
Beneficiario:	il soggetto od i soggetti cui, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita.
Contraente:	il soggetto che stipula l'assicurazione.
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Polizza Convenzione	il documento che prova l'assicurazione
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio:	possibilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sforzo muscolare:	prestazione muscolare di straordinaria esplicazione di forza per intensità o per rapida iterazione, costituente un atto di forza anomalo (non abituale) per imprevisto fatto esterno e sproporzionato rispetto alle condizioni fisiche di chi lo compie.
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società:	l'impresa assicuratrice.
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.
Invalidità:	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.

Generali Italia S.p.A. e il CSAP - COMITATO SINDACALE ASSICURAZIONE POSTELEGRAFONICI (di seguito per brevità indicato come CSAP) stipulano la presente Polizza Infortuni (cumulativa per adesione).

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Persone assicurate

L'assicurazione vale per i pensionati delle Poste Italiane S.p.A. e delle Ditte consociate e appaltanti attività postali e di comunicazione, che abbiano inoltrato domanda di adesione al Contraente alle condizioni di cui alla presente Polizza Cumulativa - Convenzione CSAP/Generali Italia S.p.A., nonché delle norme che regolano l'assicurazione in generale.

Art. 2 - Pagamento del premio da parte del Contraente

Il Contraente è tenuto a pagare il premio all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla Società entro il novantesimo giorno dalla data di decorrenza della garanzia.

Art. 3 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 4 - 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. 5 - Prescrizione

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

Art. 6 - Durata e proroga dell'assicurazione

Il contratto assicurativo ha la durata di anni 1 (uno) e, in mancanza di disdetta data da una delle Parti, mediante lettera raccomandata spedita almeno 3 mesi prima della scadenza, è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 7 - Oneri fiscali

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

Art. 8 - Rinvio alle norme di legge

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

PRESTAZIONI

Art. 1 - Somme assicurate

Ogni persona assicurata è garantita per le seguenti somme:

- caso morte per infortunio € 100.000,00
- caso invalidità permanente € 100.000,00
- rimborso spese sanitarie a seguito di infortunio € 7.500,00
- diaria gesso € 28,00
- indennità coma € 20.000,00
- adeguamento abitazione a seguito grave infortunio € 15.000,00
- rendita vitalizia (IP 100%) € 7.500,00

Art. 2 - Premio Modalità di pagamento e Decorrenza dell'assicurazione

Il premio annuo è stabilito in € 252,00 (duecentocinquantadue/00) per ciascun assicurato e il pagamento può essere frazionato come segue:

- semestrale € 126,00 (centoventisei/00) (SDD, Bonifico ricorrente, Bollettino c.c. postale)
- trimestrale € 63,00 (sessantatre/00) (SDD, Bonifico ricorrente, Bollettino c.c. postale)
- mensile € 21,00 (ventuno/00) (solo SDD)

Il premio dovrà essere corrisposto al CSAP nelle seguenti forme:

- tramite SDD bancario/postale, Bonifico ricorrente bancario/postale, Bollettino conto corrente postale;

La garanzia assicurativa ha effetto dal primo giorno del mese successivo a quello in cui è stato corrisposto il premio.

Qualora non vengano pagati i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'articolo 1901 del Codice Civile.

Art. 3 - Termini per la denuncia

A parziale deroga delle Norme che regolano l'assicurazione in generale – art. 4 – obblighi dell'assicurato in caso di sinistro è concessa agli assicurati o agli aventi diritto di denunciare l'infortunio a mezzo lettera raccomandata al C.S.A.P. entro 10 giorni dalla data dell'evento stesso.

Art. 4 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 5 - Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiori 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. 6 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone che siano o siano state affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici, altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali.

Il manifestarsi nell'assicurato di una di tali affezioni o malattie nel corso del contratto costituisce per la Società aggravamento del rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Cod. Civ.; 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. 7 – Modalità di valutazione del danno

Le divergenze sulla natura, causa ed entità delle lesioni, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità del sinistro 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 medi-

ci 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 Società.

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. In caso di infortunio 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. 8 - Rinuncia al diritto di rivalsa

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

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 9 – Rischio Assicurato

La garanzia della presente polizza è valida per l'infortunio, inteso per tale l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente costatabili, che l'assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività, ivi compreso l'infortunio derivante dallo svolgimento di attività lavorativa svolta sia in proprio che alle dipendenze di terzi anche con l'ausilio di macchine azionate da motore, ivi comprese le macchine agricole.

Qualora l'infortunio dovesse verificarsi in occasione delle attività lavorative suddette resta convenuto che non si fa luogo a indennizzo per invalidità permanente parziale quando questa sia di grado non superiore al 5% della totale. Se l'invalidità permanente parziale supera il 5% della totale viene corrisposto il risarcimento in misura integrale.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze, nonché le infezioni o corrosioni per improvviso contatto con acidi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- l'azione del fulmine;
- le lesioni determinate da sforzi muscolari (inteso per atto di forza quello descritto nelle definizioni) con esclusione delle lombalgie e sciatalgie, degli infarti e delle rotture tendinee sottocutanee e delle ernie di qualsiasi tipo;
- 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 infortuni derivanti da pratiche sportive, alle condizioni e nei limiti di cui al successivo art. 12 Rischi sportivi .

- 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. 10 - 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 e ultraleggeri);
- c) dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sports 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) le conseguenze dirette o indirette di 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.) nonché le conseguenze dirette o indirette di contaminazioni chimiche o biologiche;
- i) da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche, salvo quanto previsto dall'Art.13 Calamità Naturali.

Sono inoltre esclusi gli infarti, le rotture tendinee sottocutanee e le ernie di qualsiasi tipo.

Art.11 - 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 manife-

stazioni, gare e relative allenamenti promossi ed organizzati dal CRAL Poste Italiane S.p.A. l'indennizzo non è soggetto ad alcuna riduzione. Nella tabella di seguito riprodotta sono riassunte 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. 12 - 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 di 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 di 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 in 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 di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

Art. 13 - Calamità naturali

L'assicurazione è estesa agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche. Resta convenuto però che in caso di evento che colpisca più assicurati con la stessa Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare il 10 % dei premi del ramo infortuni rilevati nel bilancio di esercizio precedente l'evento, limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione. La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

Art. 14 - Modalità per la denuncia

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 Carlo 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. L'Assicurato, o in caso di morte il beneficiario, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 15 - 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.16 - Invalidità permanente sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 16 - Invalidità permanente

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica, anche successivamente alla scadenza della polizza, entro un anno dal giorno dell'infortunio. L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali seguenti.

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%
 - ambedue 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 astragalica: 15%

- paralisi completa dello SPE: 15%
- un occhio: 25%
- ambedue gli occhi: 100%
- sordità completa di un orecchio: 30%
- 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%
 - 12° 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 sempreché non affetto da pregresse patologie: 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%.

Art. 16 bis – Franchigia Assoluta / Relativa in caso di Invalidità Permanente

Sul capitale Invalidità Permanente eccedente € 60.000,00 (sessantamila/00) e fino a € 100.000,00 (centomila/00) viene applicata una franchigia assoluta del 3%.

Diversamente, ferma restando la su indicata franchigia assoluta, per gli Infortuni occorsi in ambito lavorativo o professionale, così come intesi all'art. 9 "Rischio Assicurato", viene applicata una franchigia relativa del 5%.

Art. 17 - Morte

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento dell'invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 18 - 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 il capitale 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 artt. 60 e 62 del Codice Civile. Nel caso in cui, dopo il pagamento dell'indennizzo, risulti che l'Assicurato sia 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. 19 - Rimborso spese sanitarie a seguito di infortunio

Se l'infortunio è indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale annuo di € 7.500,00, le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute, compresi i tickets:

- a) durante il ricovero in istituto di cura pubblico o privato (rette di 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 rese necessarie per la cura delle lesioni, sempreché disposte dal medico curante;
- 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 holter, scintigrafia, risonanza magnetica nucleare;
 - diagnostici di laboratorio, per esami clinici, immunologici, microscopici;
 - diagnostici radiologici, radioscopie, radiografie, stratigrafie, angiografie;
- f) per presidi ortopedici, limitatamente a: protesi e tutori di funzione arti superiori, inferiori e tronco, protesi oculari;
- g) 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 max. di € 775,00 escluse preesistenze;
- h) per trasporto dell'assicurato con qualsiasi mezzo dal luogo dell'infortunio all'istituto di cura o posto di pronto soccorso.

Sono escluse le spese sanitarie per cure riabilitative e fisioterapiche.

Sono esclusi i rimborsi dei tickets relativi alle spese sostenute per l'acquisto di medicinali.

Sono escluse le spese relative ai certificati medici (salvo quanto sopra riportato). La presente garanzia viene prestata con uno scoperto del 10 % e con un minimo di € 103,29 a carico dell'assicurato per ogni sinistro, intendendosi per tale l'intero ciclo di cura relativo allo stesso infortunio.

Art. 20 - Modalità di liquidazione delle spese

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione, in originale, dei documenti giustificativi, debitamente quietanzati (notule del medico, conti dell'ospedale o clinica ecc.). a richiesta dell'assicurato la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione. La domanda per il rimborso spese, corredata dai documenti giustificativi e dalla certificazione medica (ivi compresa eventuale cartella clinica) deve essere presentata alla Società, entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è avvenuta la gua-

rigione clinica. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle note e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente articolo 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 Cambi.

Art. 21 – Diaria Gesso

Se in conseguenza di un infortunio indennizzabile a termini di polizza, all'Assicurato viene applicato un apparecchio gessato o tutore immobilizzante esterno equivalente, la società liquida l'indennità giornaliera assicurata in polizza a decorrere dal giorno successivo all'applicazione della gessatura o tutore sino al giorno della sua rimozione, ma comunque per un periodo non superiore a 20 giorni per le dita e a 60 giorni in tutti gli altri casi.

L'applicazione dell'apparecchio gessato o tutore immobilizzante e il tipo di lesione subita devono essere comprovate da certificazione della struttura ospedaliera/istituto di cura ove è stata eseguita; la rimozione deve essere comprovata dallo specialista che ha in cura l'Assicurato oppure da certificazione scritta da parte del medico della struttura ospedaliera/istituto di cura ove è avvenuta la rimozione.

In caso di frattura radiologicamente accertata l'indennità viene riconosciuta pure nel caso l'applicazione dell'apparecchio gessato o tutore immobilizzante, anche amovibile autonomamente, sia stata eseguita presso centro privato.

L'indennità viene liquidata anche in caso di frattura scomposta di coste o del bacino o di frattura composta di almeno due archi costali, per tutto il periodo di effettiva immobilizzazione, ma comunque per un periodo non superiore a 60 giorni.

Art. 22 – Indennità per stato di coma

In caso di sinistro, che determina uno stato di coma (come inteso alla voce presente in definizioni) 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 € 20.000,00 (Ventimila/00)

Art. 23 – Rimborso spese adeguamento abitazione a seguito di grave infortunio

In caso di infortunio in garanzia che comporti una invalidità permanente pari o superiore al 60%, accertata secondo i criteri di valutazione di cui all'art.16 "invalidità permanente" delle condizioni di assicurazione, la Società rimborsa fino alla concorrenza di € 15.000,00, le spese sostenute dall'Assicurato per l'adeguamento dell'abitazione ove ha il proprio domicilio.

- Per eliminare le barriere architettoniche in esso presenti (ampliamento porte, abbassamento maniglie ecc.);
- Per strumentazioni tecnologiche e informatiche per il controllo dell'ambiente domestico e lo svolgimento delle attività quotidiane (es. serrande elettriche, sensori visivi);
- Per ausili, attrezzature e arredi personalizzati per migliorare la fruibilità della propria abitazione (es. letto reclinabile);
- Per attrezzature tecnologiche per svolgere attività di lavoro, studio e riabilitazione nella propria abitazione quando non sia possibile svolgerle all'esterno e per tutto ciò che risulti necessario a risolvere problemi di comunicazione, mobilità e autonomia (incluse soluzioni di domotica) dell'Assicurato divenuto disabile.

Il rimborso delle spese è condizionato alla presentazione da parte dell'Assicurato di apposita domanda, corredata dai documenti giustificativi, quali il progetto di un architetto e i preventivi e/o fatture degli interventi effettuati.

Art. 24 – Rendita vitalizia

In caso di Infortunio indennizzabile a termini di polizza, per il quale derivi all'Assicurato una invalidità permanente di grado pari al 100%, accertata secondo i criteri stabiliti nell'art.16 – Invalidità Permanente e 15 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 € 7.500,00, mediante stipulazione di apposita polizza vita con la Società Generali Italia.

Art. 25 – Liquidazione dell'indennizzo

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

Art. 26 - 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 € 3.098.741,39.

GENERALI ITALIA S.p.A.

IL CONTRAENTE

Generali Italia S.p.A.





INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

*ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679
relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali
(di seguito, per brevità "Regolamento" o "REG. UE")*

Utilizzo dei dati a fini contrattuali

La informiamo che i Suoi dati personali, da Lei forniti o acquisiti da terzi⁽¹⁾ sono trattati da Generali Italia S.p.a. in qualità di Titolare del trattamento e da Comitato Sindacale Assicurazione Postelegrafonici (di seguito anche CSAP), in qualità di Titolare autonomo, nell'ambito del Profilo Cliente, della consulenza e dell'offerta assicurativa, inclusi i preventivi assicurativi che predisporremo a favore Suo o di terzi da Lei designati, (i) al fine di rilevare i Suoi bisogni ed esigenze assicurative e la Sua propensione al rischio per prestare la consulenza; (ii) per la proposizione e conclusione dei contratti assicurativi e dei servizi e/o prodotti connessi o accessori, e per eseguire i correlati adempimenti normativi (quali ad esempio quelli in materia di antiriciclaggio); (iii) per l'esecuzione dei contratti da Lei stipulati, (iv) per l'assistenza, la gestione e la liquidazione di eventuali sinistri (v) per, se del caso, prevenire, individuare e/o perseguire eventuali frodi assicurative; (vi) per comunicare i Suoi dati personali a società che svolgono servizi in outsourcing per conto di CSAP o per la esecuzione dei contratti in essere⁽²⁾. La informiamo, inoltre, che il trattamento dei Suoi dati personali cui ai punti (i), (ii), (iii) (iv) e (vi) è necessario e funzionale all'erogazione dei servizi da parte di CSAP e/o all'esecuzione dei contratti in essere, mentre per le finalità di cui alla lettera (v) il trattamento dei Suoi dati si basa sul legittimo interesse di CSAP a prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e a porre in essere una corretta gestione. La informiamo quindi che per le finalità del trattamento come sopra illustrate sub (i), (ii), (iii), (iv), (v) e (vi) il conferimento dei dati è obbligatorio ed il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere le attività richieste e preclude al CSAP di assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere.

Utilizzo dei dati per l'erogazione del servizio FEA

La informiamo inoltre che, qualora aderisca al servizio di firma elettronica avanzata (FEA), CSAP tratterà anche i Suoi dati biometrici⁽³⁾ sempre per le finalità sopra indicate.

La base giuridica del trattamento dei Suoi dati biometrici per l'erogazione del servizio FEA è costituita dal Suo consenso esplicito e facoltativo, senza il quale il trattamento non potrà avere luogo e, di conseguenza non potrà essere erogato il servizio FEA. Il trattamento dei Suoi dati biometrici è dunque finalizzato alla sola erogazione del servizio FEA funzionale a consentirLe la firma di documenti e contratti legati a prodotti e servizi assicurativi offerti da CSAP. Nel caso non acconsentisse a tale trattamento, potrà comunque beneficiare dei servizi assicurativi sebbene soltanto attraverso modalità non dematerializzate. Le modalità di trattamento dei dati biometrici sono dettagliate nelle condizioni contrattuali di fornitura del Servizio.

Utilizzo dei dati a fini accessori ad attività contrattuali

Le informiamo inoltre che può autorizzare CSAP a trattare i Suoi dati personali - da Lei forniti e/o acquisti anche da terzi⁽¹⁾ (con esclusione delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, tra cui i dati relativi alla salute ed i dati biometrici) - per utilizzarli per le seguenti ulteriori finalità:

- 1) per comunicare i suoi dati personali a società del Gruppo e non per la prestazione di servizi non assicurativi;
- 2) per invio di materiale pubblicitario, comunicazioni commerciali, compimento di ricerche di mercato, rilevazione della qualità dei servizi offerti, anche relativamente ai prodotti e servizi non assicurativi offerti da altre società;
- 3) per analizzare i prodotti e servizi da Lei richiesti, anche attraverso trattamenti automatizzati, compresa la profilazione, con lo scopo di rilevare i suoi comportamenti e preferenze e/o di migliorare l'offerta.

Il conferimento dei Suoi dati e del Suo consenso per le finalità sopra indicate sono facoltativi. Il loro mancato rilascio non incide sull'erogazione dei nostri servizi assicurativi.

Tempi di conservazione dei dati

I Suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi a seconda della finalità per i quali sono trattati da CSAP, in conformità alla normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare:

a) **per le finalità contrattuali e di erogazione del servizio FEA:** per tutta la durata dei rapporti in essere e, in conformità alla normativa vigente, per un periodo di 10 anni dal momento della cessazione dell'efficacia del con-

tratto o, in caso di contestazioni, per il termine prescrizione previsto dalla normativa per la tutela dei diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore;

b) **per le finalità accessorie alle attività contrattuali**, per il periodo necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti o trattati e, comunque, non superiore a 24 mesi dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto, a qualsiasi causa dovuta.

Comunicazione dei Dati

I suoi dati non saranno diffusi e saranno trattati con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Incaricati del trattamento o, comunque, operanti quali Titolari, che sono coinvolti nella gestione dei rapporti con Lei in essere o che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa anche all'interno ed al di fuori della UE⁽⁴⁾.

Trasferimento dei dati all'estero

I suoi dati potranno essere inoltre comunicati, ove necessario, a soggetti, privati o pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in paesi situati nell'Unione Europea o al di fuori della stessa⁽⁵⁾ alcuni dei quali potrebbero non fornire garanzie adeguate di protezione dei dati (un elenco completo dei Paesi che forniscono garanzie adeguate di protezione dei dati è disponibile nel sito web del Garante per la Protezione dei Dati Personali). In tali casi, il trasferimento dei Suoi dati verrà effettuato nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, nonché a fronte dell'adozione di misure adeguate (es. clausole contrattuali standard).

Modifiche e aggiornamenti dell'Informativa

Anche in considerazione di futuri cambiamenti che potranno intervenire sulla normativa privacy applicabile, CSAP potrà integrare e/o aggiornare, in tutto o in parte, la presente Informativa. Resta inteso che qualsiasi modifica, integrazione o aggiornamento Le sarà comunicato in conformità alla normativa vigente anche a mezzo di pubblicazione sul sito internet di CSAP: www.csap.it.

Diritti dell'interessato

Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso CSAP e, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti relativi al loro utilizzo (diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione cancellazione, limitazione al trattamento, alla portabilità, alla revoca del consenso al trattamento e di ottenere una copia dei propri dati laddove questi siano conservati in paesi al di fuori dell'Unione Europea nonché di ottenere indicazione del luogo nel quale tali dati vengono conservati o trasferiti) nonché opporsi per motivi legittimi ad un loro particolare trattamento e comunque al loro uso a fini accessori a quelli contrattuali, in tutto o in parte anche per quanto riguarda l'uso di modalità automatizzate.

Ai fini dell'esercizio dei Suoi diritti di interessato potrà rivolgersi a:

Comitato Sindacale Assicurazione Postetelegrafonici, Largo Carlo Salinari n. 18, 00142 Roma (RM), e-mail: presidenza@csap.it o al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), contattabile via e-mail a r.cintori@dpaconsulting.it.

La informiamo, inoltre, che, qualora ravvisi un trattamento dei Suoi dati non coerente con i consensi da Lei espressi può sporgere reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con le modalità indicate sul sito del Garante stesso.

NOTE:

1. CSAP tratta le seguenti categorie di dati: dati anagrafici e identificativi, dati di contatto, dati previsti nel Profilo Cliente, dati di polizza, dati fiscali ed estremi di conto corrente bancario, altri dati personali forniti dall'interessato, categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, dati raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque), dati acquisiti da altri soggetti terzi (contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale e dei rischi finanziari, società esterne ai fini di ricerche di mercato). In aggiunta, anche su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, CSAP potrà effettuare trattamenti di dati relativi a condanne penali e reati.

2. A titolo esemplificativo formulazione delle raccomandazioni personalizzate e/o delle proposte di assicurazione coerenti con i suoi bisogni assicurativi, predisposizione di preventivi e successivi rinnovi, stipulazione di con-

tratti di assicurazione vita, non vita o di previdenza complementare, raccolta dei premi, versamenti aggiuntivi, switch ed altre attività previste dal contratto, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.

3. Tali dati sono dati personali ottenuti da un trattamento tecnico specifico relativo alle caratteristiche fisiche, fisiologiche o comportamentali di una persona fisica che ne consentono o confermano l'identificazione univoca, quali l'immagine facciale o i dati dattiloscopici. A titolo esemplificativo, dati per elaborare immagine, ritmo, velocità, accelerazione e movimento delle soluzioni di firma elettronica avanzata.

4. Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (es. agenti, subagenti, collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, istituti di credito, società di recupero crediti, società di intermediazione mobiliare, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, società di assistenza stradale, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, e altri erogatori convenzionati di servizi, ecc.), società del Gruppo Generali, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.

5. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratori, vincolatori, assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

MODALITÀ DI DENUNCIA

La denuncia di infortunio va inviata al CSAP - Largo C. Salinari, 18 - 00142 Roma, a mezzo raccomandata entro 10 giorni dall'evento o dal momento in cui l'assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. La denuncia va redatta in carta semplice secondo il seguente schema:

Il sottoscritto
nato a il
pensionato dal e residente a
via n.
dichiara che in data (indicare giorno, mese ed anno) alle ore
ha subito il seguente infortunio (descrivere con cura le esatte cause, circostanze e modalità dell'infortunio).

Alla denuncia deve essere allegato il certificato medico di inizio infortunio redatto dal primo sanitario (Pronto Soccorso, "INAIL" o medico privato) specificante diagnosi (natura del danno subito) e prognosi (durata presumibile dell'infortunio) in lingua italiana. A conclusione del danno dovrà essere inviato il certificato di guarigione specificante e motivante l'eventuale invalidità permanente residua. Il rimborso delle spese sanitarie a seguito di infortunio viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione, in originale, dei documenti giustificativi, debitamente quietanzati (notule del medico, conti dell'ospedale o clinica ecc.)

Non rinunciare ai sogni, ci siamo noi a proteggerli dal 1947.



PIANO SANITARIO Riservato ai Dipendenti

- POLIZZA RICOVERI
- POLIZZA RICOVERI LIGHT
- POLIZZA INDENNITÀ PER INTERVENTI CHIRURGICI E DIARIA DI CONVALESCENZA
- POLIZZA RICOVERI LIGHT *PART-TIME*

PIANO SANITARIO Riservato ai Familiari

- POLIZZA RICOVERI
- POLIZZA RICOVERI LIGHT
- POLIZZA INDENNITÀ PER INTERVENTI CHIRURGICI E DIARIA DI CONVALESCENZA



POLIZZA INFORTUNI DIPENDENTI

- POLIZZA INFORTUNI LIGHT *PART-TIME*
- POLIZZA INFORTUNI DIPENDENTI *PART-TIME*

POLIZZA INFORTUNI FAMILIARI



PERDITE PATRIMONIALI

- POLIZZA RESPONSABILITÀ CIVILE PATRIMONIALE PROFESSIONALE
- POLIZZA AMMANCHI DI CASSA
- POLIZZA RESPONSABILITÀ CIVILE PATRIMONIALE *PART-TIME*
- POLIZZA AMMANCHI DI CASSA *PART-TIME*



PENSIONATI

- POLIZZA INFORTUNI PENSIONATI
- POLIZZA RICOVERI PENSIONATI



RESPONSABILITÀ CIVILE AUTO E MOTO



POLIZZA TUTELA LEGALE

www.csap.it



Da oggi anche dal tuo smartphone
iOS o Android. Scarica le app
per essere sempre collegato!



**per consultare l'offerta assicurativa completa
e per la gestione veloce e precisa
di un sinistro.**

Collegati al nostro sito per ottenere informazioni sui prodotti disponibili e accedi a "MY CSAP", l'area personale a te dedicata per verificare la tua posizione assicurativa e procedere immediatamente alla denuncia, istruzione e completamento di una pratica in caso di sinistro.

Dal 1947, il CSAP provvede alla tutela e alla protezione dei lavoratori e delle loro famiglie con prodotti e servizi assicurativi pensati apposta per loro.



v2 - 07.05.19

Sede Centrale Largo Carlo Salinari, 18 - 00142 Roma - Tel. 06.515741 - Fax 06.5137842

Assistenza Clienti

tel. 06.5157 *selezione 2*
fax 06.5137841
info@csap.it

Ufficio Sinistri

tel. 06.51574 *selezione 3/4/5*
fax 06.5137842
sinistri_csap@agenziaSpecialefl.it

Ufficio RC Auto

tel. 06.51574 *selezione 1*
fax 06.5137902
rcauto@agenziaSpecialefl.it

