

postewelfareinfortuni

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI IN FORMA COLLETTIVA

In questo contratto sono rappresentati:

- rischi, oneri e obblighi per l'Assicurato
- esclusioni, limitazioni, periodi di sospensione della copertura
- nullità, decadenze e avvertenze

come richiesto dal Codice delle Assicurazioni (D.lgs. 7 settembre 2005, n. 209 e s.m.i.) e delle sue disposizioni di attuazione.

Ed. Ottobre 2025



Leggere con attenzione le Condizioni di Assicurazione.

Posteitaliane **Posteassicura**
GruppoAssicurativoPostevita

Questo contratto è stato redatto sulla base delle Linee Guida per la semplificazione dei contratti assicurativi del Tavolo Tecnico ANIA, Associazione dei Consumatori, Associazioni degli intermediari, secondo quanto previsto dalla Lettera al Mercato IVASS del 14/03/2018

INDICE

GLOSSARIO	pag. 4
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	pag. 6
Art. 1. In cosa consiste l'assicurazione e chi può essere assicurato?	pag. 6
Art. 2. L'identificazione degli assicurati	pag. 7
Art. 3. Quando comincia il contratto e quanto dura la copertura.....	pag. 7
Art. 4. come e quando si paga il premio?	pag. 7
Art.5. Regolazione del premio	pag. 7
Art. 6. Cosa succede se le dichiarazioni del Contraente/Assicurato relative alle circostanze del rischio sono false, inesatte o reticenti?	pag. 8
Art. 7. Il Contraente/Assicurato come e quando deve comunicare l'aggravamento/diminuzione del rischio?	pag. 8
Art. 8. Dopo un sinistro, si può recedere dal contratto?	pag. 8
Art. 9. Chi paga gli oneri fiscali?	pag. 8
Art. 10. Dove è ubicato il Foro Competente e come si intraprende il Procedimento di Mediazione?	pag. 8
Art. 11. L'assicurazione è stipulata per obbligo di legge?.....	pag. 8
Art. 12. Cosa fare se sono state sottoscritte anche altre assicurazioni?	pag. 9
Art. 13. La Società può rivalersi nei confronti dell'Assicurato?	pag. 9
Art. 14. Quali norme valgono per questo contratto?.....	pag. 9
Art.15. Dove è valida la copertura?	pag. 9
Art. 16 Ci sono limiti di copertura?	pag. 9
Art. 17. Come si presenta un reclamo?	pag. 9
GARANZIE ASSICURATE	pag. 11
Art. 18. Morte da infortunio	pag. 11
Art. 19. Morte presunta	pag. 11
Art. 20. Invalidità permanente da infortunio.....	pag. 11
Art. 21. Quali sono i criteri di indennizzabilità?	pag. 12
Art. 22. È possibile cumulare l'indennizzo in caso di morte con quello per Invalidità Permanente?	pag. 12
Art. 23. Capitali Assicurati, Franchigie	pag. 13
Art. 24. Rischio comune.....	pag. 13
ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE	pag. 14
Art. 25. Che cosa non è assicurato?	pag. 14

Art. 26. È previsto un limite massimo di indennizzo per sinistri che coinvolgono più persone contemporaneamente?	pag. 14
NORME IN CASO DI SINISTRO.....	pag. 15
Art. 27. Cosa fare in caso di sinistro? Quali obblighi ha l'Assicurato?	pag. 15
Art. 28. Come ed entro quando avviene il pagamento dell'indennizzo?.....	pag. 15
Art. 29. Cosa succede se una controversia è di carattere medico?.....	pag. 15
GARANZIE AGGIUNTIVE.....	pag. 17

In questo contratto sono rappresentati:

- **rischi, oneri e obblighi per l'Assicurato**
- **esclusioni, limitazioni, periodi di sospensione della copertura**
- **nullità, decadenze e avvertenze**

come richiesto dal Codice delle Assicurazioni (D.lgs. 7 settembre 2005, n. 209 e s.m.i.) e delle sue disposizioni di attuazione.

GLOSSARIO

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Atto terroristico o sabotaggio: atti che possono includere anche l'uso della forza, della violenza e/o la minaccia dell'uso della forza e della violenza, compiuti da qualsiasi persona o gruppi di persone che agiscano da sole o per conto o in connessione con organizzazioni o governi per propositi politici, religiosi, ideologici o etnici o per ragioni che includano l'intenzione di influenzare il governo o di terrorizzare la popolazione o parte di essa.

Beneficiari: l'Assicurato o, in caso di decesso di questi, i relativi eredi legittimi o testamentari, o, ove previsto, i soggetti comunicati per il tramite del Contraente al verificarsi di un evento indennizzabile ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte da infortunio.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione ed è tenuto al pagamento del premio

Franchigia/Scoperto: la parte del danno che resta a carico dell'Assicurato.

Evento: tutti i sinistri derivanti e causati direttamente da un evento catastrofe. La durata e la portata di tale evento sarà limitata a 72 ore consecutive.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili all'Assicurato.

Intermediario: Poste Italiane Spa - Divisione Servizi Di Bancoposta

Invalidità permanente: la perdita definitiva ed irrimediabile a seguito di infortunio o malattia, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla professione esercitata.

Istituto di Cura: istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital/day surgery, poliambulatorio medico, centro diagnostico, centro di fisiokinesiterapia e riabilitazione, regolarmente autorizzati. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

Malattia: Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Massimale: Somma fino alla cui concorrenza, per ciascun anno assicurativo, la Società presta le garanzie.

Parti: il Contraente e Poste Assicura S.p.A.

Polizza: il documento che prova l'esistenza del contratto di assicurazione

Premio: il corrispettivo dovuto dal Contraente alla Società.

Ricovero: la degenza dell'Assicurato in Istituto di cura, pubblico o privato, conseguente a infortunio, che comporti almeno un pernottamento.

Rischio: la possibilità che si verifichi il sinistro.

Rischio professionale: Infortunio verificatosi durante lo svolgimento da parte dell'Assicurato delle attività professionali (principali e secondarie). Il rischio in itinere è considerato come rischio professionale

Rischio extraprofessionale: Infortunio verificatosi nello svolgimento da parte dell'Assicurato di attività che non abbiano carattere di professionalità.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società /Compagnia: Poste Assicura S.p.A.

Somma Assicurata: la somma che la Società si impegna a pagare al verificarsi di un evento assicurato a termini di polizza.

Sport professionistico: Attività svolta in maniera continuativa, con qualsiasi tipo di remunerazione e/o contributo di qualunque natura che costituisca fonte di reddito e nell'ambito di discipline regolamentate dal CONI.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 1. In cosa consiste l'assicurazione e chi può essere assicurato?

La polizza protegge l'Assicurato per gli infortuni:

- che subisce nell'espletamento delle mansioni relative all'occupazione dichiarata in Polizza
- nello svolgimento di ogni altra attività senza carattere professionale
- gli infortuni che avvengono durante il tempo strettamente necessario a compiere il tragitto dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, usando i mezzi di locomozione previsti dalla normativa di settore applicabile. Tali infortuni rientrano nell'ambito del rischio professionale (rischio in itinere).

Sono assicurabili i Dipendenti indicati in Polizza in forza presso il Contraente.

Questa polizza opera se:

- Il Contraente è unico;
- Le categorie indicate in polizza sono assicurate nella loro totalità.

L'assicurazione vale, ferme le esclusioni di Polizza, per gli infortuni subiti dall'Assicurato, anche se derivano da:

- a) colpa grave;
- b) asfissia non dipendente da malattia;
- c) annegamento;
- d) assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo;
- e) lesioni muscolari determinate da sforzi, inclusi gli infarti;
- f) stato di malore od incoscienza;
- g) ictus;
- h) ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali, in base a quanto di seguito convenuto:
 - nel caso di ernia addominale operata o operabile viene pagato un indennizzo fino al 3% della somma assicurata per il caso di Invalidità permanente;
 - nel caso di ernia addominale non operabile viene pagato un indennizzo fino al 7% della somma assicurata per il caso di Invalidità permanente;
 - nel caso di ernia del disco intervertebrale viene pagato un indennizzo fino al 2% della somma assicurata per il caso di Invalidità permanente;
 - nel caso insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico in deroga alla facoltà prevista dall' *Art. 29 – cosa succede se una controversia è di carattere medico?* delle Condizioni di Assicurazione. Per questi casi non vengono applicate le franchigie di invalidità permanente eventualmente previste in Polizza.

Sono compresi altresì gli infortuni subiti dall'Assicurato:

- i) per avvelenamento, intossicazioni e lesioni prodotte dall'ingestione accidentale di cibi o dall'assorbimento di bevande o sostanze in genere;
- j) per infezioni comprese quelle tetaniche, conseguenti ad infortuni risarcibili a termini di Polizza;
- k) per lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive;
- l) in conseguenza (con esclusione delle malattie di cui certi insetti sono portatori necessari) di morsi o punture di animali obiettivamente constatabili.
- m) per atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- n) per atti di terrorismo o sabotaggio o tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- o) che derivano da movimenti tellurici;

Art. 2. L'identificazione degli assicurati

Sono assicurati coloro che al momento del sinistro risultano regolarmente iscritti nei libri di amministrazione/registri che la Contraente si obbliga ad esibire su richieste degli incaricati della Società.

Art. 3. Quando comincia il contratto e quanto dura la copertura

La copertura comincia dalle ore 24:00 del giorno indicato in Polizza.

Il contratto dura un anno e prevede il tacito rinnovo. Vuol dire che si rinnova automaticamente ogni anno se il Contraente o la Società non inviano o presentano la comunicazione di disdetta almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto. La disdetta del contratto comporta la cessazione alla scadenza naturale delle garanzie assicurative per tutti gli Assicurati. Ai fini del presente contratto farà fede la data di spedizione come da timbro dell'Ufficio Postale o data di invio della PEC/raccomandata.

Art. 4. come e quando si paga il premio?

Il pagamento del premio è annuale. Il premio verrà corrisposto direttamente alla Società tramite bonifico. Il pagamento del premio deve pervenire entro e non oltre il termine di 30 giorni dalla decorrenza della copertura; in mancanza la copertura ha effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.

Se il Contraente non paga i premi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Art.5. Regolazione del premio

L'assicurazione vale per le categorie di persone indicate in polizza ed il cui numero è convenzionalmente indicato ai fini del calcolo del premio iniziale. Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio, si fa riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire in qualsiasi momento insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Compagnia di fare accertamenti e controlli.

L'inclusione e/o la esclusione dalla Polizza decorreranno dalle ore 24.00 della data di assunzione o cessazione del rapporto di lavoro avvenuti in corso d'anno indicata nei suddetti libri. Entro 15 giorni dalla fine di ogni semestre dalla data di decorrenza indicata in Polizza, il Contraente è tenuto a comunicare alla Compagnia le movimentazioni (entrate/uscite) degli assicurati, affinché la Compagnia stessa possa procedere all'emissione della appendice di regolazione del premio. Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro trenta giorni dalla data di ricevimento dell'appendice di regolazione premio emessa dalla Compagnia. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti il pagamento della differenza dovuta, la Compagnia può fissargli un ulteriore termine non superiore a quindici giorni; l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Compagnia di agire giudizialmente e di dichiarare, la risoluzione del contratto.

Se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Compagnia, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. La Compagnia ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente è tenuto a fornire chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Art. 6. Cosa succede se le dichiarazioni del Contraente/Assicurato relative alle circostanze del rischio sono false, inesatte o reticenti?

Prima della firma della polizza, potrebbero rendersi necessarie alcune informazioni per valutare al meglio il rischio da assicurare. Perciò le informazioni da rendere dovranno essere precise, veritiere e complete per valutare il rischio. Se le informazioni rese sono false, inesatte o reticenti il diritto all'indennizzo si perde in tutto o in parte e il contratto può essere annullato.

Art. 7. Il Contraente/Assicurato come e quando deve comunicare l'aggravamento/diminuzione del rischio?

Se il rischio aumenta o diminuisce, il Contraente lo deve comunicare a Poste Assicura:

Poste Assicura S.p.A. - Ufficio Portafoglio Corporate - Viale Europa, 190 - 00144 Roma - PEC portafoglio.danni@pec.poste-assicura.it

Se l'aumento del rischio non è stato comunicato, perché non noto, o se noto, non sarebbe stato comunque accettato da Poste Assicura, l'assicurato può perdere in tutto o in parte il diritto all'indennizzo (art.1898 Codice civile).

Poste Assicura può decidere di recedere dal contratto dopo la comunicazione dell'aumento del rischio e lo comunica al Contraente (artt. 1897 e 1898 Codice civile).

Art. 8. Dopo un sinistro, si può recedere dal contratto?

Sì. Dopo la denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la Società e Il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso scritto di 30 giorni comunicandolo a Poste Assicura S.p.A. - Ufficio Portafoglio Corporate - Viale Europa, 190 - 00144 Roma - PEC portafoglio.danni@pec.poste-assicura.it. In tal caso, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, ovvero con effetto dalla successiva scadenza annua del premio, la Società rimborsa la parte di premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso.

8/25

Art. 9. Chi paga gli oneri fiscali?

Il Contraente. Qualsiasi cambiamento delle leggi sugli oneri fiscali applicabili alla tariffa, verrà applicato immediatamente e opportunamente comunicato.

Art. 10. Dove è ubicato il Foro Competente e come si intraprende il Procedimento di Mediazione?

Per ogni controversia relativa al presente contratto è competente l'Autorità Giudiziaria del Comune di residenza o domicilio dell'Assicurato o degli aventi diritto previo esperimento del procedimento di mediazione di cui al D.lgs. 28/2010 (modificato dal D.L.n.69/2013 convertito con modificazioni in Legge n. 98/2013). La domanda di mediazione è presentata mediante deposito di un'istanza presso un organismo di mediazione, accreditato presso il Ministero della Giustizia, nel luogo del giudice territorialmente competente.

Art. 11. L'assicurazione è stipulata per obbligo di legge?

No. La presente Polizza è stipulata indipendentemente da ogni obbligo di Legge per l'assicurazione infortuni e Malattia e rimarrà in vigore anche nel caso in cui tale obbligatorietà risultasse o fosse stabilita successivamente.

Art. 12. Cosa fare se sono state sottoscritte anche altre assicurazioni?

Se sono stati sottoscritti altri contratti che coprono lo stesso rischio coperto da questo contratto, il Contraente deve comunicarlo a Poste Assicura (art. 1910, 3° comma del Codice civile).

Se il Contraente omette dolosamente di dare l'avviso di cui sopra, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo

Art. 13. La Società può rivalersi nei confronti dell'Assicurato?

No. La Società rinuncia a rivalersi nei confronti dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto.

Art. 14. Quali norme valgono per questo contratto?

Per questo contratto valgono le norme della legge italiana in materia.

Art.15. Dove è valida la copertura?

L'assicurazione è valida per tutti i paesi del mondo. Gli indennizzi verranno pagati in Italia ed in Euro.

Art. 16 Ci sono limiti di copertura?

La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza; la copertura relativa alla singola testa terminerà al verificarsi di una delle condizioni stabilite. La garanzia cessa per le persone che nel corso di validità del contratto superino i **75 anni di età**.

Art. 17. Come si presenta un reclamo?

Per i reclami relativi al rapporto contrattuale con Poste Assicura è necessario trasmettere apposita comunicazione scritta alla Funzione incaricata della gestione dei reclami utilizzando i seguenti recapiti:

- Per posta a Poste Assicura S.p.A. - Reclami - Viale Europa, 190 - 00144 Roma
- Oppure via fax al numero: 06.5492.4402
- Oppure via e-mail all'indirizzo: reclami@poste-assicura.it

In ogni caso, il reclamo dovrebbe contenere i seguenti dati:

- nome, cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante
- numero della polizza e nominativo del contraente
- numero e data del sinistro al quale si fa riferimento
- indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela
- ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze

Qualora non ti ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro entro il termine massimo di 45 giorni, puoi rivolgerti, utilizzando il fac simile di reclamo disponibile sul sito IVASS (www.ivass.it) a:

IVASS

Servizio Tutela del Consumatore – Divisione Gestione Reclami

Via del Quirinale, 21

00187 Roma

Tramite fax: 06.42.133.206 via PEC all'indirizzo tutela.consumatore@pec.ivass.it, tramite PEO a email@ivass.it, completando l'istanza con le informazioni e la documentazione di seguito indicata:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela
- copia del reclamo presentato alla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze

Qualora l'esito del reclamo non sia soddisfacente, prima di interessare l'Autorità Giudiziaria, il Reclamante dovrà fare ricorso alla Mediazione (di cui al D.lgs. n. 28/2010 così come da ultimo modificato dal D.L. n. 69/2013, convertito con modificazioni in legge n.98/2013) che può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito giustizia.it. Il ricorso al procedimento di Mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Si ricorda inoltre che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o attivare direttamente il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet: https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it)

GARANZIE ASSICURATE

Art. 18. Morte da infortunio

La somma assicurata per il caso di morte viene pagata dalla Società ai beneficiari designati o, se non c'è designazione, agli eredi in parti uguali, se la morte dell'Assicurato è conseguente ad un infortunio risarcibile a termini di Polizza e si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

Art. 19. Morte presunta

Se la salma dell'Assicurato non viene ritrovata, la Società paga la somma assicurata dopo sei mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza di **morte presunta**. Se dopo il pagamento dell'indennizzo, l'Assicurato è vivo o l'infortunio non è indennizzabile, la Società ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata.

Art. 20. Invalidità permanente da infortunio

20.1. Rischio Professionale ed in itinere

La Società paga un indennizzo all'Assicurato in caso di Infortunio che determina la sua Invalidità permanente totale o parziale fermo quanto previsto *dall'Art 28 come ed entro quando avviene il pagamento dell'indennizzo?* L'indennizzo dipende dalla percentuale di invalidità accertata dall'I.N.A.I.L. a seguito dell'Infortunio. L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata – indicata in polizza - per la percentuale di Invalidità permanente accertata da parte dell'I.N.A.I.L. al netto della franchigia prevista in Polizza, secondo questi criteri:

- a) se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata più le eventuali maggiorazioni contrattualmente previste;
- b) se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente, come da accertamento da parte dell'I.N.A.I.L., fermo *l'Articolo 21 - quali sono i criteri di indennizzabilità?*

Nel caso in cui l'invalidità sia uguale o superiore al 50% questa verrà indennizzata con il 100% del capitale assicurato

20.2. Rischio ExtraProfessionale

La Società paga un indennizzo all'Assicurato in caso di Infortunio che determina la sua Invalidità permanente totale o parziale. L'indennizzo dipende dalla percentuale di invalidità accertata a seguito dell'Infortunio. L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata – indicata in polizza - per la percentuale accertata di Invalidità permanente al netto della franchigia prevista in Polizza, secondo questi criteri:

- a) se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata più le eventuali maggiorazioni contrattualmente previste;
- b) se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente, che deve essere accertata con riferimento alla tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124 (tabella I.N.A.I.L.), con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista. Per gli Assicurati mancini le percentuali

di invalidità permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa. Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale non prevista dalla tabella I.N.A.I.L., si fa riferimento a questi criteri:

- se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, le percentuali vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- se l'infortunio determina menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella suddetta e ai criteri sopra elencati, l'indennizzo è stabilito tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

In ogni caso, per la valutazione delle menomazioni visive e uditive, il grado di invalidità viene quantificato tenendo conto della possibilità di applicare dei presidi correttivi e/o in caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente. La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%. Nel caso in cui l'invalidità sia uguale o superiore al 50% questa verrà indennizzata con il 100% del capitale assicurato.

Art. 21. Quali sono i criteri di indennizzabilità?

La Società paga l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Nei casi di mutilazioni o difetti fisici preesistenti, l'indennità per invalidità permanente è pagata solo per le conseguenze dirette provocate dall'infortunio come se avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti. Il diritto all'indennità per invalidità permanente è trasmissibile agli eredi.

12/25

Art. 22. È possibile cumulare l'indennizzo in caso di morte con quello per Invalidità Permanente?

No. L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per Invalidità permanente per infortunio; tuttavia, se dopo il pagamento dell'indennizzo per Invalidità permanente e in conseguenza dello stesso infortunio, l'Assicurato muore, la Società paga agli eredi la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso Morte, se questa è maggiore, senza chiedere il rimborso in caso contrario. Se l'Assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite prima che l'indennizzo per invalidità permanente, già concordato o determinato sia stato pagato, la Società paga agli eredi l'importo determinato sulla base delle risultanze mediche acquisite prima dell'avvenuto decesso dell'Assicurato. Inoltre, la Società paga l'indennità agli eredi se possano dimostrare il diritto all'indennizzo consegnando documentazione medica idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi.

Art. 23. Capitali Assicurati, Franchigie

23.1. Somme assicurate

Le opzioni indicate corrispondono alle alternative selezionabili in fase di assunzione del rischio:

OPZIONE	MORTE	INVALIDITA PERMANETE
A	15.000 €	60.000 €
B	25.000 €	100.000 €
C	40.000 €	160.000 €
D	60.000 €	240.000 €
E	75.000 €	300.000€

23.2. Franchigie

In caso di Invalidità Permanente da Infortunio sono previste le seguenti franchigie:

- Professionale ed in Itinere:
 - Fino a 16 punti di invalidità permanente accertata si applica una franchigia assoluta del 5%.
 - Oltre 16 punti di invalidità permanente accertata la Società paga l'indennizzo all'Assicurato decurtando quanto riconosciuto da parte dell'I.N.A.I.L. risultate dal prospetto liquidativo.
- Extra Professionale: In caso di Invalidità Permanente franchigia assoluta del 3%

Art. 24. Rischio comune

La presente Polizza può formare rischio comune con il contratto indicato nella Polizza (nel caso in cui il Rischio Extraprofessionale sia separato dal Rischio professionale). Nel caso di disdetta di uno dei due contratti, si intenderà automaticamente disdetto anche l'altro.

ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 25. Che cosa non è assicurato?

Sono esclusi gli infortuni derivanti da:

- a) eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dalla garanzia "Rischio guerra" se previsto in Polizza;
- b) ogni altro tipo di danno, perdita, costo o spesa - di qualsiasi natura - causati direttamente o indirettamente, risultanti da, derivanti da o connessi a reazioni nucleari, radiazioni nucleari o contaminazione radioattiva, indipendentemente da qualsiasi altra causa, concomitante o meno, che possa aver contribuito a provocare il sinistro;
- c) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- d) pugilato, paracadutismo, salto dal trampolino con gli sci, bob, deltaplano, sport aerei in genere, sport svolto a titolo professionistico;
- e) partecipazione a corse e gare (e relative prove): ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche salvo che esse abbiano carattere ricreativo, corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore salvo che si tratti di regolarità pura;
- f) abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- g) dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei salvo quanto previsto dalla garanzia "rischio Volo" se prevista in Polizza;
- h) ubriachezza;
- i) dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- j) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- k) qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare, chimica o biologica che sia conseguenza di un atto di terrorismo o sabotaggio indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito;
- l) evento verificatosi nel periodo durante il quale l'Assicurato non risulta in regola con la contribuzione Inail

In ogni caso la Società non è obbligata a dare copertura e non è obbligata a pagare qualsiasi richiesta o fornire alcun beneficio se per farlo incorre in una qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea o dagli Stati Uniti d'America.

Art. 26. È previsto un limite massimo di indennizzo per sinistri che coinvolgono più persone contemporaneamente?

Si. Nel caso di sinistro che coinvolge contemporaneamente più persone assicurate con questa Polizza in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non può superare il massimale di € **5.000.000,00**. Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedono questo importo, la Società procede alla riduzione proporzionale.

NORME IN CASO DI SINISTRO

Art. 27. Cosa fare in caso di sinistro? Quali obblighi ha l'Assicurato?

Entro 15 giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se ne ha conoscenza, l'Assicurato o il Contraente o, se impossibilitato a farlo, gli aventi diritto, devono comunicarlo alla Società oppure all'Intermediario al quale è affidata la gestione della Polizza stessa. La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora, natura del sinistro e cause che lo hanno determinato; deve essere corredata da documentazione medica inerente al sinistro (certificato del pronto soccorso o certificazione analoga o certificazione del medico curante, etc., e certificazione attestante il decorso dell'infortunio), attestazione che l'assicurato al momento del sinistro presta servizio alle dipendenze del proprio Datore di Lavoro (Contraente).

In caso di infortunio professionale o in itinere allegare, in aggiunta a quanto suindicato, la seguente documentazione: attestazione dell'indennizzo riconosciuto da parte dell'I.N.A.I.L. Attestazione della percentuale di invalidità permanente riconosciuta dall'I.N.A.I.L.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici ed eventuale documentazione che la compagnia si riserva di richiedere per finalizzare l'istruttoria del sinistro. Quando il sinistro ha provocato la morte dell'Assicurato, o se la morte avviene durante il periodo di cura, la Società deve essere immediatamente avvertita.

L'Assicurato o, in caso di sua morte, i Beneficiari, devono consentire alla Società le indagini, le perizie, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti opportuni in caso di sinistro avvenuto in ambito extra professionale. Per questo sciolgono gli incaricati di queste attività dall'eventuale segreto professionale; devono presentare se richiesta, copia della cartella clinica e ulteriore documentazione utile richiesta dalla Società. Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato. Colui che richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi su cui si fonda il proprio diritto. La denuncia può essere inviata in uno di questi modi:

- **indirizzo e-mail:** collettive.sinistripa@poste-assicura.it oppure tramite raccomandata a/r a: **Poste Assicura S.p.A. Ufficio Sinistri Viale Europa, 190 - 00144 Roma**

15/25

Art. 28. Come ed entro quando avviene il pagamento dell'indennizzo?

Ricevuta la necessaria documentazione (cartelle cliniche, esami specialistici, certificazione medica, ricevute o fatture di pagamento, ecc.), espletate tutte le indagini richieste dalla Società e verificata la validità delle garanzie, la Società paga l'indennizzo entro 30 giorni dal completamento dell'istruttoria, cioè dalla verifica dei fatti e della documentazione completa. Se non c'è accordo fra le Parti sull'ammontare dell'indennizzo, la Società, nell'attesa che sia definita l'eventuale contestazione, pagherà l'importo da essa stimato, salvo eventuale conguaglio successivo alla relativa decisione.

Art. 29. Cosa succede se una controversia è di carattere medico?

Invece di ricorrere al Giudice, di comune accordo le parti (la Società, il contraente, l'assicurato o i Beneficiari) possono affidare la decisione a un collegio di tre medici. La controversia può riguardare:

- la natura del sinistro
- l'importo dell'indennizzo
- i criteri di liquidazione stabiliti dal contratto

Il mandato al collegio deve essere scritto ed è irrevocabile. Dei tre medici del collegio, due sono nominati uno per parte, il terzo in accordo tra le parti. Se le parti non sono d'accordo, una può prendere l'iniziativa di chiedere di nominare il terzo medico al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha sede

nella città o nella provincia dove il collegio medico si riunisce. Il collegio medico risiede nel comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'assicurato.

Se lo ritiene opportuno, il collegio medico può decidere di accertare in modo definitivo l'Invalidità totale e permanente in un secondo momento, che deciderà lo stesso collegio. In questo caso il collegio può concedere nel frattempo un anticipo sull'indennizzo.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza, senza formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale. Le parti rinunciano a contestare le decisioni, tranne nei casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali. I risultati delle perizie del collegio medico devono essere riportati nel verbale, che sarà redatto in due copie, una per ognuna delle parti. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese, paga il medico che ha nominato, contribuisce per la metà delle spese e competenze per il terzo medico; in nessun modo può intervenire a pagare le spese di un'altra parte.

GARANZIE AGGIUNTIVE

1) Rischio Volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni avvenuti durante i viaggi aerei effettuati dall'Assicurato come passeggero su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare ed i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile. Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'importo massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore al massimale previsto di € 3.000.000,00. Se gli indennizzi complessivamente superano questo importo la Società procederà alla riduzione proporzionale.

2) Rischio Guerra

L'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato è sorpreso dagli eventi citati mentre si trova fuori dalla Repubblica Italiana, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del Suo arrivo in tale Paese.

3) Anticipo indennizzo

Trascorsi 60 giorni dal termine delle cure mediche relative ad un Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza, anche se non ancora sopraggiunta la guarigione definitiva o la stabilizzazione dei postumi, l'Assicurato potrà richiedere un anticipo alla Società pari al 50% del presunto ammontare indennizzabile per Invalidità permanente con il massimo di 100.000,00 euro, da conguagliarsi successivamente in sede di definitiva liquidazione del sinistro. L'anticipo verrà pagato entro 30 giorni dall'acquisizione dei dati completi sullo stato di salute dell'Assicurato, a condizione che, a seguito di accertamento autonomo da parte della Società, il grado di Invalidità permanente residuo dopo le cure mediche non sia Inferiore al 20%.

17/25

4) Danni estetici

In caso di infortunio con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia non comporti risarcimento a titolo di Invalidità permanente, la Società rimborserà entro il massimale di € 3.000,00, le spese sanitarie documentate e non altrimenti contrattualmente rimborsabili, sostenute dall'Assicurato per interventi di chirurgia estetico-ricostruttiva volti a ridurre o eliminare danni estetici conseguenti all'infortunio.

5) Rimborso spese mediche da infortunio

In caso di infortunio indennizzabile a termini di Polizza, la Società rimborsa fino alla concorrenza del massimale di € 5.000,00 con l'applicazione di uno scoperto del 10% minimo Euro 100,00, le spese effettivamente sostenute per:

- onorari a medici e/o chirurghi
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso (escluse eliambulanze) all'Istituto di cura o all'ambulatorio
- spese fisioterapiche in genere e spese farmaceutiche
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Sono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, tranne quelle necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente. Se gli Assicurati utilizzano analoghe prestazioni assicurative, la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate. Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata, su presentazione dei documenti giustificativi (notule del medico, ricevute del farmacista, documenti giustificativi dell'Istituto di cura nel quale ha avuto luogo il ricovero e simili), debitamente quietanzati. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia in Euro, applicando il tasso ufficiale di cambio BCE rilevato nel giorno dell'ultimo pagamento sostenuto.

6) Spese funerarie

Se l'Assicurato muore a causa di un Infortunio indennizzabile, la Società rimborsa ai Beneficiari le spese regolarmente documentate sostenute per il funerale o la cremazione, entro il massimale di € 1.500,00.

7) Rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'Assicurato avvenuto all'estero, a seguito di un Infortunio indennizzabile, la Società rimborsa ai Beneficiari le spese sostenute per il trasporto della salma in Patria, entro il massimale di € 2.000,00.

INFORMATIVA PRIVACY

ai sensi del Regolamento 2016/679/UE “Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali” (articoli 13 e seguenti)

Poste Assicura S.p.A. (di seguito Compagnia) facente parte del Gruppo Assicurativo Poste Vita appartenente al Gruppo Poste Italiane - con sede in Roma, Viale Europa 190 che opera in qualità di “titolare” del trattamento, desidera fornirLe le indicazioni chiare e semplici circa il trattamento dei Suoi dati personali. In caso di qualsiasi dubbio o chiarimento rispetto a quanto riportato di seguito, La invitiamo a contattarci ai recapiti del Presidio Privacy della Compagnia sotto indicati.

ALCUNE DEFINIZIONI PRINCIPALI

Il «**dato personale**» è qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile («**interessato**»); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale.

Il «**trattamento**» è qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati applicate a dati personali, quali la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento, la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, la diffusione, la messa a disposizione, il raffronto, l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione, la distruzione.

Il «**Titolare del trattamento**» è la persona giuridica che, singolarmente o insieme ad altri, determina le finalità e i mezzi del trattamento di dati personali.

Il «**Contitolare**» è la persona giuridica che determina congiuntamente ad uno o più Titolari le finalità e i mezzi del trattamento dei dati personali dell'interessato, le responsabilità in merito all'osservanza degli obblighi derivanti dalla normativa applicabile.

Il «**Responsabile del Trattamento**» è la persona fisica o giuridica che tratta i dati personali per conto del Titolare del trattamento.

Il «**consenso**» dell'interessato è la manifestazione di volontà libera, specifica, informata e inequivocabile dell'interessato, con la quale lo stesso manifesta il proprio assenso, mediante dichiarazione o azione positiva inequivocabile, affinché i dati personali che lo riguardano siano oggetto di trattamento.

Per «**marketing**» si intende l'espletamento delle attività a carattere commerciale, pubblicitario e promozionale, quale ad esempio in maniera non esaustiva l'invio di materiale pubblicitario, la vendita diretta, il compimento di ricerche di mercato o la comunicazione commerciale, o le attività promozionali svolte nell'ambito di eventi e manifestazioni a premio promosse dalla Compagnia.

La «**profilazione**» è il trattamento con mezzi informatici e automatizzati consistente nell'utilizzo di tali dati personali per valutare determinati aspetti personali o relativi al rendimento professionale, la situazione economica, le preferenze personali, gli interessi, l'affidabilità nei pagamenti, il comportamento, l'ubicazione o gli spostamenti della persona fisica.

Per «**sistema d'IA**» s'intende un sistema automatizzato progettato per funzionare con livelli di autonomia variabili e che può presentare adattabilità dopo la diffusione e che, per obiettivi espliciti o impliciti, deduce dall'input che riceve come generare output quali previsioni, contenuti, raccomandazioni o decisioni che possono influenzare ambienti fisici o virtuali.

SOGGETTI AUTORIZZATI A TRATTARE I DATI PERSONALI

In relazione al singolo servizio richiesto, La Compagnia potrà trattare i Suoi dati personali unitamente ad altri:

- Titolari, quando determinano le finalità e i mezzi del trattamento esclusivamente per la parte di propria competenza nell'ambito dell'esecuzione del servizio richiesto. Tali soggetti sono tenuti a rendere la propria informativa privacy al cliente;
- Contitolari, quando determinano, congiuntamente al Gruppo Assicurativo Poste Vita, le finalità e i mezzi del trattamento nell'ambito dell'esecuzione di un determinato servizio richiesto. In tal caso l'informativa privacy viene resa dal Contitolare congiuntamente al Gruppo Assicurativo Poste Vita.

Gli incaricati sono i dipendenti del Gruppo Assicurativo Poste Vita e le figure assimilate, addetti materialmente al trattamento dei dati personali e autorizzate dal Titolare, direttamente o per il tramite dei delegati. Inoltre, per lo svolgimento di alcune attività strumentali all'esecuzione del servizio richiesto, ovvero in relazione ad obblighi di legge e comunque in conformità alla normativa sulla protezione dei dati personali la Compagnia potrà nominare i Responsabili esterni del trattamento (terze parti che effettuano il trattamento dei dati personali per conto della Compagnia).

Per conoscere nel dettaglio le informazioni riguardanti la presenza di eventuali Titolari, Contitolari e dei principali Responsabili in base al servizio richiesto può rivolgersi al Presidio Privacy del Gruppo Assicurativo Poste Vita, tramite i seguenti canali: e-mail: privacy@postevita.it; posta tradizionale: Viale Europa 190 – 00144 Roma.

CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI

Senza che sia necessario un consenso esplicito, la Compagnia potrà comunicare i Suoi dati personali alle seguenti categorie di soggetti:

- intermediari assicurativi e riassicurativi ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; consulenti tecnici ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Compagnia, quali professionisti legali, periti e medici; cliniche convenzionate; società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di consulenza per tutela giudiziaria;
- società di servizi informatici, telematici e di telecomunicazione; società per la lavorazione, elaborazione e archiviazione dei dati; società di servizi postali per le comunicazioni dirette agli interessati; società (es. call center) per attività di assistenza; società di revisione e certificazione delle attività svolte dalla Compagnia anche nell'interesse della clientela; società di assistenza e consulenza; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti; soggetti che svolgono attività di garanzia assegni;
- autorità e organi di vigilanza e controllo e in generale soggetti, pubblici o privati, con funzioni di rilievo pubblicistico (es. IVASS, CONSOB, COVIP, ANIA, CIRT, CONSAP, Banca d'Italia, UIF, ecc.); soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi ai danni degli intermediari finanziari.
- soggetti che operano, ad esempio, in materia di sistemi elettronici, assistenza, consulenza, qualità, stampa e imbustamento, servizi finanziari e assicurativi, recupero crediti, revisione e certificazione, lavorazioni massive di documenti;
- soggetti cui tale comunicazione debba essere effettuata per adempiere a prescrizioni dettate da normative nazionali e comunitarie (ad esempio: antiterrorismo, prevenzione delle frodi sulle carte di pagamento, accertamenti fiscali e tributari, prestazione di servizi di investimento) nonché a disposizioni impartite da Organi di Vigilanza e Controllo.

Inoltre, per finalità amministrativo-contabili la Compagnia potrà comunicare i dati personali alle Società del Gruppo Poste Italiane. Tali trattamenti sono connessi allo svolgimento delle attività di natura organizzativa, amministrativa, finanziaria e contabile, a prescindere dalla natura dei dati trattati (in particolare: attività organizzative interne, quelle funzionali all'adempimento di obblighi contrattuali e precontrattuali, alla tenuta della contabilità e all'applicazione delle norme in materia fiscale, previdenziale-assistenziale, di salute, igiene e sicurezza sul lavoro).

DATA PROTECTION OFFICER

Il Data Protection Officer (DPO) è il Responsabile della protezione dei dati personali ed è designato dal Titolare per assolvere alle funzioni espressamente previste dal Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali. Il DPO è reperibile presso l'ufficio del Responsabile della Protezione dei Dati di Poste Italiane, in viale Europa, 175 - 00144 Roma, e-mail: ufficiordp@posteitaliane.it.

ORIGINE DEI DATI PERSONALI

Al fine di fornire i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti o previsti a favore dell'interessato, i dati personali che la Compagnia tratta sono raccolti presso l'interessato, al momento della richiesta del prodotto o del servizio oppure nel corso del rapporto contrattuale nonché, presso altri soggetti inerenti al rapporto contrattuale (es. contraenti di assicurazione in cui l'interessato risulti essere assicurato, beneficiario, coobbligati ecc.) e/o intermediari assicurativi e riassicurativi (quali, Poste Italiane S.p.A. - patrimonio Bancoposta, i soggetti addetti all'intermediazione quali dipendenti, collaboratori ed altri incaricati dell'intermediario stesso per l'attività svolta al di fuori dei locali dove lo stesso opera; agenti; broker di assicurazione, ecc.).

I dati personali possono altresì, essere raccolti, telefonicamente tramite Contact center o corrispondenza elettronica, oppure possono essere ottenuti attraverso altri canali quali, ad esempio, siti web (social network, chat, App, installazione di cookie: per i cookie di terze parti ti invitiamo a prendere visione della relativa informativa pubblicata sui siti delle terze parti). I Suoi dati possono essere associati a identificativi online prodotti dai dispositivi, dalle applicazioni, dagli strumenti e dai protocolli utilizzati, quali gli indirizzi IP, a marcatori temporanei (cookies) o a identificativi di altro tipo. Tali identificativi possono lasciare tracce che, se combinate con identificativi univoci e altre informazioni ricevute dai server, possono essere utilizzate, con il Suo consenso, per creare profili individuali.

21/25

BASE GIURIDICA, FINALITÀ DEL TRATTAMENTO E DEL CONFERIMENTO DEI DATI

La Compagnia tratta i Suoi dati personali nel quadro delle finalità "assicurative", quando è necessario nell'ambito di un contratto o ai fini della conclusione ed esecuzione di un contratto o dell'esecuzione di misure pre e post contrattuali (es. predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni). Il trattamento dei Suoi dati potrà altresì avvenire in conformità ad un obbligo di legge (es. per adempiere alle disposizioni normative vigenti in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di finanziamento del terrorismo internazionale).

Per finalità amministrativo-contabili, la Compagnia potrà comunicare i Suoi dati personali a Poste Italiane S.p.A. e/o società del Gruppo Poste Italiane. Tali trattamenti sono connessi allo svolgimento delle attività di natura organizzativa, amministrativa, finanziaria e contabile, a prescindere dalla natura dei dati trattati (in particolare: attività organizzative interne, quelle funzionali all'adempimento di obblighi contrattuali e precontrattuali, alla tenuta della contabilità e all'applicazione delle norme in materia fiscale, previdenziale-assistenziale, di salute, igiene e sicurezza sul lavoro).

Per queste finalità il conferimento dei dati è necessario, in mancanza dello stesso non è possibile fornirLe il servizio richiesto.

Il trattamento dei Suoi dati personali potrà inoltre essere considerato lecito quando:

- è necessario per l'esecuzione di un compito svolto nel pubblico interesse;
- è basato sul diritto dell'Unione o di uno Stato membro per l'esercizio di pubblici poteri;
- è necessario per proteggere un interesse essenziale per la vita dell'interessato o di un'altra persona fisica;
- è effettuato per finalità diverse da quelle per le quali i dati personali sono stati inizialmente raccolti, se compatibile con le finalità per le quali i dati personali sono stati inizialmente raccolti;
- è effettuato per legittimo interesse del Titolare del trattamento, o di terzi.

Inoltre, la Compagnia potrà trattare i Suoi dati personali nel caso in cui Lei avesse rilasciato un esplicito e facoltativo consenso per attività di marketing, ovvero per attività di profilazione.

Con il Suo consenso alla profilazione, la Compagnia effettuerà, con mezzi informatici automatizzati, delle analisi o elaborazioni volte a rilevare le preferenze di utilizzo dei servizi offerti al fine di migliorarli e renderli più aderenti alle Sue esigenze, sia aggregando i dati in classi omogenee sia elaborando profili individuali.

Infine, per la fornitura di prodotti e/o servizi assicurativi ed in particolare sia per alcune tipologie di prodotto offerte nell'ambito della linea Protezione sia nell'ambito del servizio di liquidazione sinistri, la Compagnia ha la necessità di trattare **particolari categorie di dati personali**, quali dati relativi alla salute.

Il Suo consenso esplicito per il trattamento di tali dati, raccolto nei limiti delle sole finalità assicurative sopra descritte, verrà richiesto all'interno di specifica modulistica messa a disposizione dell'Interessato (si rinvia a quanto inserito a margine di tale informativa). La Compagnia tratta tali dati necessari esclusivamente per dare seguito a specifici servizi ed operazioni richieste dai clienti, ad esempio, la liquidazione dei sinistri.

La Compagnia potrà effettuare trattamento di dati personali relativi a condanne penali e reati esclusivamente nei casi autorizzati dalla legge o dall'Autorità pubblica.

MODALITÀ DI TRATTAMENTO E CONSERVAZIONE DEI DATI

Il trattamento dei Suoi dati personali sarà effettuato in modo da garantire un'adeguata sicurezza e riservatezza e da impedire l'accesso o l'utilizzo non autorizzato dei dati personali. Pertanto, i Suoi dati personali saranno trattati e conservati nel pieno rispetto dei principi di necessità, minimizzazione dei dati e limitazione del periodo di conservazione, mediante l'adozione di misure tecniche ed organizzative adeguate al livello di rischio dei trattamenti e per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati, comunque per il periodo previsto dalla legge.

Nell'ambito della gestione di alcune interazioni con gli Interessati, per esempio per finalità di assistenza e/o gestione dei sinistri, potranno essere adoperati sistemi d'intelligenza artificiale per lo smistamento e l'analisi delle comunicazioni ricevute e il supporto alla gestione del relativo riscontro, fermo restando che l'utilizzo di tali sistemi nel caso in esame non andrà a configurare un processo decisionale automatizzato.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

Lei ha il diritto di ottenere dalla Compagnia l'accesso alle seguenti informazioni: le finalità del trattamento, le categorie di dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati (compresi destinatari di paesi terzi o organizzazioni internazionali), il periodo di conservazione dei dati personali previsto oppure, se non è possibile, i criteri utilizzati per determinare tale periodo, l'origine dei dati personali, l'esistenza di un processo di profilazione e informazioni sulla logica utilizzata.

Inoltre, ha il diritto di:

- ottenere la rettifica dei dati personali inesatti;
- ottenere l'integrazione dei dati personali incompleti;
- ottenere la limitazione del trattamento dei dati personali (in tal caso, i dati sono trattati soltanto con il Suo consenso, salvo che per la necessaria conservazione degli stessi);
- opporsi al loro trattamento;
- ottenere la cancellazione («diritto all'oblio»);
- ottenere la portabilità dei dati, ovvero la trasmissione dei Suoi dati personali da un Titolare del trattamento ad un altro, qualora tecnicamente fattibile.

Per esercitare i Suoi diritti, può rivolgersi al **Presidio Privacy** della Compagnia, tramite i seguenti canali: e-mail: privacy@postevita.it; posta tradizionale: Viale Europa 190, 00144 Roma.

DIRITTO DI PROPORRE RECLAMO

Qualora ritenesse che i trattamenti effettuati dalla Compagnia possano aver violato le norme del Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali, ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 77 del Regolamento 2016/679/UE.

DIRITTO DI REVOCA DEI CONSENSI E CANALI DI CONTATTO

Le ricordiamo che gli eventuali consensi (es. per finalità di marketing o di profilazione) saranno sempre revocabili. La revoca non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca stessa.

I canali di contatto utilizzati dal Gruppo Assicurativo Poste Vita per effettuare attività di marketing sono: telefono con o senza operatore, posta cartacea, posta elettronica, telefax, messaggi del tipo SMS, MMS, o di altro tipo, siti web. In qualsiasi momento potrà opporsi al trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di marketing, incluse le finalità di profilazione ad esse connesse. Inoltre, se preferisce essere contattato esclusivamente con modalità tradizionali (posta cartacea, telefono con operatore), in qualsiasi momento potrà opporsi anche soltanto ai mezzi automatizzati di contatto (e-mail, sms, mms, fax, telefono senza operatore).

23/25

TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A UN PAESE TERZO

Il trasferimento di dati personali da Paesi appartenenti all'UE verso Paesi "terzi" non appartenenti all'UE è vietato, in linea di principio, a meno che il Titolare o il Responsabile del trattamento garantisca un livello di protezione "adeguato". Non verranno effettuati trasferimenti dei dati verso Paesi terzi, fatti salvi i servizi espressamente richiesti dal cliente o gli specifici casi per i quali la Compagnia adotterà adeguate garanzie e provvederà ad informare l'interessato.

TUTELA DEI MINORI

I minori possono essere meno consapevoli dei rischi, delle conseguenze, nonché dei loro diritti in relazione al trattamento dei dati personali; pertanto, il Gruppo Assicurativo Poste Vita rivolge loro una specifica protezione, con particolare riguardo all'utilizzo dei dati personali per fini di marketing o di creazione di profili individuali e alla raccolta di dati personali nell'ambito dei servizi forniti direttamente al minore. Per quanto riguarda l'offerta diretta di servizi della società dell'informazione (ovvero qualsiasi servizio prestato per via elettronica), il trattamento di dati personali richiede il consenso esplicito del minore ed è lecito ove il minore abbia compiuto l'età minima prevista dalla legge applicabile.

(Informativa privacy da firmare e datare al momento della denuncia del sinistro)

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 2016/679/UE “Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali” (articoli 13 e seguenti)

Con riferimento all’Informativa Privacy ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR), ricevuta all’atto di sottoscrizione della polizza per il tramite del Contraente di polizza e comunque reperibile sul sito www.poste-assicura.it, Le evidenziamo che per le attività di gestione e di liquidazione dei sinistri, Poste Assicura S.p.A. (di seguito Compagnia

), in qualità di Titolare del trattamento, si avvale di diversi soggetti ai quali potrebbe comunicare i suoi dati. Si tratta, in particolare, di intermediari assicurativi e riassicurativi (es. broker, agenti), consulenti tecnici ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Compagnia, quali professionisti legali, periti e medici; cliniche convenzionate; società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri. Tali soggetti operano in qualità di Titolari autonomi o di Responsabili.

La informiamo che l’elenco dettagliato di tali soggetti è disponibile scrivendo al Presidio Privacy della Compagnia, tramite i seguenti canali: e-mail privacy@postevita.it, posta tradizionale: Viale Europa,190 00144 Roma.

Ciò premesso, acconsento al trattamento dei miei dati personali relativi alla salute per le attività di gestione e liquidazione dei sinistri.

Qualora la copertura assicurativa sia estesa ai componenti del Suo nucleo familiare, limitatamente a figli minorenni, Lei si assumerà personalmente ogni tipo di responsabilità rispetto a tutti i dati personali relativi alla salute dei suindicati familiari per le attività di gestione e liquidazione sinistri forniti alla compagnia.

Luogo e data/...../.....

Firma dell’Assicurato (o di chi ne fa le veci)

Le segnaliamo che il consenso al trattamento dei dati relativi alla salute è necessario e che l’eventuale assenza non consente l’avvio della pratica di liquidazione.

Come possiamo aiutarti?



Contattaci

Vai su posteassicura.it nella sezione Assistenza Clienti e compila il modulo oppure scrivici sul profilo **Facebook** Poste Italiane



Chiamaci

Poste Assicura **800.131.811**

(numero gratuito, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 e il sabato dalle 8.00 alle 14.00)

     poste.it

Poste Assicura S.p.A. • 00144, Roma (RM), Viale Europa, 190 • Tel.: (+39) 06 549241 • Fax: (+39) 06 54924203 • PEC: posteassicura@pec.poste-assicura.it • www.poste-assicura.it • Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001, Capitale Sociale Euro 25.000.000,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07140521001, REA n. 1013058 • Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00174 • Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base alla delibera ISVAP n. 2788/2010 • Società appartenente al gruppo assicurativo Poste Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043 • Società con socio unico, Poste Vita S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di quest'ultima.



Posteitaliane

Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo per le piccole e medie imprese (DIP Danni)

Poste Assicura S.p.A., Società con socio unico, soggetta alla direzione e coordinamento di Poste Vita S.p.A., appartenente al Gruppo Assicurativo Poste Vita (iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 043, a sua volta facente parte del più ampio Gruppo Poste Italiane)

Compagnia registrata in Italia – nr. iscrizione 1.00174

Poste Welfare Infortuni

Data di aggiornamento: 02 febbraio 2026
Il DIP Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Compagnia: Poste Assicura S.p.A.

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione contro i danni che offre prestazioni contro il rischio infortuni professionale, extra-professionale ed itinere:



Che cosa è assicurato?

✓ Somme assicurate:

OPZIONE	MORTE	INVALIDITÀ PERMANENTE
A	15.000 €	60.000 €
B	25.000 €	100.000 €
C	40.000 €	160.000 €
D	60.000 €	240.000 €
E	75.000 €	300.000 €

Tra le garanzie offerte si includono:

✓ **Morte da infortunio:** La somma assicurata per il caso di morte viene pagata dalla Società ai beneficiari designati o, se non c'è designazione, agli eredi in parti uguali, se la morte dell'Assicurato è conseguente ad un infortunio risarcibile a termini di Polizza e si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

✓ **Morte presunta:** Se la salma dell'Assicurato non viene ritrovata, la Società paga la somma assicurata dopo sei mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza di morte presunta. Se dopo il pagamento dell'indennizzo, l'Assicurato è vivo o l'infortunio non è indennizzabile, la Società ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata.

✓ Invalidità permanente da infortunio:

Rischio Professionale ed in itinere: La Società paga un indennizzo all'Assicurato in caso di Infortunio che determina la sua Invalidità permanente totale o parziale. L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata – indicata in polizza - per la percentuale di Invalidità permanente accertata da parte dell'I.N.A.I.L. al netto della franchigia prevista in Polizza.

Rischio ExtraProfessionale: La Società paga un indennizzo all'Assicurato in caso di Infortunio che determina la sua Invalidità permanente totale o parziale. L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata – indicata in polizza - per la percentuale accertata di Invalidità permanente al netto della franchigia prevista in Polizza.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Clientela retail
- ✗ Coloro che al momento del sinistro non risultano regolarmente iscritti nei libri di amministrazione/registri che la Contraente si obbliga ad esibire su richieste degli incaricati della Società
- ✗ La copertura non è rivolta a persone di età superiore a 75 anni



Ci sono limiti di copertura?

- ! eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dalla garanzia "Rischio guerra" se previsto in Polizza;
 - ! ogni altro tipo di danno, perdita, costo o spesa - di qualsiasi natura - causati direttamente o indirettamente, risultanti da, derivanti da o connessi a reazioni nucleari, radiazioni nucleari o contaminazione radioattiva, indipendentemente da qualsiasi altra causa, concomitante o meno, che possa aver contribuito a provocare il sinistro;
 - ! delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
 - ! pugilato, paracadutismo, salto dal trampolino con gli sci, bob, deltaplano, sport aerei in genere, sport svolto a titolo professionistico;
 - ! partecipazione a corse e gare (e relative prove): ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche salvo che esse abbiano carattere ricreativo, corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore salvo che si tratti di regolarità pura;
 - ! abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
 - ! dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacqueei salvo quanto previsto dalla garanzia "rischio Volo" se prevista in Polizza;
 - ! ubriachezza;
 - ! dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
 - ! operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
 - ! qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare, chimica o biologica che sia conseguenza di un atto di terrorismo o sabotaggio indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito;
 - ! evento verificatosi nel periodo durante il quale l'Assicurato non risulta in regola con la contribuzione Inail
- In ogni caso la Società non è obbligata a dare copertura e non è obbligata a pagare qualsiasi richiesta o fornire alcun beneficio se per farlo incorre in una qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea o dagli Stati Uniti d'America.



Dove vale la copertura?

✓ In tutto il mondo



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazione veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. In caso di sinistro hai l'obbligo di denunciarlo entro 15 giorni dalla data in cui si è verificato o dal momento in cui se ne ha conoscenza. Entro 15 giorni dalla fine di ogni semestre dalla data di decorrenza indicata in Polizza, il Contraente è tenuto a comunicare alla Compagnia le movimentazioni (entrate/uscite) degli assicurati, affinché la Compagnia stessa possa procedere all'emissione della appendice di regolazione del premio.



Quando e come devo pagare?

Il pagamento del premio deve pervenire entro e non oltre il termine di 30 giorni dalla decorrenza della copertura. Il pagamento avviene tramite bonifico.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura comincia dalle ore 24:00 del giorno indicato in Polizza. Il contratto dura un anno e prevede il tacito rinnovo.



Come posso disdire la polizza?

L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto. Dopo la denuncia di un sinistro è possibile recedere dal contratto con preavviso scritto di 30 giorni.

Assicurazione Infortuni

Posteassicura
Gruppo Assicurativo Postevita

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)
Poste Assicura S.p.A

Prodotto: Poste Welfare Infortuni
Data di aggiornamento: 02 febbraio 2026
il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società

Poste Assicura S.p.A., Società con socio unico, soggetta alla direzione e coordinamento di Poste Vita S.p.A., appartenente al Gruppo Assicurativo Poste Vita (iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 043, a sua volta facente parte del più ampio Gruppo Poste Italiane), autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2788 del 25 marzo 2010, iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di assicurazione al n. 1.00174

Sede Legale e direzione generale in Viale Europa, 190 - 00144 Roma (Italia) Recapito telefonico 06.54.924.1 Sito internet: www.poste-assicura.it E-mail: infoclienti@poste-assicura.it Posta Elettronica Certificata (PEC): posteassicura@pec.poste-assicura.it

Questi dati sono tratti dall'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2024:

- il Patrimonio netto è pari a 367,5 milioni di euro, di cui 25 milioni di euro di capitale sociale e 342,5 milioni di euro di riserve patrimoniali
- l'indice di solvibilità è pari a 235,0%. L'indice di solvibilità (solvency ratio) è il rapporto tra i mezzi propri pari a 438,9 milioni di euro e il requisito di capitale richiesto dalla normativa pari a 186,8 milioni di euro
- il requisito patrimoniale minimo è 70,1 milioni di euro

La relazione sulla solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) si possono consultare sul sito di Poste Assicura (<https://posteassicura.poste.it/dati-di-bilancio-poste-assicura/>)

Al contratto si applica la legge italiana

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Garanzie aggiuntive rispetto a quelle riportate all'interno del Dip Danni:

- ✓ **Rischio volo:** infortuni avvenuti durante i viaggi aerei effettuati dall'Assicurato come passeggero su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare ed i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile. L'importo massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore al massimale previsto di € 3.000.000,00.
- ✓ **Rischio guerra:** infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato è sorpreso dagli eventi citati mentre si trova fuori dalla Repubblica Italiana, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del Suo arrivo in tale Paese.
- ✓ **Anticipo indennizzi:** Trascorsi 60 giorni dal termine delle cure mediche relative ad un Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza, l'Assicurato potrà richiedere un anticipo alla Società pari al 50% del presunto ammontare indennizzabile per Invalidità permanente con il massimo di 100.000,00 euro, a seguito di accertamento autonomo da parte della Società, il grado di Invalidità permanente residuo dopo le cure mediche non sia inferiore al 20%.
- ✓ **Danni estetici:** In caso di infortunio con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia non comporti risarcimento a titolo di Invalidità permanente, la Società rimborserà entro il massimale di € 3.000,00
- ✓ **Rimborso spese mediche da infortunio:** In caso di infortunio indennizzabile a termini di Polizza, la Società rimborsa fino alla concorrenza del massimale di € 5.000,00 con l'applicazione di uno scoperto del 10% minimo €100,00, le spese effettivamente sostenute per: onorari a medici e/o chirurghi, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso (escluse eliambulanze) all'Istituto di cura o all'ambulatorio, spese fisioterapiche in genere e spese farmaceutiche, spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie. Sono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, tranne quelle necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.
- ✓ **Spese funerarie:** Se l'Assicurato muore a causa di un Infortunio indennizzabile, la Società rimborsa ai Beneficiari entro il massimale di € 1.500,00
- ✓ **Rimpatrio della salma:** In caso di decesso dell'Assicurato avvenuto all'estero, a seguito di un Infortunio indennizzabile, la Società rimborsa ai Beneficiari entro il massimale di € 2.000,00



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

- Franchigie:

In caso di Invalidità Permanente da Infortunio sono previste le seguenti franchigie:

• Professionale ed in Itinere:

- Fino a 16 punti di invalidità permanente accertata si applica una franchigia assoluta del 5%.

- Oltre 16 punti di invalidità permanente accertata la Società paga l'indennizzo all'Assicurato decurtando quanto riconosciuto da parte dell'I.N.A.I.L. risultante dal prospetto liquidativo

• Extra Professionale: In caso di Invalidità Permanente franchigia assoluta del 3%

- Limite catastrofale

Nel caso di sinistro che coinvolge contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non può superare il massimale di € 5.000.000,00. Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedono questo importo, la Società procede alla riduzione proporzionale.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto alle persone fisiche a tutela dei sinistri da infortuni. Sono assicurabili i dipendenti in forza presso il Contraente.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: 13%

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Per i reclami relativi al rapporto contrattuale con Poste Assicura è necessario trasmettere apposita comunicazione scritta alla Funzione incaricata della gestione dei reclami utilizzando i seguenti recapiti: Poste Assicura S.p.A. – Reclami - Viale Europa, 190 - 00144 Roma oppure inviarti per e-mail reclami@poste-assicura.it oppure via fax al numero: 06.5492.4402
All'IVASS	Qualora non ti ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro entro il termine massimo di 45 giorni, puoi rivolgerti all'IVASS (www.ivass.it), Servizio Tutela del Consumatore – divisione gestione reclami - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma tramite fax 06.42133206, o via pec: tutela.consumatore@pec.ivass.it , tramite PEO a email@ivass.it

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione	Puoi rivolgerti a un Organismo di Mediazione, scegliendo tra quelli dell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Non prevista

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Controversie mediche: Invece di ricorrere al Giudice, di comune accordo le parti (la Società, il contraente, l'assicurato o i Beneficiari) possono affidare la decisione a un collegio di tre medici. La controversia può riguardare: la natura del sinistro, l'importo dell'indennizzo, i criteri di liquidazione stabiliti dal contratto. Il mandato al collegio deve essere scritto ed è irrevocabile. Dei tre medici del collegio, due sono nominati uno per parte, il terzo in accordo tra le parti. Se le parti non sono d'accordo, una può prendere l'iniziativa di chiedere di nominare il terzo medico al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha sede nella città o nella provincia dove il collegio medico si riunisce. Il collegio medico risiede nel comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'assicurato. Se lo ritiene opportuno, il collegio medico può decidere di accertare in modo definitivo l'Invalidità totale e permanente in un secondo momento, che deciderà lo stesso collegio. In questo caso il collegio può concedere nel frattempo un anticipo sull'indennizzo. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza, senza formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale. Le parti rinunciano a contestare le decisioni, tranne nei casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali. I risultati delle perizie del collegio medico devono essere riportati nel verbale, che sarà redatto in due copie, una per ognuna delle parti. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese, paga il medico che ha nominato, contribuisce per la metà delle spese e competenze per il terzo medico; in nessun modo può intervenire a pagare le spese di un'altra parte.</p> <p>Liti transfrontaliere: Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o attivare direttamente il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet: https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it)</p>
--	--

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>I premi versati: – sono deducibili in capo al datore di lavoro secondo la disciplina prevista dal DPR 917/86 - Titolo I Capo VI e Titolo II Capo I; -se eccedenti i limiti dei fringe benefit, sono imponibili per l'Assicurato dipendente ai sensi di quanto disposto dall'art. 51 del DPR 917/86; -se assoggettati a tassazione in capo all'Assicurato dipendente, si applicano le disposizioni contenute nell'art. 15 del DPR 917/86.</p> <p>Tassazione prestazione assicurata La prestazione assicurata corrisposta all'Assicurato dipendente non è soggetta a tassazione ai fini IRPEF.</p>
---	---

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	<p>Se l'assicurato è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia.</p> <p>Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età.</p> <p>Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link https://postevita.poste.it/oblio-oncologico/.</p>
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	<p>L'assicurato che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.</p>
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	<p>Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.</p>

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO