

POLIZZA CONVENZIONE



RICOVERI **DIPENDENTE** **FAMILIARI, PENSIONATI** **LIGHT**

www.csap.it



Polizza Convenzione
RICOVERI LIGHT
CSAP - Generali Italia S.p.A.
n. IU7/380125770

PREMI E MASSIMALI

- € 11,00 Premio mensile
- € 52,50 Indennità giornaliera per ricoveri da malattia, infortunio o parto non comportanti intervento chirurgico
- € 63,00 Indennità giornaliera per ricoveri da malattia, infortunio o parto comportanti intervento chirurgico, elevata ad € 70,00 per ricoveri effettuati per grandi interventi chirurgici
- € 26,25 Indennità giornaliera per convalescenza post-ricovero
- € 26,25 Indennità giornaliera per terapie ambulatoriali
- € 600,00 Massimale annuo di rimborso spese mediche per ricoveri da malattia, infortunio o parto cesareo comportanti intervento chirurgico
- € 400,00 Indennità forfettaria per parto
- € 500,00 Massimale annuo di rimborso spese mediche per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche (escluso rifacimento di protesi preesistenti) rese necessarie da infortunio
- € 250,00 Massimale annuo di rimborso per trasporto sanitario per ricovero con intervento chirurgico, elevato a € 500,00, se l'intervento chirurgico deve avvenire all'estero.

ESTENSIONE AI FAMILIARI

€ 11,00 Premio mensile

La stessa polizza può essere estesa ai componenti del nucleo familiare conviventi del dipendente. Per quanto riguarda le "Condizioni particolari delle prestazioni" e le "Norme di applicazione", si rinvia alle condizioni assicurazione che regolano ogni singola polizza.



Polizza Convenzione
RICOVERI LIGHT
CSAP - Generali Italia S.p.A.
n. IU7/380125770

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
- Oggetto della copertura	pag. 8
- Ambito di validità delle coperture assicurative	pag. 10
- Effetto e durata dell'assicurazione	pag. 11
- Obblighi in caso di sinistro	pag. 14
- Disposizioni varie	pag. 15
- Elenco grandi interventi chirurgici	pag. 15
• Garanzie assistenza per il personale di Poste Italiane S.p.A.	pag. 22
• Assistenza	pag. 24
• Informativa trattamento dati personali	pag. 25
• Appendice di dichiarazione N. 001	pag. 28
• Notizie utili per l'assicurato	pag. 29

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

Generali Italia S.p.A. - GeneraSalute RSM

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 delle malattie e infortuni a favore dei dipendenti in servizio e in quiescenza di datori di Lavoro convenzionati con CSAP e relativi nuclei familiari.

 Cosa è assicurato? La copertura vale per i Ricoveri e le Degenze rese necessarie da malattia o infortunio • Indennità giornaliera ricovero senza intervento chirurgico • Indennità giornaliera ricovero con intervento chirurgico • Indennità giornaliera convalascenza post ricovero • Indennità giornaliera terapie ambulatoriali • Rimborso Spese mediche per ricovero con intervento chirurgico • Indennità una tantum per parto • Rimborso spese cure dentarie da Infortunio	 Che cosa non è assicurato? Le principali esclusioni sono relative a: • l'eliminazione o correzione di malformazioni e difetti fisici preesistenti alla data di stipulazione del contratto nonché delle patologie ad esse correlate, fatta eccezione per: le malformazioni congenite delle quali l'Assicurato sia portatore inconscio e che diano luogo a sintomatologie obiettive successivamente alla data di effetto della garanzia; i ricoveri relativi alle malattie professionali di cui al DPR n. 1124 del 30/06/1965 e successive modificazioni. Per tali eventi la copertura assicurativa è prestata limitatamente alla prima manifestazione che comporti ricovero in Istituto di Cura; • le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, fatta eccezione per i casi comportanti intervento chirurgico e per i ricoveri resi necessari da stato di shock da trauma psichico clinicamente accertato, subito dall'Assicurato a seguito di incidente di servizio ovvero di aggressione o rapina durante l'espletamento della sua attività lavorativa; • gli infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato (compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave); • gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, ovvero ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti; • l'aborto volontario non terapeutico; • le cure cellululo-tissutali, fisioterapiche, idropiniche e termali in genere nonché le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortuni, sempreché verificatosi successivamente all'effetto della garanzia assicurativa); • le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.); • le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche. Sono compresi in garanzia gli infortuni che siano conseguenza di tumulti popolari, ai quali l'assicurato non abbia preso parte attiva o volontaria, di aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale. • i ricoveri e le degenze in regime Day Hospital effettuati al solo scopo di praticare visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici preventivi e/o di controllo dello stato di salute; • i ricoveri e le degenze in regime di Day Hospital effettuati esclusivamente per praticare trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi, fatta eccezione per quelli resi necessari da infarto del miocardio, ictus cerebrale, fratture con intervento chirurgico ortopedico praticato in regime di ricovero. <i>Le esclusioni sono contenute nelle condizioni di assicurazione</i>
	 Ci sono limiti di copertura? Il contratto prevede limiti di indennizzo, Il contratto può prevedere inoltre dei periodi di carenza (periodi di tempo che devono trascorrere prima che la copertura sia operante). <i>Le carenze e le cause di sospensione sono contenute nelle condizioni di assicurazione</i>



Dove vale la copertura?

L'assicurazione vale in tutto il Mondo



Che obblighi ho?

In sede di stipulazione del contratto il Contraente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di rilasciare dichiarazioni veritiere ed esaustive sulle circostanze del rischio (1892 e 1893 Codice Civile). In caso di sinistro, è necessario che l'assicurato o i suoi aventi diritto presentino, non appena ne abbiano avuto la possibilità, la relativa denuncia alla Società.

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 trattenuta a ruolo paga da parte del datore di lavoro a seguito di rilascio delega da parte del dipendente assicurato ed è frazionato in 12 rate mensili o, in caso di pensionamento o prepensionamento a mezzo SDD Bancario o Postale (in rate mensili) o a mezzo di SDD Bancario, Bonifico Bancario o Postale ricorrente o Bollettino di conto corrente postale (in rate trimestrali, semestrali, annuali anticipate); diversamente, qualora il datore di lavoro con provvedimento amministrativo abolisse la trattenuta a mezzo delega già disposta sugli emolumenti dell'Assicurato a favore del CSAP; Generali Italia S.p.A. provvederà a comunicare agli Assicurati le modalità per la continuazione dell'obbligo contrattuale del pagamento del premio che, in tal caso, dovrà essere effettuato in rate trimestrali anticipate.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura ha effetto dal primo giorno del mese successivo a quello in cui è stata materialmente praticata la prima trattenuta a ruolo della rata mensile di premio da parte del datore di lavoro

Per gli Assicurati in attività di servizio la garanzia è sospesa durante i periodi di aspettativa dal servizio senza trattenuta a ruolo paga della quota mensile di premio nonché; qualora il dipendente, per altri motivi inerenti il contratto di lavoro, non percepisca lo stipendio o lo stipendio sia percepito in quantità ridotta tale da superare la soglia minima di legge prevista per la cedibilità delle ritenute volontarie. La garanzia riprende vigore non appena cessate le predette cause di sospensione.

La copertura è di durata poliennale in ragione di una riduzione del premio ed è possibile recedere dal contratto solo dopo che sia trascorso un quinquennio.

In generale, la copertura opera per i sinistri verificatisi in corso di efficacia del contratto e fino alla scadenza dello stesso. Per le prestazioni connesse ad un ricovero la data del sinistro coincide con quella dell'entrata dell'Assicurato nella struttura ospedaliera.



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.

L'Assicurato può recedere dal contratto al termine del quinquennio, in quanto trattasi di contratto di durata poliennale con riduzione del premio, spedendo la disdetta almeno 60 giorni prima del termine rispettivamente previsto.

Inoltre, nei primi due anni dalla data di decorrenza della garanzia in caso di sinistro l'Assicurato può recedere dal rapporto assicurativo, fino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto dell'indennizzo.

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



Generali Italia S.p.A.

Edizione 01.01.2019

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/assicurato a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente/assicurato 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-Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 00885351007 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v. – Pec: generaliitalia@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.

L'assicurazione è prestata in favore dei dipendenti in servizio e in quiescenza o prepensionamento entro il 64° anno di età di datori di lavoro convenzionati con CSAP.

L'assicurazione è inoltre estesa nei confronti degli appartenenti al nucleo familiare del dipendente e del pensionato.

RICOVERI E DEGENZE



Che cosa è assicurato?

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

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 un premio aggiuntivo.



Che cosa NON è assicurato?

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

Le garanzie opzionali possono contenere specifiche esclusioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV, infermità mentali quali: disturbi schizofrenici, paranoide, affettivi (quali la sindrome maniaco depressiva), altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organico cerebrali, né le persone di età supe-

riore a 75 anni.

Seguono le principali franchigie e scoperti:

- 3 giorni di franchigia per l'indennità giornaliera di ricovero senza intervento chirurgico per assicurati da 65 a 75 anni;
- 3 giorni di franchigia per l'indennità giornaliera per ricoveri da malattia infortunio o parto comportanti intervento chirurgico per assicurati da 65 a 75 anni;
- indennità giornaliera per convalescenza post ricovero chirurgico per assicurati da 65 a 75 anni;
- scoperto del 20% con minimo euro 37,50 per il rimborso delle spese mediche per ricoveri da malattia, infortunio o parto cesareo comportanti intervento chirurgico.

Vi sono specifici limiti di indennizzo per determinate prestazioni indicati in polizza.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO?

Denuncia di sinistro: l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono:

- presentare, entro 10 giorni da quanto ne hanno avuto conoscenza, la denuncia del sinistro corredata dalla necessaria documentazione medica con la prescrizione riportante il quesito diagnostico;
- allegare la copia della cartella clinica completa per le prestazioni connesse ai ricoveri;
- acconsentire alla visita dei medici inviati da Generali Italia ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti;
- fornire tutta la documentazione (medica e non) che Generali Italia riterrà opportuno acquisire ai fini di una corretta e completa istruttoria del sinistro.

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

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.

DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENZE

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

OBBLIGHI DELL'IMPRESA

Generali Italia effettua il rimborso delle spese, a cura ultimata e direttamente all'Assicurato, previa presentazione delle fotocopie delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate – procedendo al pagamento entro 40 giorni.



Quando e come devo pagare?

PREMIO

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

RIMBORSO

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



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 contratto 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 è rivolta ai dipendenti, pensionati e familiari CSAP.



Quali costi devo sostenere?

Gli intermediari della Rete Generali Italia S.p.A. per la vendita di questa assicurazione percepiscono in media il 15,70% del premio imponibile pagato dal Contraente per remunerazioni 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 esauritiva 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: generaliitalia@pec.generaligroup.com

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
POLIZZA CONVENZIONE RICOVERI LIGHT
CSAP - GENERALI ITALIA S.P.A.
N. IU7/380125770

DEFINIZIONI

Alle seguenti denominazioni le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

- **Assicurazione:** il contratto di assicurazione.
- **Assicurato:** il soggetto il cui interesse, per effetto dell'adesione alla Polizza Convenzione, è protetto dall'assicurazione.
- **Contraente:** il soggetto che stipula la Polizza Convenzione (CSAP).
- **Day Hospital:** la degenza esclusivamente diurna in Istituto di cura, documentata da cartella clinica.
- **Day Surgery:** intervento chirurgico effettuato in Istituto di cura in regime di degenza diurna (o con un solo pernottamento), documentato da cartella clinica.
- **Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
- **Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
- **Intervento Chirurgico:** atto medico, avente una diretta finalità terapeutica e praticato in Istituto di cura (pubblico o privato), perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti. Sono equiparati a interventi chirurgici la litotrissia nonché i trattamenti terapeutici che utilizzano il laser operatore e la crioterapia.
- **Istituto di cura:** l'ospedale pubblico, la clinica o casa di cura privata regolarmente autorizzati al ricovero dei malati in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza, riabilitative e di soggiorno e le cliniche della salute e quelle aventi finalità estetiche.
- **Malattia:** ogni obiettivabile alterazione dello stato di salute, non dipendente da infortunio, a carattere evolutivo, che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici.
- **Malattia oncologica:** ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.
- **Massimale per persona:** il massimale espresso nella Polizza Convenzione rappresenta la massima disponibilità per ogni Assicurato per ciascun anno assicurativo.
- **Nucleo familiare:** il coniuge del dipendente come risultante da certificato di matrimonio; 2) il convivente more uxorio del dipendente come risultante da certificato di residenza; 3) i figli del dipendente e/o del coniuge e/o del convivente more uxorio anche non conviventi come risultanti da certificato di nascita.
- **Polizza Convenzione:** contratto che definisce le condizioni alle quali verranno prestate le coperture assicurative in favore dei singoli assicurati.
- **Premio:** la somma dovuta dall'Assicurato alla Società.
- **Residenza:** il luogo in cui l'Assicurato ha la dimora abituale.
- **Ricovero:** la degenza, comportante pernottamento, in Istituto di cura.
- **Rischio:** la possibilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

- Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prevista l'assicurazione.
- Società: Generali Italia S.p.A.
- Stato Patologico: l'alterazione anatomico-tissutale da cui ha origine il processo morboso, anche se in una fase non ancora clinicamente individuabile.

...

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Generali Italia S.p.A. e il CSAP - COMITATO SINDACALE ASSICURAZIONE POSTELEGRAFONICI (di seguito per brevità indicato come CSAP) - stipulano la presente Polizza Convenzione Ricoveri Ospedalieri (di seguito indicata come Polizza Convenzione).

Art. 1 - Ambito di applicazione

Alla polizza Convenzione possono chiedere di aderire i dipendenti in servizio ed in pensione o prepensionamento entro il 60° anno di età e non oltre il biennio dalla cessazione dal servizio, e relativi nuclei familiari, dei seguenti Enti:

- Poste Italiane S.p.A.;
- Ditte consociate e/o appaltanti attività postale e di telecomunicazione (Società collegate);
- IPOST;
- Dipendenti postali posti in mobilità presso Società o altri Enti.

Art. 2 - Durata della Convenzione - Proroga tacita

La Polizza Convenzione ha una durata di dieci anni dalla data di effetto. La stessa si intenderà tacitamente rinnovata per la durata di un anno e così successivamente, salvo disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 90 giorni prima della scadenza.

Trascorsi cinque anni dalla data di effetto è facoltà di entrambe le Parti Contraenti (CSAP/Generali Italia S.p.A.) di rescindere la Convenzione con lettera raccomandata da inviare almeno 90 giorni prima della scadenza di ogni annualità assicurativa.

Art. 3 - Modifiche della Polizza Convenzione

Le eventuali modifiche della Polizza Convenzione devono essere provate per iscritto.

OGGETTO DELLA COPERTURA

Art. 4 - Indennità giornaliera per ricoveri da malattia,

infortunio o parto non comportanti intervento chirurgico

In caso di ricovero reso necessario da malattia, infortunio o parto non comportante intervento chirurgico, la Società corrisponde l'indennità di € 52,50 per ciascun giorno di ricovero e per la durata massima, per anno assicurativo, di 180 giorni per le malattie e di 365 giorni per gli infortuni. Le giornate di entrata e di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione. La garanzia è operante anche nel caso in cui la degenza avvenga in regime di Day Hospital presso Istituti di cura. L'indennità giornaliera viene corrisposta dal primo giorno di degenza in Day Hospital per la durata massima, per anno assicurativo di 90 giorni, con il limite per uno stesso ciclo di cure di 30 giorni. Relativamente ai ricoveri per parto fisiologico e malattie dipendenti da gravidanza e puerperio l'indennità viene corri-

sposta dal primo giorno di ricovero per un massimo di 2 giorni per evento.

Per gli assicurati in pensione, già aderenti alla presente polizza in conformità a quanto previsto all'art.1, al compimento del 65° anno di età e fino al 75° anno viene applicata una franchigia assoluta di gg.3.

Art. 5 - Indennità giornaliera per ricoveri da malattia, infortunio o parto comportanti intervento chirurgico

In caso di ricovero reso necessario da malattia o infortunio comportante intervento chirurgico e parto cesareo, la Società corrisponde l'indennità di € 63,00 per ciascun giorno di ricovero e per la durata massima, per anno assicurativo, di 180 giorni per le malattie ed il parto cesareo e di 365 giorni per gli infortuni. Le giornate di entrata e di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione. Per i ricoveri effettuati per grandi interventi chirurgici (vedere elenco incluso nell'art. 30) l'indennità giornaliera è elevata ad € 70,00. La garanzia è operante anche nel caso in cui la degenza avvenga in regime di Day Hospital o Day Surgery presso Istituti di cura. Relativamente ai ricoveri per aborto terapeutico e malattie dipendenti da gravidanza e puerperio l'indennità viene corrisposta dal primo giorno di ricovero per un massimo di 2 giorni per evento. Sono anche incluse in garanzia le degenze con interventi ambulatoriali. Per gli assicurati in pensione, già aderenti alla presente polizza in conformità a quanto previsto all'art.1, al compimento del 65° anno di età e fino al 75° anno viene applicata una franchigia assoluta di gg.3

Art. 6 - Indennità giornaliera per convalescenza post ricovero

In caso di ricoveri con o senza intervento chirurgico, con esclusione del parto (naturale o cesareo), comportanti una degenza di durata superiore a 3 giorni, la Società corrisponderà l'indennità per convalescenza di € 26,25 (ventisei/25) al giorno per una durata massima pari a quella del ricovero e, comunque, con il limite massimo di 15 giorni per anno e per persona. Le giornate di entrata e di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione. In caso di Day Surgery, Day Hospital, Day Service con intervento chirurgico, nonché gli interventi chirurgici ambulatoriali, verrà riconosciuta una indennità per convalescenza pari a € 13,12 (tredici/12) al giorno per un massimo di 2 giorni per ricovero e di 10 giorni per anno e per persona.

Art. 7 - Indennità giornaliera per terapie ambulatoriali

In caso di prestazioni ambulatoriali relative a terapie rese necessarie da patologie oncologiche o renali:

- chemioterapia;
- radioterapia;
- dialisi.

la Società corrisponderà l'indennità giornaliera di € 26,25 (ventisei/25) e per un massimo di 90 giorni per anno assicurativo, con il limite per lo stesso ciclo di cure di 30 giorni. L'indennità verrà riconosciuta per i giorni in cui vengono effettuate le terapie ambulatoriali, su presentazione della certificazione del medico specialista che ha prescritto la terapia e della certificazione della Struttura sanitaria attestante il giorno in cui l'Assicurato si è sottoposto alla dialisi/terapia.

Art. 8 - Rimborso spese mediche per ricoveri da malattia, infortunio o parto cesareo comportanti intervento chirurgico

In aggiunta alle garanzie previste dagli artt. 5 e 6 la Società rimborsa, previa presentazione di regolari fatture e fino alla concorrenza del massimale annuo di € 600,00 (seicento/00), le spese

sostenute dall'Assicurato per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici effettuati nei 45 giorni precedenti e nei 45 giorni susseguenti il ricovero con intervento chirurgico purché pertinenti la malattia, l'infortunio o il parto cesareo che ha reso necessario il ricovero stesso. La presente garanzia è operante anche nel caso la degenza avvenga in regime di day hospital e day surgery comportanti intervento chirurgico.

Per gli assicurati in pensione, già aderenti alla presente polizza in conformità a quanto previsto all'art.1, al compimento del 65° anno di età e fino al 75° anno viene applicato uno scoperto del 20% con minimo € 37,50 a carico dell'Assicurato per singola prestazione.

Art. 8 bis - Indennità una tantum per il parto

In aggiunta alle garanzie previste dagli artt. 4,5,6 e 8 la Società corrisponde all'Assicurata una indennità forfetaria di € 400,00 (quattrocento/00) per ciascun parto indennizzabile ai termini di polizza, a titolo di concorso spese per la gravidanza e il parto.

Art. 9 - Rimborso per cure dentarie da infortunio

La Società rimborsa, indipendentemente dal ricovero e fino alla concorrenza del massimale di € 500,00 (cinquecento/00) per persona assicurata e per annualità assicurativa, le spese sostenute dall'Assicurato per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche (escluso rifacimento di protesi preesistenti) rese necessarie da infortunio occorso durante la copertura assicurativa e certificata da pronto soccorso ospedaliero.

Art. 10 - Trasporto sanitario dell'Assicurato

La Società in caso di ricovero con intervento chirurgico indennizzabile a termini di polizza rimborso, fino alla concorrenza di € 250,00 per anno e per assicurato, le spese sostenute dall'Assicurato per raggiungere il luogo di cura, per il trasferimento da un luogo di cura all'altro, per il ritorno al proprio domicilio con mezzo sanitariamente attrezzato; in caso di intervento chirurgico per subire il quale l'Assicurato debba recarsi all'estero, la garanzia è valida anche per l'uso di qualsiasi mezzo pubblico, purché di linea, fino alla concorrenza di € 500,00 per anno e per assicurato.

Art. 11 - Cumulo delle indennità

Le prestazioni previste dagli artt. 4, 5 e 6 della presente polizza convenzione sono cumulabili con le indennità derivanti da altre polizze.

AMBITO DI VALIDITÀ DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Art. 12 - Rischi esclusi dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante per:

- a) l'eliminazione o correzione di malformazioni e difetti fisici preesistenti alla data di stipulazione del contratto nonché delle patologie ad esse correlate, fatta eccezione per:
- le malformazioni congenite delle quali l'Assicurato sia portatore inconscio e che diano luogo a sintomatologie obiettive successivamente alla data di effetto della garanzia;
 - i ricoveri relativi alle malattie professionali di cui al DPR n. 1124 del 30/06/1965 e successive modificazioni.

Per tali eventi la copertura assicurativa è prestata limitatamente alla prima manifestazione che comporti ricovero in Istituto di Cura;

- b) le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, fatta eccezione per i casi comportanti intervento chirurgico e per i ricoveri resi necessari da stato di

- shock da trauma psichico clinicamente accertato, subito dall'Assicurato a seguito di incidente di servizio ovvero di aggressione o rapina durante l'espletamento della sua attività lavorativa;
- c) gli infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato (compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave);
 - d) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, ovvero ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
 - e) l'aborto volontario non terapeutico;
 - f) le cure cellululo-tissutali, fisioterapiche, idropiniche e termali in genere nonché le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio, sempreché verificatosi successivamente all'effetto della garanzia assicurativa);
 - g) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
 - h) le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche. Sono compresi in garanzia gli infortuni che siano conseguenza di tumulti popolari, ai quali l'assicurato non abbia preso parte attiva o volontaria, di aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale.
 - i) i ricoveri e le degenze in regime di Day Hospital effettuati al solo scopo di praticare visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici preventivi e/o di controllo dello stato di salute;
 - j) i ricoveri e le degenze in regime di Day Hospital effettuati esclusivamente per praticare trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi, fatta eccezione per quelli resi necessari da infarto del miocardio, ictus cerebrale, fratture con intervento chirurgico ortopedico praticato in regime di ricovero.

Art. 13 - Persone non assicurabili e aggravamento del rischio

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: disturbi schizofrenici, paranoidei, affettivi (quale la sindrome maniaco depressiva), altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organico 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'articolo 1898 del C.C.; di conseguenza la Società può recedere dal contratto con effetto immediato, limitatamente alla persona assicurata colpita dall'affezione ed i sinistri, verificatisi successivamente all'insorgenza di taluna delle sopraindicate patologie, non sono indennizzabili.

Art. 14 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

EFFETTO E DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Art. 15 - Decorrenza dei rapporti assicurativi

Termini di carenza

In conformità con quanto disposto dall'art. 1901 del Codice Civile, l'assicurazione nei confronti del singolo assicurato ha effetto dal primo giorno del mese successivo a quello in cui è stata praticata la prima ritenuta a ruolo del premio assicurativo o versamento a mezzo c/c postale.

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 Gestione Agenzie in città di Roma riceve nel mese antecedente all'effetto della garanzia.

Le garanzie assicurative decorrono:

a) per gli infortuni e le malattie in genere:

- dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;

b) per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente all'effetto dell'assicurazione, per l'aborto spontaneo e post-traumatico:

- per i dipendenti, ed i pensionati che abbiano aderito alla presente convenzione entro il biennio dalla quiescenza, dal 60° giorno successivo all'effetto dell'assicurazione;
- per i familiari dal 300° giorno successivo all'effetto dell'assicurazione salvo per coloro già assicurati con precedenti polizze familiari CSAP per i quali opererà il periodo di carenza di 60 giorni dall'effetto assicurativo;

c) per il parto:

- dal 300° giorno successivo all'effetto dell'assicurazione;

d) per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio:

- dal 30° giorno successivo all'effetto dell'assicurazione, sempre che la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Ai dipendenti (no familiari) è permesso sostituire una precedente polizza ricoveri con la presente polizza convenzione esclusivamente a condizione che si assicurino contestualmente e senza soluzione di continuità anche alla polizza n. 380125741(ex n. 766253981) - Copertura Interventi Chirurgici e Diaria da Convalescenza. In questi casi, solo per la presente polizza ricoveri light n. IU7/380125770, non si terrà conto del periodo di carenza di 60 giorni relativi a conseguenze di stati patologici preesistenti previsti da quest'ultima polizza, ma verrà considerata come una continuità tra le due garanzie. I ricoveri occorsi in questo periodo verranno indennizzati con i massimali della polizza ricoveri light eccezion fatta per i dipendenti andati in pensione o prepensionamento entro il biennio precedente all'adesione alla presente polizza, con interruzione della continuità della copertura assicurativa; in tal caso la garanzia decorrerà dal 60° giorno successivo in cui avrà effetto l'assicurazione.

Art. 16 - Limite di età

L'assicurazione potrà essere stipulata da dipendenti in servizio degli enti di cui all'art.1 e relativi nuclei familiari entro il 70° anno di età per singolo assicurato e da ex dipendenti in pensione entro il 60° anno di età nonché dai relativi nuclei familiari entro il 70° anno di età per singolo assicurato. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età (75 anni) in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine.

Art. 17 - Ammontare del premio - Modalità di pagamento

Il premio annuo per ogni Assicurato, comprensivo di imposta e del premio relativo alle garanzie Assistenza le cui condizioni sono disciplinate dall'Allegato 1 che forma parte integrante del contratto, è di € 132,00 (centotrentadue/00) e viene corrisposto in dodici rate mensili anticipate di € 11,00 (undici/00). Per gli assicurati in pensione al compimento del 65° anno di età e fino al 75° anno di età il premio annuo sarà pari a € 171,60.

“I SUDDETTI PREMI GODONO DI UNA RIDUZIONE AI SENSI DELLA LEGGE N. 99 DEL 23/07/2009, SE LA DURATA DEL CONTRATTO SUPERA 5 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 FACOLTÀ DI RECESSO È STATA ESERCITATA”. 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'ultima mette detto importo a disposizione del Contraente CSAP il quale è tenuto a versarlo a Generali Italia S.p.A. entro novanta giorni dalla data di scadenza di ciascuna rata mensile. Nel caso in cui il datore di lavoro abolisse, con provvedimento amministrativo, la trattenuta a mezzo delega già disposta sugli emolumenti dell'Assicurato a favore del CSAP, Generali Italia S.p.a. provvederà a comunicare agli Assicurati le modalità per la continuazione dell'obbligo contrattuale del pagamento del premio che, in tal caso, dovrà essere effettuato in rate trimestrali anticipate. Il premio assicurativo per ciascun assicurato e relativo ai dipendenti in pensione o prepensionamento nonché dei rispettivi familiari deve essere corrisposto in unica soluzione annuale o frazionato semestrale, trimestrale, mensile a mezzo di R.I.D. o bollettino postale tale ultima modalità non è ammessa per il frazionamento mensile. Per quanto non espressamente previsto nel presente articolo si fa rinvio all'art. 1901 C.C.

Art. 18 - Dipendenti con contratto di lavoro a part-time

La garanzia è operante purché sia stato effettuato, a mezzo trattenuta sullo stipendio, il pagamento della relativa rata di premio. Se la trattenuta sullo stipendio non può essere garantita mensilmente dal tipo di contratto part-time dell'Assicurato, si potrà aderire alla polizza effettuando il pagamento anticipato del premio semestrale in sostituzione della trattenuta a ruolo mensile o a mezzo c/c postale.

Art. 19 - Durata della garanzia - Proroga tacita Cessazione della garanzia in caso di estinzione della polizza convenzione

Il rapporto assicurativo con il singolo assicurato, salvo quanto disposto dalla legge n. 99 del 23/07/2009 e quanto previsto dai successivi Artt. 21 (cessazione dell'assicurazione per risoluzione del rapporto di lavoro) e 22 (recesso in caso di sinistro), ha la durata di anni 10 dalla data di inizio dell'assicurazione (Art.15). Allo scadere del predetto periodo di dieci anni, il rapporto assicurativo, si intenderà tacitamente rinnovato per la durata di un anno e così successivamente, salvo disdetta data da una delle parti con lettera raccomandata almeno 90 giorni prima della scadenza. L'eventuale estinzione della polizza convenzione (per mancato rinnovo alla scadenza o per rescissione) non avrà alcun effetto sulla durata del rapporto assicurativo con il singolo assicurato iniziato anteriormente, che resta comunque fissata in 10 (dieci) anni dalla data di inizio dell'assicurazione (art.15); in tal caso, tuttavia, il rapporto cesserà senza bisogno di disdetta alla scadenza del decimo anno. Il CSAP si impegna a comunicare tempestivamente con raccomandata R.R., ai singoli assicurati ed ai loro datori di lavoro, l'eventuale estinzione della polizza convenzione e dei singoli rapporti.

Art. 20 - Interruzione della garanzia assicurativa

La garanzia assicurativa è sospesa durante i periodi di aspettativa dal servizio senza ritenuta a ruolo del premio e riprende vigore non appena cessate le cause di sospensione, salvo il caso in cui la garanzia venga resa operante con versamento del premio a mezzo conto corrente postale. Se alla ripresa del servizio per cause dipendenti da motivi operativi e/o tecnico - informatici dall'Azienda di appartenenza non viene effettuata la trattenuta, e sempreché risulti dai registri dell'Ente di appartenenza che il/i soggetto/i ha ripreso il servizio, la garanzia assicurativa sarà ugualmente operante, ovviamente con recupero delle rate di premio non trattenute. 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 o lo percepisca in maniera ridotta tale da superare la quota dello stipendio che per legge è cedibile a favore delle ritenute volontarie, a meno che la garanzia sia riattivata con versamento del premio a mezzo conto corrente postale.

Art. 21 - Cessazione del rapporto assicurativo per risoluzione del rapporto di lavoro

Il rapporto assicurativo cessa automaticamente con la risoluzione del rapporto di lavoro

dell'Assicurato con l'Azienda di appartenenza. Tuttavia in caso di cessazione del rapporto di lavoro a causa di pensionamento o prepensionamento è facoltà del dipendente, che non abbia compiuto il 60° anno di età ed entro il biennio dalla cessazione del rapporto di lavoro, di proseguire o ripristinare il rapporto assicurativo a mezzo di apposita richiesta presentata al CSAP.

Art. 22 - Recesso in caso di sinistro

A seguito di qualunque sinistro denunciato dal singolo Assicurato a termini di polizza e intervenuto nei primi due anni dalla data di decorrenza della garanzia, è in facoltà di entrambe le parti (Assicurato e Società) di recedere dal rapporto assicurativo limitatamente al solo Assicurato cui si riferisce il sinistro. Tale facoltà può essere esercitata fino al 60° giorno successivo al pagamento dell'indennizzo o alla contestazione formale del sinistro. L'assicurazione cesserà di avere effetto 30 giorni dopo la data di spedizione della raccomandata con cui si comunica il recesso e l'assicurato cui si riferisce non potrà più aderire alla presente polizza convenzione. In ogni caso, qualora venga esercitata la facoltà di recesso, la Società rimborsa all'Assicurato la parte di premio, al netto dell'imposta già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del rapporto assicurativo ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso. Il periodo di due anni per l'esercizio della facoltà di cui sopra, in caso di inserimento in polizza di nuovi assicurati in corso di contratto, decorre dalla data di effettiva inclusione in garanzia degli stessi.

Qualora la copertura assicurativa venga prestata in sostituzione, senza soluzione di continuità, di una precedente, il periodo di due anni di cui sopra decorre:

- a) dalla data di effetto della polizza sostituita per le persone già assicurate con la predetta polizza; a tal fine si ha riguardo alla effettiva data di inclusione in garanzia dei singoli assicurati nell'ipotesi di variazioni intervenute in corso di assicurazione;
- b) dalla data di effetto della presente polizza per le persone non assicurate con la polizza sostituita.

Art. 23 - Rinuncia al diritto di rivalsa

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

OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Art. 24 - Denuncia del sinistro - Obblighi dell'Assicurato

La denuncia del ricovero va inviata al CSAP - Largo Carlo Salinari 18 - 00142 Roma, a mezzo raccomandata, o per il tramite dell'area personale assicurato "MY CSAP" presente sul sito web: www.csap.it e sulla App CSAP, 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 e alla stessa deve essere allegato il certificato medico di ricovero indicante i motivi del ricovero stesso. A degenza ospedaliera conclusa l'assicurato deve inviare al CSAP la copia integrale della cartella clinica in lingua italiana. Se trascorsi 60 giorni dall'effetto della garanzia assicurativa l'Assicurato dovrà far pervenire alla Società la relazione di degenza attestante i giorni di entrata e di uscita e la diagnosi della malattia che ha determinato il ricovero, fermo il diritto della Società a richiedere la cartella clinica integrale.

Art. 25 - Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire, per iscritto, mandato di decidere, a norma ed ai sensi delle condizioni di polizza, 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 dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio Medico risiede nel comune, sede di istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il Medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico, esclusa ogni solidarietà. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa di ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

DISPOSIZIONI VARIE

Art. 26 - Prescrizione

I diritti derivanti dal presente contratto si prescrivono in due anni (art. 2952 C.C.).

Art. 27 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 28 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 29 - Indicizzazione

Le somme assicurate ed il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali del "numero indice nazionale dei servizi sanitari e spese per la salute", pubblicato nel bollettino mensile dell'Istituto Centrale di Statistica. L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice del mese di giugno dell'anno anteriore alla data di stipulazione della polizza convenzione con quello del mese di giugno dell'anno anteriore alla data della ricorrenza annuale della polizza convenzione, tenendo ovviamente conto dell'eventuale mutamento della base di calcolo. L'adeguamento si effettua quando la differenza tra detti indici risulti non inferiore al 10% e gli aumenti o le riduzioni sono applicate a decorrere dalla prima ricorrenza annuale successiva al 31 dicembre dell'anno di pubblicazione dell'indice da mettere a raffronto. Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni. Qualora, in conseguenza di uno o più adeguamenti, l'indice venisse a superare del 100% quello inizialmente stabilito, è in facoltà di ciascuna parte di rinunciare all'adeguamento; in tal caso le somme assicurate ed il premio rimangono quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

Art. 30 - Elenco grandi interventi chirurgici

Collo

- Linfektomia cervicale bilaterale
- Tiroidectomia: totale o allargata per neoplasia maligna
- Gozzo retrosternale con mediastinotomia

- Interventi sulle paratiroiditi
- Intervento per diverticolo dell'esofago
- Resezione dell'esofago cervicale

Addome (parete addominale)

- Laparotomia esplorativa per occlusione con o senza resezione
- Laparotomia esplorativa con sutura viscerale
- Laparotomia per drenaggio di peritoniti
- Intervento per ernie diaframmatiche o per ernie rare (ischiatriche, otturatorie, ecc.)

Peritoneo

- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale

Esofago

- Interventi per patologia benigna o maligna dell'esofago toracico
- Interventi con esofagoplastica

Stomaco - Duodeno

- Gastro enterostomia
- Resezione gastrica
- Gastroectomia totale o gastroectomia se allargata
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Sutura di perforazioni gastriche e intestinali non traumatiche
- Mega-esofago e esofagite da reflusso
- Cardioplastica
- Vagotomia

Intestino

- Enterostomia, ano artificiale e chiusura
- Enteroanastomosi
- Colectomie parziali e colectomia totale

Retto - Ano

- Interventi per neoplasie per retto - ano anche per via addominoperineale
- Prolasso del retto
- Operazione per megacolon
- Proctocolectomia totale

Fegato

- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi
- Resezioni epatiche
- Esplorazione chirurgica delle vie biliari
- Derivazioni biliodigestive
- Interventi sulla papilla Water
- Reinterventi sulle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale

Pancreas - Milza

- Interventi per pancreatite acuta e cronica, cisti, pseudocisti, fistole pancreatiche e neoplasie pancreatiche
- splenectomia

Torace - Parete Toracica

- Interventi per tumori maligni della mammella
- Resezione costali
- Correzioni di malformazioni parietali
- Trattamento di traumi parietali

Mediastino

- Interventi per ascessi e per tumori

Polmoni

- Interventi per ferite del polmone, ascessi, fistole bronchiali e per echinococco
- Resezione segmentaria e lobectomia
- Pneumectomia
- Broncoscopia operativa
- Tumori della trachea

Cardiochirurgia

- Interventi a cuore chiuso, a cuore aperto per difetti singoli non complicati e per difetti complessi o complicati
- Tutti gli interventi neonatali a cuore aperto con ipotermia profonda e arresto circolatorio
- Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso
- Fistole arterovenose polmonari
- Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale

Neurochirurgia

- Trapanazione cranica per puntura o drenaggio ventricolare
- Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche
- Intervento per encefalomeningocele
- Intervento per craniostenosi
- Asportazioni tumori ossei della volta cranica
- Interventi per traumi cranio cerebrali
- Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)
- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale o di ematoma epidurale
- Trapanazione per evacuazione di ematoma epidurale e sub-durale
- Rizotomia chirurgica e microdecompressione endocranica dei nervi cranici
- Anastomosi endocranica dei nervi cranici
- Trattamento percutaneo della nevralgia del trigemino e di altri nervi cranici
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc.)
- Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)
- Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazione vascolari intracraniche
- Psicochirurgia

- Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica
- Intervento per epilessia focale e callosotomia
- Emisferectomia
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale per via posteriore
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici anche con interposizione di innesto
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario
- Laminectomia esplorativa o decompressiva (per localizzazione tumorali ripetitive)
- Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
- Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, ecc.)
- Interventi per traumi vertebro-midollari anche con stabilizzazione chirurgica
- Interventi per mielopatia cervicale o ernia del disco per via anteriore o posteriore
- Somatotomia vertebrale
- Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore, per via laterale o transtoracica
- Asportazione di ernia del disco lombare
- Spondilolistesi
- Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, ecc)
- Cordotomia e mielotomia percutanea
- Cordotomia e mielotomia percutanea
- Applicazione di elettrodi o cateteri endorachidei per trattamento del dolore o altro
- Stabilizzazione di elettrodi o cateteri endorachidei e applicazione stimolatori o reservoir a permanenza

Nervi periferici

- Asportazione tumori dei nervi periferici
- Anastomosi extracranica di nervi cranici
- Interventi sui nervi periferici per neurorrafie, neurolisi, neurotomie, nevrectomie, decompressive
- Interventi sul plesso brachiale

Chirurgia Vascolare

- Interventi per aneurismi arteria ascellare, omerale, poplitea, femorale
- Interventi per aneurismi ed aneurismi artero-venosi dei seguenti vasi arteriosi (carotidi, vertebrali, succlavia, tronco branchio-cefalico, iliache)
- Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo
- Interventi per aneurismi artero-venosi a livello ascellare, omerale, popliteo, femorale
- Lobolectomia e troabectomia arteriosa per arto
- Interventi per stenosi ed ostruzione della carotide extracranica, succlavia e arteria anonima
- Disostruzione e by-pass arterie periferiche; disostruzione e by-pass aortoaddominale
- Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca
- Troabectomia venosa periferica: iliaca, cava
- Legatura vena cava inferiore
- Resezione arteriosa con plastica vasale
- Interventi per innesti di vasi
- Operazioni sull'aorta toracica e sulla aorta addominale.
- Interventi sul sistema nervoso simpatico: simpaticectomia cervico toracica, simpaticectomia lombare

Chirurgia pediatrica

- Cranio bifido: con meningocele o con meningoencefalocoele
- Craniostenosi
- Idrocefalo ipersecretivo
- Torcicollo miogeno congenito con apparecchio gessato
- Linfangioma cistico del collo
- Neurolisi del plesso brachiale per paralisi ostetrica
- Osteotomia derotativa per paralisi ostetrica
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- Atresia congenita dell'esofago
- Fistola congenita dell'esofago
- Torace ad imbuto e torace carenato
- Stenosi congenita del piloro
- Occlusione intestinale del neonato: malrotazione bande congenite, volvolo; atresie necessità di anastomosi; ileo meconiale ileostomia semplice, resezione secondo Mickulicz, resezione con anastomosi primitiva
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale; operazione perineale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale
- Prolasso del retto: operazione addominale
- Teratoma sacrococcigeo
- Megauretere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Spina bifida: Meningocele; mielomeningocele
- Megacolon: colostomia; resezione anteriore; operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- Esonfalo
- Fistole e cisti dell'ombelico: del canale onfalomesenterico con resezione intestinale

Ortopedia e Traumatologia

- Amputazioni grandi segmenti
- Pseudoartrosi grandi segmenti
- Trattamento delle pseudoartrosi con la tecnica della compressione-distrazione
- Interventi per costola cervicale
- Scapulopessi
- Asportazione di tumori ossei
- Trapianti ossei e protesi articolari dell'anca, spalla e ginocchio
- Trattamento delle dismetrie e delle deviazioni degli arti con impianti esterni
- Biopsia trans-peduncolare dei somi vertebrali
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezioni del sacro
- Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari
- Laminectomia decompressiva per neoplasie (senza sintesi)
- Disarticolazioni: grande
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto
- Resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custommade"
- Resezioni del radio distale: artrodesizzanti (trapianto o cemento); con trapianto articolare

- perone-pro-radio
- Emipelvectomia ed emipelvectomie "interne" secondo Enneking con salvataggio dell'arto
- Resezione artrodiastiche del ginocchio: artrodesizzanti (trapianto o cemento più infibulo femore-tibiale); sostituzioni con protesi modulari o "custom-made"
- Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi + cemento
- Artrodesi grandi (spalla, anca, ginocchio)
- Emiartroplastica
- Vertebrotonomia
- Discectomia per via anteriore: per ernia cervicale; per ernia dura o molle con artrodesi
- Uncoforaminotomia
- Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- Osteosintesi vertebrale
- Artrodesi per via anteriore
- Sindesmotomia
- Pollicizzazione del 2° o altro dito (per tempo operatorio)

Urologia

- Decapsulazione
- Nefropessi
- Lombotomia; lombotomia per biopsia chirurgica e lombotomia per ascessi pararenali
- Nefrectomia: semplice, parziale, allargata per tumore, allargata per tumore con embolectomia
- Resezione renale con clampaggio vascolare
- Nefroureterectomia totale
- Pieloureteroplastica (tecniche nuove)
- Surrenalectomia
- Ureterocistoneostomia: con plastica di riduzione dell'uretere; con psiozzazione vescicale
- Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale
- Emitrigonectomia
- Ileo bladder
- Cistoprostatovesicolectomia: con ureterosigmoidostomia; con neovescica rettale, con ileo bladder, con ureteroileoanastomosi
- Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- Riparazione di fistola vescico intestinale
- Riparazione fistole vescico vaginali
- Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
- Linfadenectomia locoregionale di staging per ca. prostatico
- Prostatectomia radicale extraponeurotica nerve sparing
- Riparazione distole scrotali o inguinali
- Linfadenectomia retroperineale bilaterale per neoplasia testicolari

Nefrologia

- Fav: impianto di materiale protesico

Ginecologia

- Isterectomia totale per via laparotomica con o senza annessiectomia (presente)
- Metroplastica per via laparotomica
- Miomectomia e/o ricostruzione plastica dell'utero
- Salpingoplastica
- Vulvectomia radicale

- Riparazione chirurgica di fistola: ureterale, vescico-vaginale, retto-vaginale
- Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
- Vulvectomia allargata con linfadenectomia
- Intervento radicale per carcinoma ovarico
- Creazione operatoria di vagina artificiale (con utilizzazione del sigma)

Oculistica

- Odontocheratopresi
- Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile
- Vitrectomia
- Cheratomileusi
- Epicheratoplastica
- Operazione di Kroenlein od orbitotomia

Orecchio

- Atresia auris congenita: ricostruzione
- Exeresi di neoplasia del padiglione con svuotamento linfoghiandolare
- Trattamento delle petrositi suppurate
- Apertura di ascesso cerebrale per via transmastoidica
- Timpanoplastica in un solo tempo (curativa e ricostruttiva)
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Interventi per otosclerosi
- Chirurgia del sacco endolinfatico
- Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale
- Anastomosi e trapianti nervosi
- Sezione del nervo: cocleare, vestibolare
- Neurinoma dell'VIII paio
- Asportazione di tumori dell'orecchio medio
- Idem del temporale
- Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa
- Svuotamento con innesto dermoepidermico
- Legatura della vena giugulare previa mastoidomia
- Distruzione del labirinto
- Chirurgia della sindrome di Ménière
- Operazione radicale per sinusite frontale (operazione di Ogston-Luc)
- Trattamento chirurgico di mucocoele frontoetmoidale
- Asportazione di tumori maligni del naso e dei seni
- Apertura del seno sfenoidale.
- Intervento per fibroma duro rinofaringeo
- Operazione radicale di sinusite mascellare (operazione di Calwell-Luc)
- Chirurgia della fossa pterigomascellare
- Tumori maligni: del cavo orale e faringei con svuotamento latero-cervicale; parafaringei; di altre sedi (tonsille, ecc.)
- Asportazione della parotide

Laringe - Trachea - Bronchi - Esofago

- Laringectomia: parziale, sopraglottica, totale, ricostruttiva
- Laringofaringectomia

- Interventi pre paralisi degli abduttori
- Cisti della tiroide
- Svuotamento sottomandibolare bilaterale
- Svuotamento laterocervicale: unilaterale, bilaterale
- Chiusura di fistola esofagea
- Plastiche laringotracheali
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

Chirurgia Maxillo-Facciale

- Frattura dei mascellari: terapia chirurgica

Trapianti

- Tutti

...

GARANZIE ASSISTENZA PER IL PERSONALE DELLE POSTE ITALIANE S.P.A. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA

Assistenza: l'aiuto tempestivo, in denaro o in assistenza, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro.

Struttura Organizzativa: la struttura di EUROP ASSISTANCE SERVICE S.p.A. Piazza Trento 8 - 20135 Milano, in funzione tutti i giorni dell'anno 24 ore su 24, che organizza le prestazioni di assistenza previste in polizza, su richiesta dell'Assicurato.

Domicilio: il luogo di abitazione, anche temporanea, dell'Assicurato.

1) Oggetto dell'assicurazione

Al verificarsi di un infortunio o una malattia che colpiscano l'Assicurato, a condizione che sia stato puntualmente corrisposto il premio, la Società si impegna ad erogare le prestazioni di assistenza avanti specificate.

2) Altre assicurazioni

L'Assicurato, in deroga a quanto disposto dall'art. 1910 C.C., è esonerato dall'obbligo di dare comunicazione dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni a copertura degli stessi rischi. In caso di sinistro il Contraente e/o l'Assicurato deve darne, tuttavia, avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, a norma dell'art. 1910 C.C. In caso di attivazione di altra compagnia le prestazioni previste nella polizza Generali Italia S.p.A. saranno operanti, entro i limiti previsti, quale rimborso degli eventuali maggiori importi addebitati dalla compagnia che ha erogato l'assistenza.

3) Estensione territoriale

In deroga all'articolo 17 l'assicurazione assistenza vale per il territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino, salvo eventuale diversa indicazione per le singole garanzie.

4) Esonero di responsabilità

La Società non potrà in alcun modo essere ritenuto responsabile di ritardi o impedimenti nell'erogazione delle prestazioni di assistenza; qualsiasi pretesa dovrà essere fatta valere nei confronti della Struttura Organizzativa, la quale si assume in proprio ogni responsabilità.

5) Avviso di sinistro

Per aver diritto alle prestazioni garantite, l'Assicurato, appena verificatosi un sinistro che dia

luogo ad una richiesta di assistenza, ne deve dare comunicazione esclusivamente alla Struttura Organizzativa ai numeri: Numero Verde 800 450130 - Telefono 02 58286788 fornendo gli elementi che verranno richiesti dall'operatore quali la Fascia Tessera, i dati identificativi dell'Assicurato, l'indirizzo e il recapito telefonico del luogo ove si trova l'Assicurato.

6) Limiti di esposizione

I massimali indicati per ogni singola prestazione debbono intendersi al lordo di qualsiasi imposta od altro onere stabilito per legge. Le eventuali spese sostenute dall'Assicurato, sempreché preventivamente autorizzate, saranno rimborsate dalla Società, tramite la Struttura Organizzativa, dietro presentazione di validi giustificativi in originale (fatture, certificati, note).

7) Mancato utilizzo delle prestazioni

In caso di prestazioni non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'assicurato, o per negligenza di questi, la società non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in alternativa o a titolo di compensazione rispetto a quello offerto.

8) Rimborso per le prestazioni indebitamente ottenute

La Società si riserva il diritto di chiedere il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione delle prestazioni di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge.

9) Assistenza alle persone

9.1) Consulto medico telefonico (24 ore su 24)

Qualora, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, l'Assicurato necessiti di un consulto telefonico urgente e non riesca a contattare il proprio medico abituale potrà, mettendosi in comunicazione con il servizio medico della Struttura Organizzativa, ricevere consigli ed indicazioni sulle prime terapie da eseguire.

9.2) Ricerca e prenotazione di centri diagnostici e specialistici e di laboratori di analisi

(la seguente prestazione è operante dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di: 1. ricovero, 2. intervento chirurgico, 3. accertamenti diagnostici, 4. esami di laboratorio, potrà prendere contatto con la Struttura Organizzativa che, previa analisi del quadro clinico del paziente in accordo con il medico curante individua e prenota, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura attrezzato, il centro diagnostico od il laboratorio di analisi ritenuto più idoneo per il caso.

9.3) Invio di un infermiere al domicilio

Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in un istituto di cura a seguito di infortunio o malattia necessiti, sulla base di una prescrizione dei medici che lo hanno avuto in cura, di una terapia a domicilio con l'ausilio di un infermiere, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, invierà un infermiere convenzionato al domicilio dell'Assicurato in Italia, tenendo a proprio carico i relativi costi, fino ad un massimo di 4 ore in non più di tre giorni, nell'ambito del massimale della Sezione Malattie.

9.4) Collaboratrice familiare

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, sia stato ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore a cinque giorni e si trovi nell'impossibilità, per gravi motivi di salute, di occuparsi del disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, provvederà ad inviare una collaboratrice familiare tenendo a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di 10 ore per sinistro, usufruibili in non più di tre giorni. La collaboratrice familiare convenzionata sarà messa a disposizione nei tempi resi possibili dalle oggettive situazioni locali.

9.5) Baby sitter

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia che abbia comportato un ricove-

ro in istituto di cura per un periodo superiore a cinque giorni, sia temporaneamente impossibilitato ad accudire i figli minori di 15 anni e, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, provvederà ad inviare una baby sitter/old sitter che assista il familiare, tenendo a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di 4 ore per sinistro, usufruibili in non più di tre giorni. La baby sitter convenzionata sarà messa a disposizione nei tempi resi possibili dalle oggettive situazioni locali.

...

ASSISTENZA

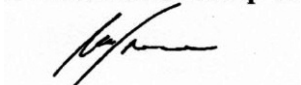
AVVISO DI SINISTRO: per aver diritto alle prestazioni garantite l'assicurato, appena verificatosi un sinistro che dia luogo ad una richiesta di assistenza, ne deve dare comunicazione alla struttura organizzativa Europ Assistance Service S.p.A. ai numeri:

- **Numero verde: 800 450130**
- **Numero telefono: 02 58286788**

...

GENERALI ITALIA S.p.A.

Generali Italia S.p.A.



IL CONTRAENTE



Agli effetti degli articoli 1341 e 1342 C.C. il Contraente dichiara di approvare specificatamente le disposizioni contenute nelle norme contrattuali - Art. 19 – Durata della Garanzia - Proroga tacita - Cessazione della garanzia in caso di estinzione della Polizza convenzione.

IL CONTRAENTE



Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza che il presente contratto è di durata poliennale ai sensi della legge n. 99 del 23/07/2009, con riduzione del premio di tariffa dell'8%; pertanto non è possibile disdettare il contratto prima della scadenza prevista in polizza o, se il contratto supera i cinque anni, prima che siano trascorsi cinque anni, con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata con un preavviso di 60 giorni.

IL CONTRAENTE



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 Postetelegrafonici (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 contratto 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 Postelegrafonici, 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 contratti 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, vincolatari, 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.

APPENDICE DI DICHIARAZIONE N. 001

Data di emissione: 15/02/2019

Modifica durata contratto su Polizza Ricoveri Light CSAP 380125770

A modifica delle condizioni contrattuali della polizza cui si riferisce la presente appendice si conviene quanto segue:

Art. 1 - Ambito di applicazione:

Il primo capoverso è così sostituito: "Alla polizza convenzione possono chiedere di aderire i dipendenti in servizio ed i pensionati entro il 64° anno di età e relativi nuclei familiari, dei seguenti Enti:"

Art. 16 - Limite di età:

Il primo capoverso è così sostituito: "L'assicurazione potrà essere stipulata da dipendenti in servizio degli enti di cui all'art.1 e relativi nuclei familiari entro il 70° anno di età per singolo assicurato e da ex dipendenti in pensione entro il 64° anno di età nonché dai relativi nuclei familiari entro il 70° anno di età per singolo assicurato."

Art. 21 - Cessazione del rapporto assicurativo per risoluzione del rapporto di lavoro:

L'ultimo capoverso è così sostituito: "Tuttavia in caso di cessazione del rapporto di lavoro per pensionamento o prepensionamento il rapporto assicurativo proseguirà in conformità a quanto regolato all'art.19 e il singolo assicurato/aderente provvederà al prosieguo della corresponsione della rimanente annualità di premio nonché delle successive in forma anticipata indicando la modalità di pagamento ovvero; mensilmente a mezzo di SDD bancario, trimestrale, semestrale, annuale a mezzo di SDD bancario, bonifico bancario ricorrente, bollettino di conto corrente postale."

Fermo ed invariato il resto.

NOTIZIE UTILI PER L'ASSICURATO

- **INTERRUZIONE DELLA GARANZIA ASSICURATIVA**

L'articolo 20 delle condizioni di polizza prevede che la garanzia assicurativa è sospesa durante i periodi di aspettativa dal servizio e che riprende vigore appena cessate le ragioni che hanno determinato la sospensione stessa - ovviamente - se contemporaneamente viene ripristinata anche la trattenuta sullo stipendio del premio mensile.

Al fine di evitare spiacevoli disagi che possono causare la non indennizzabilità di un eventuale sinistro perché non coperto dal pagamento del premio assicurativo, si richiede all'Assicurato di dare tempestiva notifica scritta al CSAP dell'effettiva data del rientro in servizio.

- **DAY HOSPITAL - DAY SURGERY - CHIRURGIA AMBULATORIALE**

Per ottenere l'indennizzo previsto in polizza per i day hospital, day surgery e chirurgia ambulatoriale; è necessario che l'assicurato trasmetta una relazione di degenza con diagnosi, rilasciata dall'istituto di cura, dove risulti chiaramente che si tratta di ricovero in regime di day hospital, day surgery e chirurgia ambulatoriale.

A maggior chiarimento si rammenta che le prestazioni ambulatoriali, eccezione fatta per la su indicata chirurgia ambulatoriale, sono ammesse in garanzia limitatamente a quanto previsto dall'art. 7 ovvero: chemioterapie, radioterapie, dialisi.

- **INDENNITÀ GIORNALIERA PER TERAPIE AMBULATORIALI:
CHEMIOTERAPIA - RADIOTERAPIA - DIALISI**

Per ottenere l'indennizzo secondo quanto previsto dall'Art. 7, è necessario che l'Assicurato invii una certificazione del medico specialista che ha prescritto la terapia unitamente alla certificazione della struttura sanitaria attestante il giorno/i in cui si è sottoposto alla dialisi/terapia.

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.



v1 - 01.04.2019

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

