POLIZZA CONVENZIONE

INFORTUNI
DIPENDENTI

TI PROTEGGE
24 ORE
SU 24

COMITATO
SINDACALE
ASSICURAZIONE
POSTELEGRAFONICI

DAL 1947

Polizza Convenzione

POLIZZA CONVENZIONE INFORTUNI DIPENDENTI

CSAP - Generali Italia S.p.A.
N. IU7/420628991

	PLATINUM	GOLD	SILVER
Diaria per Inabilità Temporanea	€ **35,00**	€ **30,00**	€ **15,00**
Massimale Invalidità Permanente	€ **130.000,00**	€ **115.000,00**	€ **65.000,00**
Caso Morte	€ **130.000,00**	€ **115.000,00**	€ **65.000,00**
Massimale per invalidità permanente a seguito di ictus e infarto ≥60%	€ **27.500,00**	€ **25.000,00**	€ **12.500,00**
Rotture tendinee sottocutanee	€ **2.600,00**	€ **1.150,00**	€ **1.150,00**
Rendita vitalizia per Invalidità Permanente da infortunio = 100%	€ **13.750,00**	€ **12.500,00**	€ **6.200,00**
Rimborso Spese adeguamento abitazione a seguito di grave infortunio ≥60%	€ **20.000,00**	€ **15.000,00**	
Rimborso Spese Sanitarie a seguito di infortunio di cui per:	€ **11.000,00**	€ **10.000,00**	€ **5.000,00**
• fisioterapia	€ 2.500,00	€ 2.500,00	€ 1.250,00
• cure dentarie	€ 1.500,00	€ 1.500,00	€ 750,00
Indennità per coma a seguito di infortunio	€ **22.000,00**	€ **20.000,00**	€ **10.000,00**
Spese per rientro sanitario dall'estero	€ **4.400,00**	€ **4.000,00**	€ **2.000,00**
PREMIO MENSILE	€ **42,50**	€ **37,75**	€ **21,00**

GARANZIE AGGIUNTIVE

Maggiorazioni capitali per invalidità permanente: 66%=100% / 100%=200%
Maggiorazioni capitali caso morte: 1,5 volte il capitale se assicurato/a risulta coniugato/a o convivente (more uxorio), 2 volte se assicurato/a ha figlio/i minori o permanentemente inabili al lavoro.

Polizza Convenzione

POLIZZA CONVENZIONE INFORTUNI DIPENDENTI

CSAP - Generali Italia S.p.A.
N. IU7/420628991

SOMMARIO

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni ..... pag 4

DIP - Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP Aggiuntivo Danni) ..... pag 6

Condizioni di Polizza ..... pag 9

- Definizioni ..... pag 9

- Norme che regolano l'assicurazione in generale ..... pag 10

- Oggetto dell'assicurazione ..... pag 11

- Garanzie ..... pag 15

- Sinistri - diritti e doveri fra le parti ..... pag 25

ASSICURAZIONE INFORTUNI
Assicurazione infortuni Dipendente CSAP

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: 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.
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 dei familiari dei dipendenti appartenenti a datori di Lavoro convenzionati con CSAP.

Che cosa è assicurato?
La copertura vale per gli infortuni subiti:

- nell'esercizio dell'attività professionale
- durante ogni altra normale attività di natura extraprofessionale

Negli ambiti sopra descritti sono comprese le seguenti principali garanzie:

- Diaria per Inabilità Temporanea
- Invalidità permanente
- Morte
- Rimborso Spese di cura a seguito di infortunio
- Rendita Vitalizia in caso di invalidità permanente grave

La copertura è estesa anche alle malattie con la prestazione della seguente garanzia:

- Invalidità Permanente da ictus e infarto

Che cosa NON è assicurato ?
Le principali esclusioni sono relative a:

- 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;
- 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 o indirette di contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico o guerra.

Le esclusioni sono contenute nelle condizioni di assicurazione.

Ci sono limiti di copertura ?

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.

Le franchigie, gli scoperti e le cause di sospensione sono contenute nelle condizioni di assicurazione.

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 esaustive 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 (15 giorni per l'invalidità permanente da malattia) 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 trattenuta a ruolo paga da parte del datore di lavoro a seguito di rilascio delega da parte del dipendente e in tal caso è frazionato in 12 rate mensili; diversamente, qualora il datore di lavoro non effettui le trattenute e ruolo paga delle rate mensili di premio, è facoltà del dipendente procedere al pagamento del premio a mezzo di RID Bancario, Bonifico ricorrente, bollettino di conto corrente postale in rate trimestrali, semestrali, annuale.

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; diversamente, nel caso in cui il pagamento del premio venga effettuato direttamente dal dipendente attraverso RID Bancario, Bonifico Bancario, Conto corrente postale, la copertura avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno in cui è avvenuto il pagamento.
Per i dipendenti 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.

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 (8,35%) , spedendo la disdetta almeno 60 giorni prima del termine rispettivamente previsto.
Inoltre, l'Assicurato può disdettare la polizza dal terzo sinistro, fino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto dell'indennizzo.

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 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 n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.

ASSICURAZIONE INFORTUNI
Polizza n. IU7/420628991
"Convenzione infortuni dipendenti CSAP"

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

COMPAGNIA Generali Italia S.p.A.
PRODOTTO "Assicurazione Infortuni Cumulativa Aziendale"
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 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: 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.

INFORTUNI

Che cosa è assicurato?
L'assicurazione viene prestata nei confronti dei dipendenti 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, Inabilità temporanea, Rimborso spese di cura e Rendita vitalizia in caso di invalidità permanente grave.
La copertura comprende anche la garanzia malattia Invalidità permanente da ictus e infarto.

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 alcoolismo, 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 la garanzia Invalidità permanente da ictus e infarto tale limite è ridotto a 65 anni.
Per le garanzie Invalidità permanente, Morte, Inabilità temporanea, Rimborso spese di cura, Rendita vitalizia in caso di invalidità permanente grave e Invalidità permanente da ictus e infarto, i relativi limiti sono indicati in polizza.
E previsto un limite di indennizzo in caso di unico evento che colpisca più persone assicurate con la presente polizza o con altre polizze operanti con Generali Italia per i medesimi rischi.

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 è possibile sospendere la garanzia assicurativa in corso di contratto.

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 ?
Dipendenti appartenenti a datori di lavoro convenzionati con CSAP.

Quali costi devo sostenere ?
Gli intermediari Generali Italia per la vendita di questa assicurazione percepiscono in media il 21,20% 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 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: generaliitalia@pec.generaligroup.com

AVVERTENZA:
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 POLIZZA

Polizza Convenzione infortuni dipendenti CSAP - Generali italia S.p.a.
n. IU7/420628991

DEFINIZIONI

Alle seguenti denominazioni le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

ASSICURAZIONE:	il contratto di assicurazione
POLIZZA:	il documento che prova l'assicurazione
CONTRAENTE:	il soggetto che stipula l'assicurazione
ASSICURATO:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione
BENEFICIARIO:	Il soggetto od i soggetti cui, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita
SOCIETÀ:	l'impresa assicuratrice
PREMIO:	la somma dovuta dal Contraente alla Società
RISCHIO:	la probabilità che si verifichi il sinistro
SINISTRO:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione
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.
INDENNIZZO:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
COMA:	stato di incoscienza senza reazione a stimoli esterni o a necessità interne mantenuto con l'uso di sistemi di rianimazione per un periodo di almeno 96 ore.
ICTUS CEREBRALE:	un accidente cerebro - vascolare di natura infartuale e/o emorragica e/o emorragica aracnoidea che esordisce acutamente e produce danno e/o deficit neurologico irreversibile, immediatamente riscontrato in ambito di ricovero in Istituto di cura.
INFARTO:	la manifestazione clinica di una anossia acuta e persistente di una parte del miocardio che cade in necrosi per arresto del flusso coronarico. La diagnosi si basa sulla presenza contemporanea di tre fattori: dolore precordiale, alterazioni elettrocardiografiche e alterazioni enzimatiche.
INVALIDITÀ:	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.
INFORTUNIO:	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, nei quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.
INABILITÀ TEMPORANEA:	perdita temporanea a seguito di infortunio, in maniera totale o parziale, della capacità dell'assicurato di attendere alle attività professionali principali o secondarie dichiarate.
RICOVERO:	la degenza comportante pernottamento in istituto di cura.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Decorrenza dell'assicurazione
In conformità con quanto disposto dall'art. 1901 del Codice Civile, il rapporto assicurativo ha effetto dal primo giorno del mese successivo a quello in cui è stata praticata la prima trattenuta dal datore di lavoro dal ruolo paga del premio assicurativo.
Resta confermato che nel caso in cui la prima trattenuta di premio sullo stipendio non sia stata effettuata, per motivi operativi e/o tecnico-informatici dell'Azienda di appartenenza, la garanzia sarà ugualmente operante come sopra purché sia stata data comunicazione alla Società dell'avvenuto disguido, si proceda al recupero della quota.
Nel caso in cui il pagamento del premio venga effettuato direttamente dall'assicurato con bonifico bancario ricorrente o conto corrente postale trimestrale, semestrale o annuale, la decorrenza assicurativa ha effetto dalle ore 24 del giorno in cui è avvenuto il pagamento della prima rata del premio stabilito. Il pagamento della rata successiva alla prima deve essere effettuato dall'Assicurato prima della scadenza di quest'ultima e così successivamente.

Art. 2 - Pagamento del premio
L'importo della rata mensile viene trattenuto dal datore di lavoro dal ruolo paga dell'Assicurato a seguito di delega rilasciata dallo stesso all'Azienda di appartenenza.
Quest'ultimo mette detto importo a disposizione del contraente CSAP, il quale è tenuto a versarlo alla Società entro 90 giorni dalla data di scadenza di ciascuna rata mensile.
Nel caso in cui il datore di lavoro abolisse con provvedimento amministrativo la trattenuta già disposta dal ruolo paga dell'Assicurato, la Società provvederà a comunicargli le modalità per la continuazione della garanzia assicurativa mediante pagamento del premio in rate trimestrali anticipate. Qualora il datore di lavoro non effettui le trattenute mensili del premio sul ruolo paga dei dipendenti assicurati, a quest'ultimi è concessa la possibilità di provvedere al pagamento del premio con bonifico bancario ricorrente o conto corrente postale trimestrale, semestrale o annuale.

Art. 3 - Durata della convenzione - proroga tacita
La presente polizza convenzione ha una durata di cinque anni dalla data di effetto.
La stessa si intende tacitamente rinnovata per la durata di 1 anno e così successivamente, salvo disdetta data da una delle due parti contraenti (CSAP o GENERALI ITALIA S.p.A.) con lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza.

Art. 4 - Durata e proroga dell'assicurazione
Il rapporto assicurativo con il singolo assicurato, salvo quanto disposto dalla legge n. 99 del 23/07/2009 e quanto previsto dai successivi articoli 19 (Cessazione dell'assicurazione per risoluzione del rapporto di lavoro), art. 39 (Ammontare del premio e modalità di pagamento) e art. 46 (Recesso in caso di sinistro), ha la durata di 10 anni e, in mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, è prorogata per un anno e così successivamente.
L'eventuale estinzione della polizza convenzione (per mancato rinnovo alla scadenza) non avrà alcun effetto sulla durata del rapporto assicurativo con il singolo assicurato iniziato anteriormente, che resta comunque fissato in 10 anni dalla data di inizio dell'assicurazione (art. 1); in tal caso, tuttavia, il rapporto cesserà senza bisogno di disdetta alla scadenza del decimo anno.

Art. 5 - Modifiche della polizza convenzione
Le eventuali modifiche della polizza convenzione devono essere provate per iscritto.

art. 6 - obblighi dell'assicurato in caso di sinistro
In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società, ai sensi dell'art. 1913 C.C. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi del- l'art. 1915 C.C.

Art. 7 - Oneri fiscali
Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Art. 8 - Revisione delle condizioni
Alla fine di ogni triennio assicurativo potrà essere fatto, di comune accordo fra le Parti contraenti CSAP/ GENERALI ITALIA S.p.A., il riesame delle condizioni assicurative.

Art. 9 - Rinvio alle norme di legge
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 10 - Prescrizione
I diritti derivanti dalla presente polizza infortuni si prescrivono in due anni. (Art. 2952 C.C.).

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 11 - Persone Assicurate
L'assicurazione vale per i dipendenti delle Società di seguito elencate che abbiano inoltrato formale domanda di adesione al contraente CSAP alla combinazione prescelta ovvero **Platinum, Gold, Silver** delle condizioni di cui alla presente Polizza Cumulativa - Convenzione CSAP/ GENERALI ITALIA S.p.A., nonché delle norme che regolano l'assicurazione in generale e l'assicurazione infortuni in essa contenute:
- dipendenti delle Poste Italiane S.p.A.;
- dipendenti delle Ditte consociate e/o appaltanti attività postali e di comunicazioni;
- dipendenti delle Organizzazioni Sindacali SLC CGIL – SLP CISL - UILPOSTE
- dipendenti delle Società riconducibili sindacalmente al settore Postale delle Organizzazioni Sindacali CISL - CGIL - UIL.

L'Assicurato che sia già titolare di garanzia in base ad una precedente polizza infortuni della medesima convenzione, continuerà a fruire delle prestazioni previste dalla predetta fino al momento in cui inoltri domanda di adesione alla presente polizza. Tale domanda, in base alla combinazione prescelta, determina l'automatico annullamento della precedente delega e polizza in base alle sotto indicate modalità:
- **Adesione combinazione "Silver" premio mensile € 21,00:** l'adesione a tale combinazione annulla automaticamente l'adesione a precedente polizza infortuni, della Convenzione CSAP/Generali Italia, con quota premio mensile pari o inferiore ad € 21,00; diversamente, nel caso in cui in dipendente sia già assicurato ad una polizza infortuni con quota premio mensile superiore ad € 21,00 l'annullamento della precedente adesione andrà in effetto alla prima scadenza annuale utile, decorso il quinquennio di adesione alla precedente polizza, della polizza da sostituire.

- **Adesione combinazione “Gold” premio mensile € 37,75:** l’adesione a tale combinazione annulla automaticamente l’adesione a precedente polizza infortuni della Convenzione CSAP/Generali Italia.
- **Adesione combinazione “Platinum” premio mensile € 42,50:** l’adesione a tale combinazione annulla automaticamente l’adesione a precedente polizza infortuni della Convenzione CSAP/Generali Itallia.

Art. 12 - Rischio assicurato

L’assicurazione vale per gli infortuni che l’Assicurato subisca nello svolgimento:
a) delle attività professionali svolte nell’ambito della propria Società di appartenenza;
b) di ogni altra attività extra lavoro che non abbia carattere professionale.
È considerato infortunio l’evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.
Sono compresi in garanzia anche:
- l’asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione, intossicazioni, inalazioni o assorbimenti di sostanze, nonché le infezioni o corrosioni per improvviso contatto con acidi;
- punture di insetti;
- l’annegamento;
- l’assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- l’azione del fulmine;
- per le lesioni determinate da sforzi muscolari, intesi per tali gli eventi che presentino le caratteristiche di cui alle definizioni, con esclusione delle lombalgie e sciatalgie, degli infarti, degli ictus, delle rotture tendinee sottocutanee e delle ernie di qualsiasi tipo, per strappi e stira menti muscolari, occorsi sul lavoro e riconosciuti dall’INAIL come infortunio, con unico riferimento alla diagnosi espressa sulle certificazioni mediche, la Società riconosce la sola prima manifestazione per sede colpita verificatasi nel corso di validità della presente polizza, con l’attivazione della sola prestazione Inabilità Temporanea e l’indennizzo di massimo di giorni 30 indipendentemente dalla durata dell’infortunio. In questi casi non si dà luogo all’indennizzo della invalidità permanente né si attiva la prestazione rimborso spese.
- per i soli infortuni sul lavoro riconosciuti dall’INAIL, diagnosticati come lombalgie e sciatalgie in generale, la Società riconosce la sola prima manifestazione, verificatasi nel corso di validità della presente polizza, con l’attivazione della sola prestazione Inabilità Temporanea e l’indennizzo di massimo di giorni 30 indipendentemente dalla durata dell’infortunio. In questi casi non si dà luogo all’indennizzo della invalidità permanente né si attiva la prestazione rimborso spese.
- gli infortuni subiti in stato di malore o incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza gravi;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l’Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli stati di shock da trauma psichico, clinicamente accertati, subiti dall’Assicurato durante l’espletamento del servizio lavorativo a seguito di rapina verificatesi nell’espletamento del servizio con l’attivazione della sola prestazione Inabilità Temporanea e l’indennizzo di massimo di giorni 30 indipendentemente dalla durata dell’infortunio.

In questi casi non si dà luogo all'indennizzo della invalidità permanente né si attiva la prestazione rimborso spese.

- gli infortuni conseguenti ad attività svolte al di fuori del servizio, anche con uso di macchine (trattori, motozappe, motocoltivatori, ecc.), sempre che non siano attività lavorative per conto terzi; i familiari dell'Assicurato non sono considerati terzi;
- gli infortuni derivanti da pratiche sportive, alle condizioni e nei limiti di cui al successivo art. 29;
- 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 colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 13 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

a) dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
b) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto dall'art. 14;
c) dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
d) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
e) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
g) da guerre o insurrezioni;
h) da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche, salvo quanto previsto dalla Condizione Particolare Aggiuntiva - "Calamità naturali" (art. 41);
i) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).
j) da contaminazioni biologiche o chimiche a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere. Per atto di terrorismo si intende un atto che prevede l'uso della forza o violenza e/o minaccia, cha abbia motivi politici, religiosi, ideologici od etnici e che sia perpetrato da una persona o un gruppo di persone che agisca per conto proprio, oppure su incarico o collegamento con una o più organizzazioni, con uno o più governi e con l'intenzione di esercitare influenza su un governo e/o intimorire l'opinione pubblica o parte di essa;
k) da eventi determinati da epilessia e HIV.

Sono inoltre esclusi gli infarti, gli ictus, le rotture tendinee sottocutanee eccezion fatta per quanto previsto al successivo art.29, e le ernie di qualsiasi tipo.

Art. 14 - Rischio volo

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

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

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

Per aeromobile:
€ 6.000.000,00 per il caso morte
€ 6.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
€ 6.000,00 per il caso di inabilità temporanea
Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti. Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso. La garanzia in cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

Art. 15 - Altre cause di sospensione dell'assicurazione
Per gli Assicurati in attività di servizio la garanzia assicurativa è sospesa durante i periodi di aspettativa dal servizio presso la Società di appartenenza, senza trattenuta dal datore di lavoro dal ruolo paga del premio. Parimenti la garanzia assicurativa è sospesa durante i periodi nei quali, per altri motivi inerenti il contratto di lavoro, il dipendente non percepisca lo stipendio dall'Azienda di appartenenza con la conseguente impossibilità a praticare la trattenuta dal ruolo paga del premio assicurativo o lo stipendio sia percepito dall'Assicurato in maniera ridotta tale da superare la disponibilità della quota dello stipendio che per legge è cedibile a favore delle ritenute volontarie. L'assicurazione riprende vigore non appena cessate le predette cause di sospensione. Se per cause dipendenti da motivi operativi e/o tecnico-informatici dell'azienda di appartenenza non viene effettuata la trattenuta dal ruolo paga e sempreché risulti dai registri dell'Ente di appartenenza che il /i soggetto / i hanno ripreso il servizio, la garanzia sarà ugual- mente operante, ovviamente con il recupero delle rate di premio non trattenute.

Art. 16 - Limiti di età
L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti all'Assicurato.

Art. 17 - Persone non assicurabili
Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute le persone che siano o siano state affette da alcoolismo, 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. Pertanto, in conformità con quanto disposto dall'art. 47 - dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, qualora risulti che l'assicurato al momento della stipulazione della polizza era affetto da alcuna delle patologie su elencate taciute alla Società, il contratto è annullato ed i sinistri nel frattempo verificatisi non sono indennizzabili.
Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni o malattie nel corso del contratto costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile; di conseguenza la Società può recedere dal contratto con effetto immediato, limitatamente alla persona assicurata colpita da affezione ed i sinistri, verificatisi successivamente all'insorgenza di taluna delle sopraindicate patologie, non sono indennizzabili.

Art.18 - Estensione territoriale
L'assicurazione vale in tutto il mondo. L'inabilità temporanea, al di fuori dell'Europa o degli stati extraeuropei del Mediterraneo, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa o negli stati sopra menzionati.

Art. 19 - Cessazione del rapporto di lavoro
L'assicurazione cessa automaticamente con la risoluzione del rapporto di lavoro dell'Assicurato in attività di servizio con la propria Società di appartenenza e l'impossibilità di effettuare la trattenuta a ruolo del premio mensile.

Art. 20 - Dipendenti con rapporto di lavoro part-time
La garanzia è operante per i dipendenti con rapporto di lavoro part-time per rischi professionali ed extra purché sia stato effettuato, a mezzo trattenuta sullo stipendio, il pagamento della relativa rata di premio.
Se la trattenuta sullo stipendio non potrà essere garantita mensilmente dal tipo di contratto part- time dell'Assicurato, nei mesi in cui il dipendente postale presterà servizio e quindi percepirà la busta paga mensile relativa, sarà effettuata la trattenuta di una quota doppia che andrà a copri- re i mesi dove non sarà erogata la busta paga stessa.
nel caso in cui si dovesse cambiare la formula contrattuale con Poste-italiane che non preveda più una continuità di busta paga mensile si dovranno ricontrattualizzare le modalità di pagamento del suddetto premio assicurativo.
a tal fine sarà onere dell'assicurato il contattare il CSAP non appena avuta conoscenza dell'intervenuta modifica della formula contrattuale applicata da Poste italiane.
Se l'infortunio è extraprofessionale e si è verificato nel periodo in cui l'assicurato non presta servizio, si terrà conto, in sostituzione della dichiarazione di assenza dal servizio, della certificazione medica.

Art. 21 - Somme Assicurate
Ciascuna persona è assicurata per le seguenti somme:

	PLATINUM	GOLD	SILVER
Caso di Inabilità Temporanea	€ **35,00**	€ **30,00**	€ **15,00**
Caso Invalidità Permanente	€ **130.000,00**	€ **115.000,00**	€ **65.000,00**
Caso Morte	€ **130.000,00**	€ **115.000,00**	€ **65.000,00**
Rimborso Spese Sanitarie a seguito di infortunio	€ **11.000,00**	€ **10.000,00**	€ **5.000,00**
Caso di invalidità permanente da ictus o infarto (disciplinato dal seguente art. 35)	€ **27.500,00**	€ **25.000,00**	€ **12.500,00**

GARANZIE

Art. 22 - Morte
Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza, ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, un indennizzo determinato in base allo stato di

famiglia dell'Assicurato al momento del sinistro, facendo riferimento ad una delle situazioni familiari sotto descritte:

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

Resta comunque convenuto che le ipotesi di indennizzo sopra descritte non sono in alcun modo cumulabili tra loro. l'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.
Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 23 - Morte presunta
Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati in polizza l'indennizzo previsto per il caso di morte. la liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli articoli 58 e segg. del Codice Civile.
Nel caso in cui, dopo il pagamento dell'indennizzo, risulti che l'assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 24 – Invalidità permanente professionale

A. Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza, ha come conseguenza la invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde un indennizzo calcolato sulla somma assicurata in polizza in base alla combinazione prescelta all'atto dell'adesione alla medesima tenendo conto delle maggiorazioni previste nella stessa.
B. Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza, ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in polizza in base alla combinazione prescelta all'atto dell'adesione alla medesima tenendo conto delle eventuali maggiorazioni e franchigie operanti nella stessa, in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori della tabella delle percentuali di invalidità permanente di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (Testo unico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro) e successive modifiche come in vigore fino al 24/07/2000.
   In caso di constatato mancinismo le percentuali di invalidità dell'arto superiore destro si intendono applicate all'arto di sinistra e quelle del sinistro al destro.

Art. 24 bis - Invalidità permanente extra professionale

A. Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza, ha come conseguenza la invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde un indennizzo calcolato sulla somma assicurata in polizza in base alla combinazione prescelta all'atto dell'adesione alla medesima tenendo conto delle maggiorazioni previste nella stessa.

B. Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza, ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in polizza in base alla combinazione prescelta all'atto dell'adesione alla medesima tenendo conto delle eventuali maggiorazioni e franchigie operanti nella stessa, in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertata facendo riferimento ai valori della tabella delle percentuali di invalidità permanente che va accertata facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni:

PERDITA TOTALE, ANATOMICA O FUNZIONALE DI:

- un arto superiore 70%
- una mano o un avambraccio 60%
- un pollice 18%
- un indice 14%
- un medio 8%
- un anulare 8%
- un mignolo 12%
- la falange ungueale del pollice 9%
- una falange di altro dito della mano 1/3 del dito
- anchilosi dell'articolazione scapolo omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola 25%
- anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70°, con prono-supinazione libera 20%
- anchilosi del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera 10%
- paralisi completa dei 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 10%
- sordità completa di ambedue gli orecchi 40%
- perdita totale della voce 30%
- stenosi assoluta nasale monolaterale 4%
- stenosi nasale assoluta bilaterale 10%

- esiti di frattura scomposta di una costa 1%
- esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:
  una vertebra cervicale 12%
  una vertebra dorsale 5% 120 dorsale 10%
  una vertebra lombare 10%
- esiti di frattura di un metamero sacrale 3%
- esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme 5%
- postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo 2%
- perdita anatomica di un rene 15%
- perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica 8%

Nel caso di perdita totale di un occhio che colpisca l'Assicurato già mancante dell'altro occhio, la Società liquida un indennizzo pari al 75% della somma assicurata per invalidità permanente totale. Nel caso di sordità completa di un orecchio che colpisca l'Assicurato già affetto da sordità completa dell'altro orecchio, la Società liquida un indennizzo pari al 30% della somma assicurata per invalidità permanente totale.
Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.
Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.
La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Art. 25 - Supervalutazione invalidità permanente grave
In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, per il quale derivi all'Assicurato un'invalidità permanente accertata secondo i criteri stabiliti dall'art. 38 - Criteri di indennizzabilità e dall'art. 24bis - Invalidità permanente, la Società liquiderà l'indennizzo come segue:

INVALIDITÀ PERMANENTE ACCERTATA	INVALIDITÀ PERMANENTE LIQUIDATA
Dal 60% al 99%	100%
100%	200%

resta inoltre convenuto che il massimo esborso per assicurato a carico della Società, a titolo di maggiorazione, non potrà superare l'importo di euro:
€ 260.000,00 Combinazione Platinum;
€ 230.000,00 Combinazione Gold;
€ 130.000,00 Combinazione Silver

Art. 26 - Inabilità temporanea
La Società corrisponde l'indennizzo per inabilità temporanea totale in conformità alla combinazione prescelta all'atto dell'adesione alla polizza ed in base a valutazione medica riferita all'entità della lesione che ha costretto l'Assicurato ad assentarsi dal servizio in conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio, così come disposto dall'art. 38 - "Criteri di indennizzabilità".
Comunque se l'infortunio è indennizzabile a termini di polizza, nella valutazione della durata

della Inabilità Temporanea, in presenza di concausa di preesistenza a carico dell'Assicurato, la Società non applicherà una riduzione della temporanea stessa; limitatamente alla prima manifestazione verificatasi nel corso della validità della presente polizza e riferita ad uno specifico distretto anatomico e per un limite massimo di 90 giorni.
Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, gli assicurati non dovessero assentarsi dal lavoro, verrà riconosciuta la diaria per inabilità temporanea al 50%, purché certificata da struttura sanitaria pubblica.
Nel caso in cui l'infortunio indennizzabile avvenga in periodo di ferie è necessario, ai fini della liquidazione, presentare certificazione medica di struttura sanitaria pubblica.
Nel caso in cui l'Assicurato, dopo il trentesimo giorno di inabilità temporanea, sia ricoverato in ospedale o casa di cura, l'indennizzo è dovuto in misura doppia, per tutto il periodo di durata del ricovero successivo al trentesimo giorno e fino al giorno della dimissione dall'ospedale o casa di cura, relativamente ad un solo ricovero. L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni. In caso di ritardo nella denuncia di infortunio, l'indennizzo per inabilità temporanea decorre dal giorno successivo a quello della denuncia e dalla stessa data si applica la franchigia di cui al seguente art. 27.
L'indennizzo è tuttavia dovuto anche per il periodo antecedente alla denuncia se vi è stato ricovero in ospedale o casa di cura e limitatamente ai giorni effettivi di ricovero.
La dichiarazione di assenza dal servizio è comunque richiesta anche se il periodo di assenza sia per ferie.

Art. 27 - Franchigia in caso di inabilità temporanea
L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto applicando una franchigia relativa di 5 giorni ed assoluta di 2 giorni. Pertanto, gli infortuni di durata superiore ai 5 giorni vengono indennizzati dal primo giorno di assenza dal servizio o dal giorno successivo a quello della ritardata denuncia deducendo dal periodo di inabilità due giorni computati a norma dell'articolo precedente, mentre non si dà luogo ad indennizzo per inabilità temporanea quando l'infortunio ha una durata inferiore a 6 giorni.

Art. 28 - Rimborso spese sanitarie a seguito di infortunio
In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale annuo assicurato previsto dalla combinazione prescelta al momento dell'adesione, le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute:
A) durante il ricovero in istituto di cura pubblico o privato (rette degenza, onorari medici, chirurgo, aiuto chirurgo, anestesista, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, medicinali);
B) per intervento chirurgico anche ambulatoriale;
C) per visite mediche specialistiche e acquisto di medicinali;
D) per applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
E) per analisi ed accertamenti:
- diagnostici strumentali anche specialistici quali, ad esempio: TAC (tomografia assiale computerizzata), ecografia, doppler, holter, scintigrafia, risonanza magnetica nucleare;
- diagnostici di laboratorio: per esami clinici, immunologici, microscopici;
- diagnostici radiologici: radioscopie, radiografie, stratigrafie, angiografie;

F) per terapie fisiche anche specialistiche quali ad esempio: laserterapia, chiroterapia, chinesiterapia, trazioni vertebrali, ultrasuoni, marconiterapia, massoterapia, fino ad un massimo di € 2.500,00 Combinazione Platinum e Gold; € 1250,00 Combinazione Silver;

G) per presidi ortopedici, limitatamente a: corsetti ortopedici per scoliosi ed artrosi, protesi e tutori di funzione arti superiori, inferiori e tronco, protesi oculari;
H) per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva volti ad eliminare danni estetici conseguenti all'infortunio denunciato. Sono comprese cure odontoiatriche conseguenti ad infortunio fino ad un massimo di € 1.500,00 Combinazione Platinum e Gold; € 750,00 Combinazione Silver.
I) per cure termali effettuate nei 90 giorni successivi all'infortunio denunciato, fino ad un massimo di € 1.250,00 Combinazione Platinum e Gold; € 625,00 Combinazione Silver
J) per trasporto dell'assicurato con qualsiasi mezzo dal luogo dell'infortunio all'istituto di cura o posto di pronto soccorso.

La garanzia di cui al presente articolo viene prestata con uno scoperto del 5% e con un minimo di € 200,00 Combinazione Platinum e Gold € 100,00 Combinazione Silver a carico dell'Assicurato per ogni sinistro, intendendosi per tale l'intero ciclo di cura relativo allo stesso infortunio.
Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione, in originale, dei documenti giustificativi, debitamente quietanzati (notule del medico, ricevute del farmacista, conti dell'ospedale o clinica, ecc.).
A richiesta dell'assicurato la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione.
La domanda per il rimborso delle spese, corredata dai documenti giustificativi e dalla certificazione medica (ivi compresa eventuale cartella clinica) deve essere presentata alla Società, a pena di decadenza, entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è avvenuta la guarigione clinica. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente garanzia dietro presentazione di copia della certificazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.
Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.
Le spese sanitarie, fermo restando quanto contenuto all'articolo criteri di indennizzabilità, saranno ammissibili per le prestazioni effettuate fino all'accertato conseguimento della guarigione clinica. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme generali e quelle che regolano l'assicurazione infortuni.

Art. 29 – Forfait indennizzo rottura tendinea sottocutanea

A parziale deroga dell'ultimo capoverso dell'art.13 "Rischi Esclusi", in caso di una o più rotture tendinee da sforzo, determinate da infortunio indennizzabile a termine di polizza, Generali Italia, limitatamente alla sola garanzia Invalidità Permanente da infortunio, riconosce un indennizzo forfettario, in base alla Combinazione di polizza prescelta ed in vigore, pari ad € 2.600,00 Combinazione Platinum; € 1.150,00 Combinazione Gold; € 1.150,00 Silver; in tale caso non vengono attivate le restanti prestazioni di polizza.

Art. 30 - 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 - moto- nautica;
C. sono indennizzabili con il 66% dell'intero valore accertato gli infortuni verificatisi nell'esercizio dei seguenti sport, quando si tratti di corse o gare e relative prove e allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle competenti Federazioni Sportive; in caso contrario, l'indennizzo spettante non è soggetto ad alcuna riduzione: baseball - calcio - canoa - ciclismo - immersioni con autorespiratore - pallacanestro - pallamano pallavolo - pentathlon moderno - sci - sport equestri - sport del ghiaccio.

Qualora una delle attività sportive di cui alle lettere a) e b) venga svolta in occasione di manifestazioni, gare e relativi allenamenti promossi ed organizzati sia dalle Poste Italiane S.p.A., l'indennizzo non è soggetto ad alcuna riduzione. Nella tabella di seguito riprodotta sono 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. 31 - Salvaguardia piani di investimento

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, per il quale derivi all'Assicurato un'invalidità permanente totale, accertata secondo i criteri stabiliti dall'art. 24 - invalidità permanente e art. 37 - criteri di indennizzabilità, la Società, oltre a liquidare quanto dovuto a termini di polizza, corrisponde all'Assicurato, un'indennità al fine di agevolare la prosecuzione delle polizze di assicurazione sulla vita a premio annuo ricorrente o a premio unico ricorrente, stipulate dall'Assicurato anteriormente alla data dell'evento con la Società GENERALI ITALIA S.p.A.. e che risultano al corrente con il pagamento dei premi.

Le polizze a premi unici ricorrenti sono considerate al corrente se dall'ultimo premio pagato alla data dell'infortunio non sono trascorsi più di due anni. L'indennità verrà utilizzata per stipulare con GENERALI ITALIA S.p.A. un contratto di capitalizzazione a favore dell'Assicurato, senza alcun onere a suo carico. L'ammontare dell'indennità sarà pari all'ammontare dell'ultima rata di premio versata nelle polizze vita in vigore moltiplicato per il numero delle rate di premio residue. Per le polizze a premi unici ricorrenti le rate residue dovranno essere calcolate con riferimento all'annualità di premio fissata alla data di effetto della polizza. Pertanto, dopo gli accertamenti del caso, la società eroga l'importo sopra definito finalizzato alla stipulazione

del nuovo contratto di assicurazione sulla vita, con il massimo comunque di € 60.000,00. Verificatosi l'evento, la presente assicurazione cessa nei confronti dell'Assicurato.

Art. 32- Rendita vitalizia
In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, per il quale derivi all'Assicurato un'invalidità permanente di grado pari al 100%, accertata secondo i criteri stabiliti nell' art. 24 - invalidità permanente e art. 37 - 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, in base alla combinazione prescelta all'atto dell'adesione alla presente polizza, di importo annuo pari a:
€ 13.750,00 Combinazione Platinum; € 12.500,00 Combinazione Gold;
€ 6.200 Combinazione Silver.
mediante stipulazione di apposita polizza vita con la Società GENERALI ITALIA S.p.A.

Art. 33 - Indennità per stato di coma
In caso di sinistro, che determina uno stato di coma, inteso per tale quanto contenuto alle 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:
€ 22.000,00 Combinazione Platinum; € 20.000,00 Combinazione Gold;
€ 10.000,00 Combinazione Silver.

Art. 34 - Rientro Sanitario
La società rimborsa le spese sostenute dall'assicurato in caso di infortunio occorso all'estero e che renda necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza, la garanzia è prestata fino alla concorrenza di : **€ 4.400,00 Combinazione Platinum;**
€ 4.000,00 Combinazione Gold; € 2.000,00 Combinazione Silver.

Art. 35 - Invalidità permanente da ictus o infarto
RISCHIO ASSICURATO
L'assicurazione vale esclusivamente per le persone non superiore ai 65 anni di età e per i casi di invalidità permanente generica conseguente ad Ictus o Infarto, come sopra definiti, manifesta- tisi successivamente alla data di effetto dell'assicurazione.
La Società garantisce all'Assicurato il pagamento di un capitale che vale a compensare, per il periodo di vita residua, la diminuzione o la perdita della capacità lavorativa conseguente ad Ictus o Infarto, in misura corrispondente al grado di invalidità permanente che ne è derivato secondo i criteri di cui alle seguenti sezioni "Criteri di indennizzabilità", "Criteri di liquidazione" e "Modalità di liquidazione".
Ai fini della copertura assicurativa vengono prese in considerazione soltanto le conseguenze dirette ed esclusive della invalidità permanente derivante dall'Ictus e Infarto suindicati, secondo quanto previsto dalla sezione "Criteri di indennizzabilità".

ESCLUSIONI
Sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti conseguenti ad ictus o infarto derivanti da:
- espressione o conseguenza di situazioni patologiche manifestatisi anteriormente alla stipulazione del contratto;
- trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, ovvero ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti, nonché le malattie correlate al consumo non terapeutico di stupefacenti, all'abuso di alcool e/o sostanze psicotrope.

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

Denuncia ed obblighi relativi
L'Assicurato allorquando in possesso di diagnosi clinica o strumentale e comunque dal momento in cui ne ha avuto conoscenza o possibilità ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile, è tenuto entro e non oltre 15 giorni a dare comunicazione per iscritto alla Società, dell'Ictus o l'Infarto.
Alla denuncia deve essere unita o far seguito la seguente documentazione:
- certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze dell'Ictus o Infarto;
- copia delle cartelle cliniche e di ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dell'Ictus o Infarto e/o dei postumi invalidanti.

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

Criteri di liquidazione
nessun indennizzo spetta quando l'invalidità permanente accertata sia in grado inferiore al 60%. Quando l'invalidità accertata sia pari o superiore al 60%, la Società liquida l'intero capitale assicurato pari a:
€ 27.500,00 Combinazione Platinum; € 25.000,00 Gold; € 12.500,00 Combinazione Silver.
Il capitale indicato rappresenta l'importo massimo che la Società corrisponde complessivamente durante l'intera durata del contratto per ciascuna persona assicurata. In caso di entrambe le patologie, denunciate contemporaneamente, oppure in momenti successivi, le quali comportino invalidità permanenti indennizzabili a termini di polizza, il cumulo dei singoli indennizzi non potrà essere maggiore del capitale assicurato. essendo l'indennizzo o il cumulo degli indennizzi liquidati uguale al capitale assicurato, l'assicurazione di questa garanzia cessa automaticamente, mentre rimangono valide tutte le altre garanzie della polizza infortuni.

Modalità di liquidazione
Ricevuta la documentazione di cui alla sezione "Denuncia ed obblighi relativi", e compiuti gli accertamenti del caso, la Società non prima che siano trascorsi dodici mesi dalla data di denuncia - effettuata ai termini della presente garanzia - e comunque non oltre 18 mesi, procede all'accertamento della percentuale di invalidità permanente.
Tuttavia l'accertamento della percentuale di invalidità permanente, previa richiesta dell'Assicurato, potrà avvenire trascorsi almeno 6 mesi dalla denuncia a condizione che:
• venga prodotta diagnosi clinica di guarigione avvenuta;

• la menomazione conseguente alla malattia risulti del tutto stabilizzata.
La valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi residui di invalidità permanente a seguito dei trattamenti terapeutici che, a giudizio sia del medico dell'Assicurato che di quello della Società, possano modificare positivamente la prognosi dell'Ictus o Infarto, indipendentemente dal momento in cui lo stesso si sottoporrà a detti trattamenti.
nel caso in cui l'assicurato non intenda sottoporsi a detti trattamenti terapeutici la valutazione del danno viene comunque effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che gli sarebbero residuati se si fosse sottoposto ai trattamenti, senza riguardo, perciò, al maggior pregiudizio derivante dalla mancata attuazione dei citati trattamenti terapeutici.

Diritto all'indennizzo
Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e non è quindi trasmissibile agli eredi, tenuto conto della natura della garanzia prestata, secondo quanto previsto dalla sezione "Rischio assicurato". Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 36 - 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'articolo "Invalidità permanente" delle Condizioni di assicurazione, la società, in base alla combinazione prescelta al momento dell'adesione alla presente polizza con esclusione della combinazione Silver per cui tale prestazione non è prevista, rimborsa fino alla concorrenza di € 20.000,00 Platinum; € 15.000,00 Gold, 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. 37 - Riapertura del sinistro
La riapertura di un sinistro già liquidato per inabilità temporanea è possibile solo se non sia stata liquidata una invalidità permanente e/o non sia stato accertato il conseguimento della guarigione clinica entro 60 giorni dalla prima guarigione e solo al primo evento.

Art. 38 - 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.24bis sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 39 - Ammontare del premio e modalità di pagamento
Il premio annuo per ogni assicurato in base alla combinazione prescelta in sede di adesione alla presente polizza è:
Combinazione Platinum € 510,00 (cinquecentodieci\00) e viene corrisposto in 12 rate mensili di € 42,50 (quarantadue\50)
Combinazione Gold € 453,00 (quattrocentocinquantatre\00) e viene corrisposto in 12 rate mensili di € 37,75 (trentasette\75)
Combinazione Silver € 252,00 (duecentocinquantadue\00) e viene corrisposto in 12 rate mensili di € 21,00 (ventuno\00)
con ritenuta a ruolo stipendio a seguito di delega rilasciata dall'Assicurato al proprio datore di lavoro. I suddetti premi godono di una riduzione dell'8,35% ai sensi della legge n. 99 del 23/07/2009. Pertanto, poiché la durata del contratto supera i cinque anni, non è possibile recedere dal contratto anticipatamente prima che siano trascorsi cinque anni. L'Assicurato ha la facoltà di recedere dalla copertura assicurativa con preavviso di sessanta giorni e con effetto a partire dalla scadenza della quinta annualità.

Art. 40 - Evento con pluralità di infortuni
Nel caso di evento che colpisca più persone assicurate, l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo massimo di € 6.000.000,00

Art. 41 - Calamità naturali
Con riferimento all'art. 1912 del Codice Civile, si pattuisce l'estensione dell'assicurazione agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche ma con il conseguente limite:

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

SINISTRI - DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art. 43 - Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi (vedi anche art. 6)
La denuncia dell'infortunio indicherà luogo, giorno, ora e causa dell'evento e sarà corredata da certificato medico; deve essere inoltrata a mezzo lettera raccomandata all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, o alla sede centrale del CSAP in Roma Largo Carlo Salinari 18 - 00142 o essere presentata per il tramite dell'area personale assicurato "MYCSAP" presente sul sito web: www.csap.it., entro dieci giorni dall'Infortunio o dal momento in cui lo stesso CSAP, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Il decorso delle lesioni dovrà essere documentato da ulteriori certificati medici di proroga alla scadenza di ogni prognosi e, comunque non oltre trenta giorni l'uno dall'altro. Per gli infortuni extra lavoro è necessario che l'assicurato invii una dichiarazione di assenza dal servizio rilasciata dalla Società di appartenenza indicante il periodo di assenza per malattia.

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

Art. 44 - Arbitrato - Modalità di valutazione del danno
Le divergenze sulla natura, causa ed entità delle lesioni, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 38, sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio medico risiede, a scelta dell'assicurato, nel Comune sede di Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dello stesso. Ciascuna delle due Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esse designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisionale 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. 45 - Liquidazione dell'indennizzo
Compiuti gli accertamenti del caso ed accertata l'indennizzabilità dell'infortunio, la Società, entro un mese dalla conclusione di tale iter, corrisponde l'indennizzo che risulti dovuto.
Tuttavia, qualora l'infortunio determini una inabilità temporanea superiore a 60 giorni e sia stata accertata l'indennizzabilità del danno, la Società è tenuta, a richiesta dell'Assicurato, a corrispondere un anticipo pari al periodo di inabilità temporanea maturato, anche se l'Assicurato non abbia ancora ripreso servizio.

Art. 46 - Diritto di surrogazione
La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 47 - Recesso in caso di sinistro
A seguito della denuncia, effettuata a termini di polizza, nell'ambito della intera durata del contratto, di qualunque sinistro successivo al secondo, è facoltà di entrambe le Parti recedere dal contratto. tale facoltà può essere esercitata fino al 60° giorno successivo al pagamento dell'indennizzo od alla contestazione formale del sinistro.
il contratto cesserà di avere effetto 30 giorni dopo la data di spedizione della raccomandata con cui si comunica il recesso. In ogni caso, qualora venga esercitata la facoltà di recesso, il Contraente avrà diritto al rimborso del premio netto per la parte relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 48 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale

del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

Art. 49 - Obblighi di CSAP

CSAP si obbliga a consegnare, prima dell'adesione, a tutti gli assicurati copia delle Condizioni della presente polizza convenzione, nonché l'informativa della Società ai sensi dell'art. 13 del d. lgs. 196/2003.

Inoltre CSAP si obbliga a raccogliere da tutti gli assicurati il questionario di adeguatezza reso disponibile dalla Società, debitamente compilato e sottoscritto, prima dell'adesione assicurativa.

Generali Italia S.p.A.

GENERALI ITALIA S.p.A.
Agenzia Generale Speciale di Roma
IU7 Salinari

CSAP
Comitato Sindacale Assicurazione Postelegrafonici

Il sottoscritto dichiara di approvare espressamente, ai sensi ed agli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c, le disposizioni dei seguenti articoli delle condizioni che regolano l'assicurazione:

art. 1 Decorrenza dell'assicurazione;
art. 2 Pagamento del premio;
art. 4 Durata e proroga dell'assicurazione;
art. 5 Modifiche della polizza convenzione;
art. 6 Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro;
art. 13 Esclusioni;
art. 16 Limiti di età;
art. 17 Persone non assicurabili;
art. 38 Criteri di indennizzabilità;
art. 39 Ammontare del Premio e modalità di pagamento;
art. 44 Arbitrato - Modalità di valutazione del danno;
art. 45 Liquidazione dell'indennizzo;

Per la garanzia "invalidità permanente da ictus o infarto" art. 35 comma 7 - diritto all'indennizzo.

CSAP
Comitato Sindacale Assicurazione Postelegrafonici

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che la presente polizza è di durata poliennale (10 anni) con taciti rinnovi annuali ai sensi della legge n. 99 del 23/07/2009; con una riduzione del premio di tariffa dell' 8,35%. Pertanto non è possibile disdettare il contratto prima della scadenza prevista in polizza con un preavviso di 60 giorni e con effetto a partire dalla scadenza della quinta annualità.

CSAP
Comitato Sindacale Assicurazione Postelegrafonici

Per consultare la nostra offerta Assicurativa completa e richiedere un preventivo RCAUTO vai su www.csap.it e compila il format, per te CONDIZIONI ESTREMAMENTE VANTAGGIOSE.

TI PROTEGGE
24 ORE
SU 24

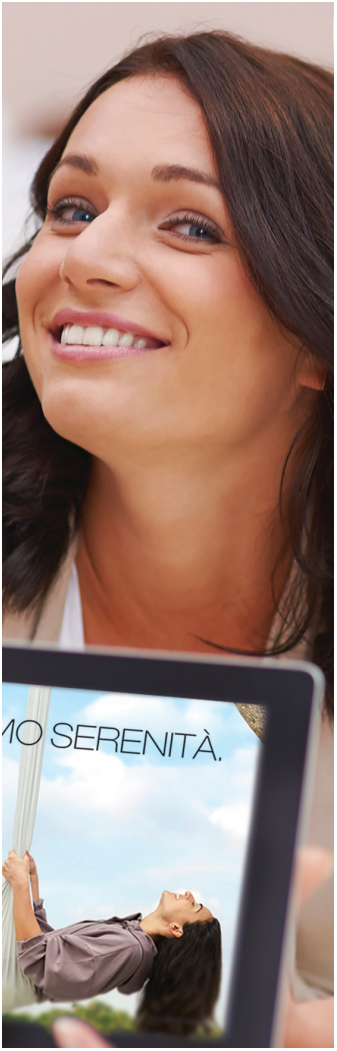
Collegati subito al nostro sito per ottenere informazioni sui prodotti disponibili e accedi a “MY CSAP, l’area personale a te dedicata per verificare la tua posizione assicurativa e procedere immediatamente alla denuncia, istruzione e completamento di una pratica in caso di sinistro.

L’ ufficio sinistri è costantemente al tuo fianco, dall’apertura alla definizione del sinistro.
Il nostro personale altamente specializzato è sempre a tua disposizione ai seguenti recapiti:

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

Assistenza Clienti e Ufficio Sinistri:
Tel. 06.515741 sel 1-1
Fax 06.5137841
info@csap.it

Ufficio RC Auto:
Tel. 06.515741 sel 1-3
Fax 06.5137902
rcauto@agenziaspecialefl.it

CSAP - Comitato Sindacale Assicurazione Postelegrafonici

C.S.A.P