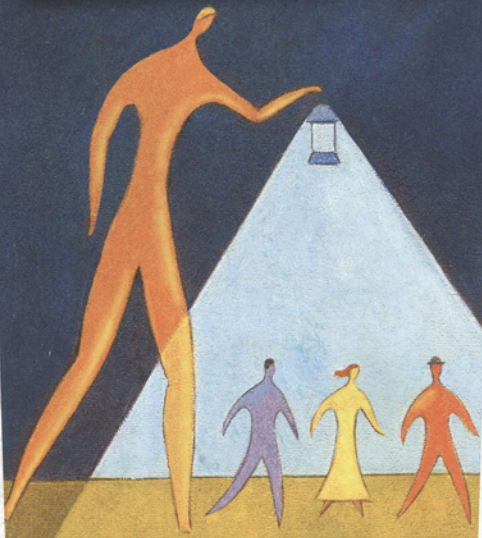


PROGETTO PROTEZIONE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE INFORTUNI



CISAP

Consorzio Interprofessionale Sicurtaria Assicuratrice Pericolosissimi
Della Provincia Lombarda



Groupama

Assicurazioni

NOTA INFORMATIVA

NOTA INFORMATIVA

Con la presente nota informativa predisposta ai sensi dell'art. 185 del Decreto Legislativo 7 settembre 2005 n. 209 ed in conformità con quanto disposto dalle circolari ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997 e n. 518/D del 21 novembre 2003, forniamo le seguenti informazioni:

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

Il contratto è concluso con Groupama Assicurazioni S.p.A. Sede legale e Direzione Generale - 00136 Roma - Via Massimi, 158 tel 06/3018.1 - fax 06/3018.3382.

Groupama Assicurazioni S.p.A., Partita IVA 00885741009, è una società iscritta nel Registro Imprese di Roma - Codice fiscale e numero di iscrizione 00411140585 e nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023, ed è diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg.

INFORMAZIONI GENERALI RELATIVE AL CONTRATTO

Legislazione applicabile al contratto

Le parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dalla applicazione di norme imperative nazionali. La Società propone di applicare al contratto che verrà stipulato la legislazione italiana.

Reclami in merito al contratto o ai sinistri

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami - Via Massimi, 158 - 00136 Roma E-mail: reclami@groupama.it fax 06.80210979.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma; corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Termini di prescrizione

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile, eccetto il diritto al pagamento del premio, che si prescrive in un anno. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine di due anni decorre dal giorno in cui il terzo abbia richiesto il risarcimento all'Assicurato o abbia promosso a tal fine contro di lui un'azione giudiziaria.

SI RICHAMA L'ATTENZIONE DEL CONTRAENTE SULLA NECESSITÀ DI LEGGERE ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO, CON PARTICOLARE RIGUARDO AGLI ARTICOLI CONCERNENTI I RISCHI ASSICURATI E QUELLI ESCLUSI, GLI EVENTUALI LIMITI DI INDENNIZZO, GLI OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO, IL RECESSO DELLE PARTI.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

INFORTUNI

Polizza Convenzione n. 932/07/001767

sommario

DEFINIZIONI

3

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE
IN GENERALE

4

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE
INFORTUNI

6

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 o 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

norme che regolano l'assicurazione in generale

ART. 1 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Il Contraente è tenuto a pagare il premio all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza entro il novantesimo giorno dalla data di decorrenza della garanzia. In conformità a quanto disposto dall'Art. 1901 del Codice Civile, la garanzia assicurativa 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 bancario.

ART. 2 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 3 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

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

ART. 4 - PRESCRIZIONE

Come previsto dall'art. 2952 C.C. i diritti derivanti dalla pratica infortunio si prescrivono dopo due anni dalla data dell'evento.

ART. 5 - DURATA E PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto assicurativo ha la durata di un anno e, in mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno due mesi prima della scadenza, è prorogata per un anno e così successivamente.

ART. 6 - ONERI FISCALI

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

ART. 7 - FORO COMPETENTE

Foro competente, a scelta della parte attrice, è esclusivamente quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

ART. 8 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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



norme che regolano l'assicurazione infortuni

ART. 9 - PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione vale per i dipendenti delle Poste Italiane S.p.A., ed è estesa ai dipendenti delle ditte consociate e appaltanti attività postali e di comunicazioni, che abbiano inoltrato domanda di adesione al Contraente, nei termini di cui al precedente art. 1. In deroga di quanto stabilito all'art. 17, resta inteso e convenuto che sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli Assicurati e ciò indipendentemente dalle loro eventuali condizioni anormali di salute e da pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti.

Comunque, in caso di sinistro, l'indennizzo sarà determinato applicando i "Criteri di indennizzabilità" di cui all'art. 21.

I dipendenti delle Poste Italiane S.p.A e delle ditte consociate e appaltanti attività postali e di comunicazioni, che aderiscono alla presente polizza convenzione, possono assicurare anche il loro nucleo familiare, inteso come tale: le persone conviventi risultanti dallo stato di famiglia del dipendente.

Nel caso che ambedue i coniugi o conviventi siano dipendenti delle Poste Italiane o delle ditte, il nucleo familiare potrà essere assicurato solo da uno di loro. 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 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 (a mezzo c/c bancario). In caso di infortunio extra professionale avvenuto nel periodo in cui l'assicurato non presta servizio si terrà conto, in sostituzione della dichiarazione di assenza dal servizio, della certificazione medica, purché proveniente dalla struttura pubblica/medico condotto.

ART.10 - SOMME ASSICURATE DIPENDENTI

Ciascuna persona è assicurata per le seguenti somme:

COMBINAZIONE A)

Caso Morte:

Euro 77.468,00 con le seguenti maggiorazioni:

- 20% della somma assicurata nel caso in cui l'Assicurato non abbia maturato il diritto alla pensione alla data del decesso;
- 20% della somma assicurata per ogni figlio minore o totalmente invalido che risulti beneficiario.

In ogni caso, tali maggiorazioni vengono riconosciute fino ad un massimo pari al 100% della somma assicurata.

Caso Invalidità Permanente:

Euro 77.468,00

In caso di indicizzazione del massimale, sul capitale eccedente euro 77.468,00 non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità accertato secondo i criteri stabiliti dagli art. 21 e 23 non superi il 3%.

Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 3%, l'indennizzo da liquidare sarà calcolato per la sola parte eccedente di detta percentuale di invalidità. Invalidità permanente di grado pari o superiore al 70% conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, accertata con i criteri di indennizzabilità di cui all'art. 21, verrà indennizzata come invalidità permanente totale 100%.

Caso di Inabilità Temporanea:

Euro 20,66 giornaliera.

COMBINAZIONE B)

Caso Morte:

Euro 77.468,00 con le seguenti maggiorazioni:

- 20% della somma assicurata nel caso in cui l'Assicurato non abbia maturato

il diritto alla pensione alla data del decesso;

- 20% della somma assicurata per ogni figlio minore o totalmente invalido che risulti beneficiario.

In ogni caso, tali maggiorazioni vengono riconosciute fino ad un massimo pari al 100% della somma assicurata.

Caso Invalidità Permanente:

Euro 77.468,00

In caso di indicizzazione del massimale, sul capitale eccedente euro 77.468,00 non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità accertato secondo i criteri stabili dagli art. 21 e 23 non superi il 3%. Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 3%, l'indennizzo da liquidare sarà calcolato per la sola parte eccedente di detta percentuale di invalidità. Invalidità permanente di grado pari o superiore al 70% conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, accertata con i criteri di indennizzabilità di cui all'art. 21, verrà indennizzata come invalidità permanente totale 100%.

Caso di Inabilità Temporanea:

Euro 20,66 giornaliera.

Rimborso spese a seguito di infortunio:

Euro 7.746,00

Oggetto della assicurazione

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

- a) durante il ricovero in istituto di cura pubblico o privato (rette di degenza, onorari medici, chirurgo, aiuto chirurgo, anestesista, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, medicinali);
 - b) per intervento chirurgico anche ambulatoriale;
 - c) per visite mediche specialistiche rese necessarie per la cura delle lesioni, sempreché disposte dal medico curante;
 - d) per applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
 - e) per analisi ed accertamenti:
- diagnostici strumentali anche specialistici quali, ad esempio:

TAC (tomografia assiale computerizzata), ecografia, doppler, holter, scintigrafia, risonanza magnetica nucleare;

- diagnostici di laboratorio, per esami clinici, immunologici, microscopici;
- diagnostici radiologici, radioscopie, radiografie, stratigrafie, angiografie;
- f)** per presidi ortopedici, limitatamente a: protesi e tutori di funzione arti superiori, inferiori e tronco, protesi oculari;
- g)** per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva volti ad eliminare danni estetici conseguenti all'infortunio denunciato.

Sono comprese cure odontoiatriche, conseguenti ad infortunio, fino ad un massimo di Euro 775,00 escluse le preesistenze;

h) per trasporto dell'assicurato con qualsiasi mezzo dal luogo dell'infortunio all'istituto di cura o posto di pronto soccorso.

Sono escluse le spese sanitarie per cure riabilitative e fisioterapiche

La presente garanzia viene prestata con uno scoperto minimo di Euro 103,29 a carico dell'Assicurato per ogni sinistro, intendendosi per tale l'intero ciclo di cura relativo allo stesso infortunio.

Modalità di liquidazione delle spese

Il rimborso viene effettuato dalla società a guarigione clinica ultimata su presentazione, in originale, dei documenti giustificativi, debitamente quietanzati (notule del medico, conti dell'ospedale o clinica ecc). A richiesta dell'assicurato la società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione.

La domanda per il rimborso delle spese, corredata dai documenti giustificativi e dalla certificazione medica (ivi compresa eventuale cartella clinica) deve essere presentata alla società, entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è avvenuta la guarigione clinica.

Qualora l'assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente articolo dietro presentazione di copia della certificazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

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

FAMILIARI

PER NUCLEO FAMILIARE

CASO MORTE:	€ 103.291,38
CASO INVALIDITÀ PERMANENTE:	€ 103.291,38
CASO DI DIARIA PER RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO:	€ 25,82
CASO DI DIARIA PER APPLICAZIONE DI APPARECCHI DI CONTENZIONE:	€ 25,82

Il su indicati capitali costituiscono il massimo per nucleo familiare; pertanto, in caso di sinistro, i capitali assicurati per ogni singolo familiare si calcolano dividendo i massimi di cui sopra per il numero dei componenti il nucleo familiare (escluso il dipendente) risultanti dal certificato di stato di famiglia al momento in cui si verifica l'infornunio. Qualora il nucleo familiare sia costituito da una sola persona, sul capitale eccedente Euro 77.468,00 e fino a Euro 103.291,38 non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità accertato secondo i criteri stabiliti dagli art. 21 e 23 non superi il 3%. Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 3%, l'indennizzo da liquidare sarà calcolato per la sola parte eccedente di detta percentuale di invalidità. Se il nucleo familiare è composto da più di tre persone (escluso il dipendente) è possibile sottoscrivere il raddoppio delle prestazioni con conseguente raddoppio del premio. In caso di infornunio di un familiare è necessario precisare il nominativo del titolare della polizza unitamente allo stato di famiglia.

ART.11 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione vale per gli infornunio che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali nell'ambito delle Poste Italiane S.p.A.;
- di ogni altra attività extralavoro che non abbia carattere professionale.

E' considerato infornunio 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 o assorbimento di sostanze, nonché le infezioni o corrosioni per improvviso contatto con acidi;

- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- l'azione del fulmine;
- le lesioni determinate da sforzi, con esclusione delle lombalgie e sciatalgie, degli infarti e delle rotture tendinee sottocutanee;
- strappi e stiramenti muscolari sempreché il sinistro sia indennizzabile a termini di polizza e non residui invalidità permanente; in questo caso il danno sarà indennizzato con il massimo di trenta giorni di inabilità temporanea per la sola prima manifestazione per sede colpita;
- le ernie addominali da causa fortuita, violenta ed esterna, nei seguenti limiti: indipendentemente dalla operabilità o meno dell'ernia, potrà come massimo essere corrisposto un indennizzo pari a 30 giorni di inabilità temporanea;
- gli infortuni subiti in stato di malore o incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza gravi;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli stati di shock da trauma psichico, clinicamente accertati, subiti dall'Assicurato a seguito di rapina verificatisi nell'espletamento del servizio. Per tali eventi la Società corrisponderà l'indennizzo solo per il caso di inabilità temporanea per un periodo massimo di trenta giorni per anno assicurativo;
- 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. 31;
- 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.12 - 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 dal successivo art. 13;
- 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 dall'art.15;
- 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).

Sono inoltre esclusi gli infarti, le lombalgie non derivate da infortunio indennizzabili a termini di polizza, le rotture tendinee sottocutanee e le ernie di qualsiasi tipo, salvo quanto previsto per le ernie addominali dal precedente art.11.

ART.13 - RISCHIO VOLO

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

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

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

PER PERSONA:

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

PER AEROMOBILE, NEL CASO DI ASSICURAZIONE DI PIÙ PERSONE

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

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

ART.14 - SOSPENSIONE DELL'ASSICURAZIONE

Durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso l'assicurazione resta sospesa.

Parimenti, la garanzia assicurativa è sospesa durante i periodi di aspettativa dal servizio presso le Poste Italiane S.p.A. o ditte consociate e appaltanti attività postali e di comunicazioni senza ritenuta a ruolo del premio.

Al verificarsi di tali situazioni, non potendosi effettuare la trattenuta a ruolo del premio, la sospensione dell'assicurazione vale anche per i familiari del dipendente in attività di servizio. In caso di riammissione in servizio di dipendenti sospesi la garanzia riprende efficacia dalla data di ripresa del servizio. Non appena l'assicurato riprenderà servizio dovrà comunicarlo a Cisap che provvederà a far riaccendere la trattenuta assicurativa e la garanzia di polizza.

ART.15 - CALAMITÀ NATURALI

L'assicurazione è estesa agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche. Resta convenuto però che in caso di evento che colpisca più assicurati con la stessa società, l'esborso massimo di

quest'ultima non potrà superare 10% dei premi del ramo infortuni rilevati nel bilancio di esercizio precedente l'evento, limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione. La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

ART.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 affette da alcolismo, tossicodipendenza, o dalle seguenti infermità mentali:

**SINDROMI ORGANICHE CEREBRALI, SCHIZOFRENIA,
FORME MANIACODEPRESSIVE O STATI PARANOIDI.**

Se l'infortunio si verifica in conseguenza delle suddette patologie, non è operante la garanzia di polizza; in caso contrario viene liquidato in base all'art. 21 (Criteri di indennizzabilità), fermo il diritto di revoca del contratto da parte dell'Ente assicuratore.

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 con le Poste Italiane S.p.A., salvo quanto disposto all'art.9. Per la stessa ragione cessa anche l'assicurazione a favore dei familiari stipulata dal dipendente.

ART.20 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

(VEDI ANCHE ART. 3)

La denuncia dell'infortunio indicherà luogo, giorno, ora e causa dell'evento e sarà corredata da certificato medico specificante diagnosi e prognosi; deve essere inoltrata a mezzo lettera raccomandata all'Agenzia entro dieci giorni dall'infortunio. Il decorso delle lesioni dovrà essere documentato da ulteriori certificati medici di proroga alla scadenza di ogni prognosi e, comunque non oltre trenta giorni uno dall'altro. A conclusione del danno dovrà essere inviato certificato di guarigione e attestato di assenza dal servizio emesso dall'ufficio PT di appartenenza (se l'infortunio è extra lavoro. Per gli infortuni sul lavoro sarà sufficiente il certificato di guarigione INAIL). Le spese 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.21 - 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. 23 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART.22 - MORTE

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

l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

MORTE PRESUNTA

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati in polizza il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 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.23 - INVALIDITÀ PERMANENTE

L' indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro un anno dal giorno dell'infortunio.

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%.

L' indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali seguenti:

PERDITA TOTALE, ANATOMICA O FUNZIONALE DI:

un arto superiore	70%
una mano o un avambraccio	60%
un pollice	18%
un indice	14%
un medio	8%
un anulare	8%
un mignolo	12%
la falange ungueale del pollice	9%
una falange di altro dito della mano 1/3 del dito	
anchilosi dell' articolazione scapolo omerale	25%
con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	
anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70°, con prono-supinazione libera	20%
anchilosi del polso in estensione rettilinea	35%
con prono-supinazione libera 10% paralisi completa del nervo radiale	
paralisi completa del nervo ulnare	20%

AMPUTAZIONE DI UN ARTO INFERIORE:

al di sopra della metà della coscia	70%
al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%
al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
un piede	40%
ambidue i piedi	100%
un alluce	5%
un altro dito del piede	1%
la falange ungueale dell' alluce	2,5%
anchilosi dell' anca in posizione favorevole	35%
anchilosi del ginocchio in estensione	25%
anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto	15%
con anchilosi della sotto-astragala	
paralisi completa dello SPE	15%
un occhio	25%
ambidue 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%
12a 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	2%
con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo sempre che non affetto da pregresse patologie	
perdita anatomica di un rene	15%
perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

ART.24 - INABILITÀ TEMPORANEA (SOLO DIPENDENTI)

La Società corrisponde l'indennizzo per inabilità temporanea totale (euro 20,66) in base a valutazione medica riferita all'entità della lesione che ha costretto l'Assicurato ad assentarsi dal servizio in conseguenza diretta ed esclusiva del trauma. Per i dirigenti e per il personale ULA, qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, per esigenze di servizio fossero costretti a non assentarsi dal lavoro, verrà riconosciuta la diaria per inabilità temporanea in base alla certificazione medica purché emessa da struttura pubblica/medico condotto. Se l'infortunio comporta un ricovero in Ospedale o Casa di Cura superiore a 25 giorni, l'indennità giornaliera viene raddoppiata (€ 41,32) a decorrere dal 26° giorno e fino a conclusione del ricovero. In ogni caso, 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. 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.

ART.25 - FRANCHIGIA IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA

L'indennità giornaliera non spetta se l'inabilità temporanea dura soltanto 5 giorni o meno di 5 giorni.

ART.26 - DIARIA RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO (SOLO FAMILIARI)

La presente garanzia è prestata per l'importo della diaria assicurata indicata in polizza e sempreché sia stato pagato il relativo premio alle condizioni sottoindicate. In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la società corrisponde l'indennità assicurata per ciascun giorno di degenza in istituto di cura, fino ad un massimo di 300 giorni per ogni infortunio.

L'indennizzo viene corrisposto anche nel caso in cui la degenza avvenga in regime di Day Hospital (degenza diurna), purché effettuata in istituto di cura pubblico o comunque convenzionato con il servizio sanitario nazionale; la degenza diurna deve essere certificata da cartella clinica o da documento sanitario equivalente. La corresponsione dell'indennizzo avrà luogo a degenza ospedaliera ultimata, previa presentazione alla Società della

certificazione definitiva, in originale, indicando il giorno di entrata e di uscita dall'istituto di cura. Non vengono garantite le cure ambulatoriali.

ART.27 - DIARIA GIORNALIERA PER APPLICAZIONE DI APPARECCHI DI CONTENZIONE (SOLO FAMILIARI)

La presente garanzia è prestata per l'importo della diaria assicurata indicata in polizza e sempreché sia stato pagato il relativo premio alle condizioni sotto indicate.

Qualora in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza l'assicurato abbia riportato "frattura" e gli sia stato applicato apparecchio di contenzione (apparecchio gessato, bendaggio rigido, fissatori esterni), anche senza ricovero, la Società corrisponde l'indennità stabilita in polizza.

Tale indennità viene corrisposta fino alla rimozione dell'apparecchio e comunque per un massimo di 40 giorni, sempreché l'assicurato si sia trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle proprie occupazioni.

Il diritto all'indennità decorre:

- in caso di ricovero dal giorno successivo a quello della dimissione dall'istituto di cura;
- se non vi è stato ricovero, dal giorno successivo a quello dell'applicazione dell'apparecchio di contenzione.

L'erogazione dell'indennità avrà luogo previa presentazione alla Società della certificazione in originale indicante il giorno di applicazione dell'apparecchio, quello della dimissione dall'istituto di cura e quello della rimozione.

ART.28 ARBITRATO

Le divergenze sulla natura, causa ed entità delle lesioni, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 21 sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il collegio medico risiede, a scelta dell'assicurato, nel Comune sede di Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dello stesso, o presso la sede legale della Compagnia.

Ciascuna delle due parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esse designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il

terzo medico. È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART.29 - 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.30 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

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

ART.31 - 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 acrobatica - sci alpinismo - sci estremo ghiacciai - sci acrobatico - sci alpinismo - sci estremo - speleologia;

b) sono indennizzabili con il 40% dell'intero valore accertato gli infortuni

verificatisi nell'esercizio dei seguenti sport, qualunque siano le modalità e circostanze nelle quali sono svolti; tuttavia, l'indennizzo spettante non è soggetto ad alcuna riduzione se l'infortunio si verifica nel corso della partecipazione a competizioni di regolarità pura: automobilismo - motociclismo - motonautica;

c) sono indennizzabili con il 66% dell'intero valore accertato gli infortuni verificatisi nell'esercizio dei seguenti sport, quando si tratti di corse o gare e relative prove e allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle competenti Federazioni Sportive; in caso contrario, l'indennizzo spettante non è soggetto ad alcuna riduzione:

baseball - calcio - canoa - ciclismo - immersioni con autorespiratore - pallacanestro - pallamano - pallavolo - pentathlon moderno - sci - sport equestri - sport del ghiaccio. Qualora una delle attività sportive di cui alle lettere a) e b) venga svolta in occasione di manifestazioni, gare e relativi allenamenti promossi ed organizzati 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.32 - EVENTO CON PLURALITÀ DI INFORTUNI

Nel caso di evento che colpisca più persone assicurate, l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo massimo di € 3.098.741,39.

ART.33 - PREMIO

Il premio annuo (comprensivo di accessori e di imposta) è fissato come segue:

DIPENDENTI:

- comb. A): € 206,64
suddiviso in 12 rate mensili di € 17,22;
- comb. B): € 235,44
suddiviso in 12 rate mensili di € 19,62.

FAMILIARI:

• € 208,20

suddiviso in 12 rate mensili di € 17,35.

L'importo della rata mensile viene trattenuto dalle Poste Italiane S.p.A., dalle ditte consociate e appaltanti attività postali e di comunicazioni, dal ruolo paga dell'Assicurato, a seguito di delega rilasciata dallo stesso alle Amministrazioni. Queste ultime mettono detto importo a disposizione del contraente, il quale è tenuto a versarlo alla Società alle scadenze mensili convenute. Nel caso in cui le Poste Italiane S.p.A. e ditte consociate e appaltanti attività postali e di comunicazioni abolissero con provvedimento amministrativo la trattenuta già disposta sugli emolumenti dell'Assicurato, la Società provvederà a comunicargli le modalità per la continuazione della garanzia assicurativa mediante pagamento del premio in rate trimestrali anticipate.

ART.34 - ADEGUAMENTO DEL PREMIO E DELLE SOMME ASSICURATE

Qualora nel corso della validità del contratto si registrasse un aumento dell'indice ISTAT del costo della vita pari o superiore al 25% rispetto all'indice ISTAT del 31/12/2002, il premio e le somme assicurate saranno automaticamente adeguati con un aumento del 25%. A successivi adeguamenti si procederà ogni qualvolta l'indice ISTAT aumenti in misura non inferiore ad un multiplo del 25% rispetto all'indice del 31/12/2002.

L'applicazione degli aumenti verrà effettuata dal terzo mese successivo a quello in cui viene raggiunto lo scaglione del 25% o del multiplo di esso. Per indice del costo della vita s'intende il numero medio nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati risultante dal Bollettino mensile ISTAT pubblicato dall'istituto centrale di Statistica e riportato sulla Gazzetta Ufficiale, tenendo conto dell'eventuale mutamento della base di calcolo.

POLIZZA INFORTUNI

DIPENDENTI

☐ **COMBINAZIONE A: premio mensile € 17,22**

€ 77.468,00	Caso morte
€ 77.468,00	Invalità permanente
€ 20.66	Inabilità temporanea

☐ **COMBINAZIONE B: premio mensile € 19,62**

€ 7.746,00	Rimborso spese sanitarie a seguito d'infortunio, compreso ticket
€ 77.468,00	Caso morte
€ 77.468,00	Invalità permanente
€ 20.66	Inabilità temporanea

FAMILIARI

per nucleo familiare

premio mensile € 17,35

€ 103.291,38	Caso morte
€ 103.291,38	Invalità permanente
€ 25.82	Diaria per ogni giorno di ricovero a seguito di infortunio
€ 25.82	Diaria per applicazione di apparecchi di contenzione



CISAP

Comitato Interregionale Sindacale Autonomo Posttegralomici
Sede Periferica Lombardia

Via Ponte Seveso, 18 Milano
Tel 02.66981023 - Fax 02.66981027
e-mail: info@cisaplombardia.it

Grupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione generale: Via Massimi, 158 - 00136 Roma - Tel. 06 3018.1 - Fax 06 3018.3382
info@grupama.it - www.grupama.it

Cap. Soc. euro 142.570.800 interamente versato - Partita Iva 09885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 09411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023. Società diretta e controllata da Grupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Pelli, 8-10 Rue d'Astorg



 **Grupama**
Assicurazioni