

Guida pratica alla conoscenza delle coperture stipulate in favore dei DIPENDENTI

Alitalia Compagnia Aerea Italiana

CAI First

CAI Second



MARSH



Group Insurance & Risk Management

Alitalia Compagnia Aerea Italiana

COPERTURE



Infortuni

stipulate in favore del

PERSONALE DI TERRA

Gennaio 2010

GUIDA ALLA LETTURA

Questo documento è redatto con l'intento di fornire agli utenti uno strumento di consultazione rapido ed una guida alla conoscenza delle coperture.

Vuole, inoltre, aiutare il dipendente nel caso di un sinistro guidandolo dal momento della prima denuncia (informazione all'Assicuratore che si è verificato un sinistro) fino alla sua conclusione.

Il documento è stato volutamente approntato in forma sintetica per fornire informazioni sufficientemente esaustive ma senza entrare in tecnicismi che ne renderebbero difficoltosa la comprensione.

*E', infatti, sufficiente che l'Assicurato sappia per quali eventi è coperto: questo gli permetterà di informare **Marsh** di un eventuale sinistro. Da quel momento uno specialista Marsh prenderà in carico la pratica e dirà esattamente ciò che è necessario fare, guidando l'assicurato in tutte le fasi successive.*

INFORTUNI

Per Infortunio si intende un evento dovuto a causa: fortuita, violenta, esterna, che produca lesioni corporali **obiettivamente constatabili** le quali abbiano per conseguenza la morte od una invalidità permanente parziale o totale.

La copertura garantisce i rischi professionali ed i rischi extraprofessionali. E' quindi operante 24 ore su 24 senza limitazioni territoriali.

In via puramente esemplificativa si precisa che la garanzia vale anche per gli infortuni derivanti:

- da colpi di sole, di calore, di freddo;
- dalle lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi;
- dalla pratica non professionale di qualsiasi sports ad eccezione di sports aerei in genere e paracadutismo;
- per imprudenza, negligenza o colpe gravi, in stato di malore, incoscienza o vertigini;
- rischio Volo incluse azioni di dirottamento o di pirateria aerea.

CAPITALI ASSICURATI

Cat.assicurate	Capitali assicurati procapite	
A) Impiegati		
Q	Morte	€ 103.291,38
	Inv.Permanente	€ 123.949,66
1°-2°-3°	Morte	€ 92.962,24
	Inv.Permanente	€ 103.291,38
4°----->8°	Morte	€ 82.633,10
	Inv.Permanente	€ 92.962,24
B) Operai		
3°	Morte	€ 92.962,24
	Inv.Permanente	€ 103.291,38
4°----->8°	Morte	€ 82.633,10
	Inv.Permanente	€ 92.962,24
C) Consulenti		
	Morte	€ 103.291,38
	Inv.Permanente	€ 123.949,66
D) Medici		
	Morte	€ 82.633,10
	Inv.Permanente <=5%	€ 19.625,36
	Inv.Permanente >5%	€ 92.962,24
E) Portavalori		
	Morte	€ 25.822,84
	Inv.Permanente	€ 25.822,84

Sovrappremio relativo alle persone professionalmente esposte a radiazioni

1°-2°-3°	Morte	€ 92.962,24
	Inv.Permanente	€ 103.291,38
4°----->8°	Morte	€ 82.633,10
	Inv.Permanente	€ 92.962,24

Il risarcimento delle invalidità permanenti parziali si ottiene applicando al capitale garantito la percentuale di invalidità accertata in sede medica.

- Spese mediche a seguito di infortunio

€ 5.165,00 – per anno assicurativo

FRANCHIGIE SU INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Nei casi di IP indennizzabile a termini di polizza, l'indennizzo viene determinato secondo la seguente tabella:

Accertata	Liquidata	Accertata	Liquidata	Accertata	Liquidata
1	0,20	21	16,60	41	36,60
2	0,45	22	17,60	42	37,60
3	0,75	23	18,60	43	38,60
4	1,10	24	19,60	44	39,60
5	1,50	25	20,60	45	40,60
6	2,00	26	21,60	46	41,60
7	2,90	27	22,60	47	42,60
8	3,80	28	23,60	48	43,60
9	4,70	29	24,60	49	44,60
10	5,60	30	25,60	50	100,00
11	6,60	31	26,60		
12	7,60	32	27,60		
13	8,60	33	28,60		
14	9,60	34	29,60		
15	10,60	35	30,60		
16	11,60	36	31,60		
17	12,60	37	32,60		
18	13,60	38	33,60		
19	14,60	39	34,60		
20	15,60	40	35,60		

PRINCIPALI ESCLUSIONI

- Infortuni sofferti durante il servizio militare;
- Eventi direttamente connessi con stato di guerra;
- Sport motoristici ed aerei e pilotaggio in genere;
- Dolo ed azioni delittuose dell'Assicurato;
- Infortuni dovuti ad uso non terapeutico di sostanze stupefacenti in genere;
- Ubriachezza alla guida di veicoli;
- Rischi nucleari.

DETERMINAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITA'

L'infortunato dovrà sottoporsi a visita del medico incaricato dalla Compagnia.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Inviare denuncia:

- a *Servizio Sinistri Marsh* — Piazza Marconi, 25 - 00144 - Roma

- c.c. Alitalia S.p.A. - Ufficio Assicurazioni –
Piazza Almerico da Schio snc - 00054 Fiumicino

tramite il modello di "**denuncia sinistro**" (in allegato) con l'indicazione chiara e sintetica di come è avvenuto l'infortunio, allegando certificato di primo ricovero e/o intervento medico.

Nel caso di evento di gravità tale da compromettere la vita dell'infortunato o in caso di morte, inviare un fax al **Servizio Sinistri Marsh** (06.54516391).

Il **Servizio Sinistri Marsh** provvederà a gestire la pratica:

- informando l'Assicurato sugli sviluppi;
- richiedendo informazioni o documentazione del caso;
- fornendo consulenza e suggerendo gli interventi più appropriati per una corretta conclusione della pratica.

Il risarcimento sarà erogato all'Assicurato o, in caso di morte, ai suoi eredi legittimi.

Si ricorda che tutti i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in **due anni**; il termine decorre dalla data dell'ultima comunicazione scritta inviata all'Assicuratore a mezzo lettera raccomandata postale.

Per informazioni telefoniche contattare Marsh al n.° telefonico 06 54516307 (Sig.ra Raffaella Galimberti) nei seguenti orari:

Dal Lun al Giov dalle 9.00 alle 12.00 e dalle 14.30 alle 17.00

ALLEGATO 1

Spett.le
 Servizio Sinistri Marsh S.p.A.
 Piazza Marconi 25
 00144 Roma

p.c.: Alitalia S.p.A.
 Ufficio Assicurazioni
 Piazza Almerico da Schio snc
 00054 Fiumicino

DENUNCIA DI INFORTUNIO

AZIENDA:.....
ASSICURATO: (Infortunato).....
NATO/A..... **il**..... **C.F.**.....
DOMICILIO..... **via**..... **tel**.....
QUALIFICA AZIENDALE.....
DATA INFORTUNIO..... Località

G M A

1) Ha in corso altre polizze infortuni? In caso positivo, presso quali Compagnie di Assicurazione? E per quali massimali	.........................
2) Indicare eventuali precedenti infortuni subiti	....................
3) Descrizione del modo in cui è avvenuto l'infortunio	...................................
4) Indicate nominativo ed indirizzo dei testimoni presenti al fatto	...............
5) E' intervenuta l'Autorità? Quale? E' stato redatto Verbale	..........

N.B Far compilare il questionario – All. 2 – dal medico curante, altrimenti produrre certificato di pronto soccorso.

Preso atto dei diritti riconosciuti all'interessamento dall'Art.13, Legge 675/96, acconsento al trattamento per tutti i dati qui forniti, consapevole che l'esecuzione dei servizi richiesti non può aver luogo senza le comunicazioni dei dati personali ai soggetti cui la stessa deve rivolgersi

Data.....Firma dell'infortunato.....

ALLEGATO 2

RAPPORTO DEL MEDICO CURANTE

Descrizione della lesione e sua causa diretta ed immediata	...............
Esistenza di eventuali altre cause (imperfezioni fisiche, malattie preesistenti, ecc)	..... ..... .....
Si riscontrano tracce di lesioni antecedenti?	..... ..... .....
Era ferito prima dell'infortunio, già invalido, mutilato, difettoso di corpo o di mente.	..... ..... .....
Il ferito è costretto a rimanere a letto e per quanto tempo?	..... ..... .....
Può disimpegnare fin d'ora almeno in parte le sue originarie occupazioni?	..... ..... .....
Conseguenze immediate della lesione: inabilità temporanea totale	...............
Inabilità temporanea parziale	...............
In quale giorno il ferito ricorse per la prima volta all'assistenza medica?	..... ..... .....
Da chi venne prestata la prima cura?	..... ..... .....

Data.....

.....

Il Medico Curante