

GLOSSARIO

Assicurato: il personale dipendente di Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions (escluso il personale già beneficiario delle prestazioni erogate dal F.I.M. FriulAdria) e quello aderente al Fondo di Solidarietà delle predette Società;

Assicurazione: l'insieme delle garanzie prestate all'Assicurato dalla polizza;

Centro Convenzionato: istituto di cura che fornisce le sue prestazioni senza richiedere anticipi o pagamenti, in quanto le relative fatture vengono liquidate, nei limiti di quanto previsto a termini di polizza, direttamente dall'Impresa;

Contraente: La Cassa Sanitaria indicata dalle Società del Gruppo Bancario Crédit Agricole Italia;

Day hospital: la degenza esclusivamente diurna, documentata da cartella clinica, in Istituto di cura;

Franchigia: la somma, determinata in misura fissa che, dedotta dall'indennità, resta a carico dell'Assicurato;

Grande Intervento Chirurgico: ogni intervento chirurgico indicato nell'elenco n. 1 riportato in calce alle presenti condizioni;

Grave Malattia: ogni malattia indicata nell'elenco n. 2 riportato in calce alle presenti condizioni;

Impresa/Società: la Compagnia Assicuratrice;

Indennità: la somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro;

Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili; sono considerati infortuni l'assideramento o il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole e di calore, quelli sofferti in stato di malore o di incoscienza;

Ingessatura: mezzo fisso e rigido di contenzione costituito da fasce gessate o altro apparecchio comunque immobilizzante, compresi i bendaggi elastici ove risultino l'unico sistema adottabile ai fini curativi.

Istituto di Cura: ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera; non sono considerati "Istituti di Cura" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio;

Polizza: il documento che prova l'assicurazione;

Premio: la somma dovuta dal Contraente all'Impresa;

Ricovero: la degenza, comportante pernottamento, in Istituto di cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera;

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

Scoperto: la somma, espressa in valore percentuale che, dedotta dall'indennità, resta a carico dell'Assicurato;

PARTE 1 – DIPENDENTI IN SERVIZIO

Premessa

Le garanzie della presente polizza e quelle della polizza destinata ai familiari fiscalmente non a carico vengono cumulativamente prestate fino alla concorrenza dei massimali in essa indicati che pertanto rappresentano la disponibilità unica dell'Impresa per tutto il periodo assicurativo annuo e per l'intero nucleo familiare.

Art. 1 - Assicurati - Validità dell'Assicurazione

L'Assicurazione è prestata a favore:

- a) di tutti i dipendenti di Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions (escluso il personale già beneficiario delle prestazioni erogate dal F.I.M. FriulAdria) e degli aderenti al Fondo di Solidarietà delle predette Società segnalati all'Impresa;
- b) dei relativi familiari fiscalmente a carico, limitatamente al coniuge/unito civilmente o al convivente "more uxorio" e ai figli purché conviventi e risultanti dal certificato di "Stato di Famiglia" rilasciato dall'Anagrafe del Comune di residenza;
- c) dei figli di coniugi separati, anche se non conviventi, ma fiscalmente a carico;
- d) dei figli fiscalmente a carico, ma con diversa residenza sino all'età massima di 26 anni;
- e) del coniuge non legalmente separato/unito civilmente, fiscalmente a carico, ma con diversa residenza.

Sulla base delle condizioni di cui alla Parte 2, il cui premio è a carico dell'assicurato, possono essere inseriti a tutti gli effetti nella copertura assicurativa i seguenti altri soggetti:

1. i familiari non fiscalmente a carico, limitatamente al coniuge/unito civilmente o al convivente "more uxorio" e ai figli purché conviventi e risultanti dal certificato di "Stato di Famiglia";
2. il coniuge non legalmente separato/unito civilmente, non fiscalmente a carico, ma con diversa residenza.

L'Assicurazione si intende valida:

- durante il permanere del rapporto di lavoro dipendente di Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions e di adesione al Fondo di Solidarietà e fino alla scadenza annua dell'assicurazione dopo la cessazione del rapporto stesso;
- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli Assicurati, nonché dalle malattie pregresse recidivanti senza possibilità per l'Impresa di escludere i soggetti malati o affetti da difetti fisici o mutilazioni rilevanti. A tale fine l'Impresa formula espressa rinuncia ad avvalersi degli artt. 1892, 1893 e 1898 del C.C.

Art. 2 - Oggetto dell'Assicurazione

A seguito di infortunio o malattia, intendendosi per tali anche:

- gli infortuni conseguenti a stato di malore, incoscienza, vertigini, purché non cagionati da abuso di alcool, di psicofarmaci, di sostanze stupefacenti o allucinogene;
- gli infortuni conseguenti a fenomeni naturali, compresi i movimenti tellurici, i maremoti, le eruzioni vulcaniche, le alluvioni, le frane, le valanghe, le slavine;
- l'asfissia involontaria provocata da fughe di gas, vapori o esalazioni velenose, l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, l'oclusione delle vie respiratorie, l'improvviso contatto con corrosivi;
- gli avvelenamenti o le tossinfezioni, cagionati dall'ingestione di cibi, bevande o altre sostanze avariate o adulterate;
- le infezioni (esclusi il carbonchio e la malaria), gli avvelenamenti da morsi di animali, le punture di insetti;
- i colpi di sole o di calore;

- gli infortuni derivanti da azioni delittuose, terroristiche, vandalistiche, tumulti popolari, sommosse, azioni di dirottamento o pirateria, a condizione che la persona assicurata non vi abbia volontariamente preso parte attiva.

L'Impresa rimborsa, fino alla concorrenza dei massimali sotto indicati e per tutti gli assicurati di cui all'art. 1), quanto in appresso indicato:

A - RIMBORSO DELLE SPESE DI RICOVERO

In caso di ricovero in Istituto di Cura, con o senza intervento chirurgico, o d'intervento chirurgico ambulatoriale, a seguito di infortunio o malattia, parto (cesareo o fisiologico) o aborto terapeutico, l'Impresa rimborsa:

- 1) le spese per esami, gli accertamenti diagnostici, le cure, i trattamenti fisioterapici rieducativi, gli onorari dei medici, del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, i diritti di sala operatoria e il materiale d'intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici e le endoprotesi);
- 2) le spese per l'assistenza medica ed infermieristica, cure, medicazioni, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami, accertamenti diagnostici (ivi compresi gli onorari medici) e visite mediche sostenute nei 120 giorni precedenti il ricovero o l'intervento ambulatoriale;
- 3) le spese per i medicinali durante il periodo di ricovero o di degenza, sempre che siano rese indispensabili dall'evento considerato;
- 4) le spese per retta di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente);
- 5) le spese per l'assistenza del neonato (in caso di parto) durante la degenza e le spese di cura di malattia da gravidanza e puerperio durante la degenza;
- 6) le spese per esami, accertamenti diagnostici (ivi compresi gli onorari medici), visite mediche, medicazioni trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere) sostenute nei 120 giorni successivi al termine del ricovero, od alla data dell'intervento ambulatoriale, sempre che siano rese indispensabili dall'evento considerato.
- 7) Le spese fisioterapiche sostenute nei 120 giorni successivi e rese necessarie da ingessature applicate a seguito di infortunio ed effettuate presso un Pronto Soccorso del Servizio Sanitario Nazionale, anche in assenza di ricovero ospedaliero (la presente estensione non è valida per ingessature effettuate in strutture sanitarie private).

L'Impresa rimborsa inoltre:

- a) le spese per il vitto e il pernottamento in Istituto di Cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di 52,00 Euro e per un massimo di giorni 30 per anno assicurativo e per nucleo familiare.
- b) Le spese di trasporto, in caso di ricovero in Italia, con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato a e da l'Istituto di cura e da un Istituto di cura all'altro, entro il limite di 5.000,00 Euro per anno assicurativo e per nucleo familiare; in caso di ricovero con intervento chirurgico all'estero, verranno rimborsate, sempre entro il limite di cui sopra, le spese di trasporto effettuate con qualsiasi mezzo, purché di linea, limitatamente al viaggio di andata e ritorno connesso al ricovero (per ricovero con intervento chirurgico all'estero, in caso di utilizzo di autovettura privata, l'Impresa liquiderà un importo pari al costo del biglietto ferroviario di seconda classe).
- c) Le spese per il corso di preparazione al parto, fino a un massimo di 517,00 Euro per anno assicurativo e per nucleo familiare.
- d) In caso di decesso all'estero, le spese sostenute per il rimpatrio della salma, fino a un massimo di 3.000,00 Euro per anno assicurativo e per nucleo familiare.
- e) Le spese per assistenza infermieristica domiciliare, con il limite di 26,00 Euro giornalieri per un massimo di 15 giorni per anno assicurativo e per nucleo familiare.

La presente Assicurazione, si intende valida fino a concorrenza del massimale di 300.000,00 Euro (con o senza grande intervento), da intendersi come disponibilità unica per anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

Gli indennizzi per ricovero verranno liquidati con le seguenti modalità:

- Se il S.S.N. darà luogo a qualsivoglia forma di rimborso la somma liquidata sarà pari al 100% della spesa sostenuta al netto del rimborso effettuato dal S.S.N.
- Se il S.S.N. non provvederà ad alcun rimborso l'indennizzo sarà liquidato con uno scoperto del 10%, con il minimo di 413,00 Euro e il massimo di 2.066,00 Euro, tranne che per le spese sostenute in regime di convenzionamento.
- Gli indennizzi di cui ai punti 2 - 6 e 7 saranno liquidati con lo scoperto del 10%. In caso le prestazioni siano eseguite dal S.S.N. i ticket verranno rimborsati senza scoperti.

Per il **parto cesareo** l'indennizzo massimo sarà pari a 7.747,00 Euro oppure, in alternativa, 65,00 Euro al giorno con due giorni di franchigia indifferentemente se con ricovero al S.S.N. o in Clinica Privata. Ai fini del computo delle giornate di ricovero si considera il giorno di ingresso e di uscita una sola giornata.

Per il **parto non cesareo** l'indennizzo massimo sarà pari a 2.583,00 Euro oppure, in alternativa, 65,00 Euro al giorno con due giorni di franchigia indifferentemente se con ricovero al S.S.N. o in Clinica Privata. Ai fini del computo delle giornate di ricovero si considera il giorno di ingresso e di uscita una sola giornata.

Per i "grandi interventi chirurgici" e le "gravi malattie" l'indennizzo sarà liquidato senza scoperto o franchigia.

Limitatamente al dipendente/aderente al Fondo di solidarietà di Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions, l'Impresa rimborserà il costo degli interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare, entro il limite di 1.000,00 Euro per occhio.

Nel costo del suddetto intervento sono comunque comprese le spese per la visita specialistica antecedente e per quella successiva all'intervento stesso, le cui fatture devono essere presentate contestualmente a quella dell'intervento.

Il rimborso suddetto verrà corrisposto solo a seguito di intervento in struttura privata; nessun rimborso avrà luogo per interventi in strutture del S.S.N. o con queste accreditate.

B - DIARIA SOSTITUTIVA

Nel caso gli Assicurati non sostengano alcuna spesa durante il ricovero, per effetto di rimborso o accollo da parte del Servizio Sanitario Nazionale o altro Ente, verrà corrisposta una diaria di 65,00 Euro per ogni giorno di ricovero con due giorni di franchigia, in Istituto di cura e per un massimo di 300 giorni per anno assicurativo e per nucleo familiare. Ai fini del computo delle giornate di ricovero si considera il giorno di ingresso e di uscita una sola giornata.

In caso di Day hospital, consecutivi, la franchigia di 2 giorni verrà applicata a conclusione di ogni ciclo di terapia risultante da ogni singola cartella clinica.

Le prestazioni previste dalle lettere A – B – C – D – E dell'articolo 2 A (Rimborso delle spese di ricovero) s'intendono operanti così come quelle previste ai punti 2, 6 e 7 del suddetto articolo.

C - RIMBORSO DELLE SPESE PER PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

L'Impresa rimborsa, fino alla concorrenza del massimale di 4.165,00 Euro per anno assicurativo e per nucleo familiare, le spese per le prestazioni specialistiche extraospedaliere sottoelencate, purché pertinenti a un infortunio o a una malattia:

- COBALTOTERAPIA
- CHEMIOTERAPIA
- LASERTERAPIA
- DIALISI
- RADIOTERAPIA
- TRATTAMENTO HIFU
- ABLATERMIA

Le suddette prestazioni verranno liquidate con **uno scoperto del 20% della spesa sostenuta, con una franchigia minima di 40,00 Euro.**

Per le prestazioni eseguite dal S.S.N. i ticket verranno rimborsati senza scoperto e/o franchigia.

D - RIMBORSO DELLE SPESE PER VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

L'Impresa rimborsa, fino alla concorrenza del massimale di 6.165,00 Euro per anno assicurativo e per nucleo familiare le spese per le seguenti prestazioni specialistiche, ambulatoriali e domiciliari, purché pertinenti a una malattia o da infortunio:

1. onorari dei medici conseguenti a visite specialistiche;
2. onorari dei medici per prestazioni specialistiche (escluse quelle odontoiatriche e ortodontiche);
3. analisi ed esami diagnostici;
4. cura delle malattie neoplastiche e del sangue;
5. cure dentarie e paradontopatie, rese necessarie da infortunio, effettuate ambulatorialmente (per queste prestazioni deve essere fatta denuncia di sinistro entro 48 ore dall'infortunio e fornita ampia prova).

L'indennizzo dei punti 1,3,4 e 5 verrà liquidato con uno scoperto del 20% della spesa sostenuta, con il minimo di 40,00 Euro per ogni prestazione presso Istituto Privato, mentre per le prestazioni eseguite dal S.S.N. si avrà diritto **al rimborso totale dei ticket.**

Per le prestazioni specialistiche di cui al precedente punto 2, lo scoperto del 20% con franchigia minima di 40,00 Euro si applica cumulativamente sino ad un massimo di cinque prestazioni specialistiche.

L'impresa rimborsa inoltre, fino alla concorrenza del massimale di 1.000,00 Euro per anno assicurativo e per nucleo familiare, le spese per amniocentesi e villocentesi con uno scoperto del 30% e un minimo di 200,00 Euro per esame.

E - INDENNITÀ RECUPERO TOSSICODIPENDENTI

Qualora nel corso dell'assicurazione, uno o più componenti il nucleo familiare assicurato (di età inferiore a 14 anni al momento della stipulazione del contratto ed immuni da tossicodipendenza a tale data) venissero colpiti da intossicazione da stupefacenti, l'Impresa si obbliga a corrispondere all'Assicurato, dopo un ricovero continuativo presso una Comunità Terapeutica riconosciuta dalle Regioni o dai Comuni, un'indennità di 775,00 Euro per anno assicurativo.

Tale indennità di ricovero verrà versata, su presentazione di apposita dichiarazione della Comunità Terapeutica che comprovi il compimento del programma terapeutico individualizzato predisposto dalla Comunità stessa e, comunque, al compimento del biennio dall'inizio comprovato del ricovero continuativo in caso di maggior durata del programma.

AVVERTENZA

Le garanzie suindicate vengono cumulativamente prestate fino alla concorrenza dei massimali previsti, che pertanto rappresentano la disponibilità unica dell'Impresa per tutto il periodo assicurativo annuo e per nucleo familiare, intendendosi per tale:

- l'assicurato, tutti i famigliari fiscalmente a carico risultanti dallo Stato di Famiglia, i famigliari di cui ai punti c), d) e) dell'art.1 parte 1;
- i famigliari non fiscalmente a carico di cui ai punti 1) e 2) dell'art.1 parte 1, per i quali sia stata emessa assicurazione a parte con premio a carico del dipendente / aderente al Fondo di Solidarietà.

F - INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Limitatamente ai soli dipendenti / aderenti al Fondo di Solidarietà di Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions la garanzia di cui alla presente polizza si intende prestata anche per il caso di invalidità permanente conseguente a malattia, anche se la malattia fosse preesistente alla data di effetto della polizza, purché manifestatasi non oltre un anno dalla cessazione della copertura assicurativa.

Il massimale assicurato per ciascun dipendente/ aderente al Fondo di Solidarietà è determinato in 77.500,00 Euro.

E' considerata invalidità permanente la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo.

Verranno indennizzate le sole invalidità permanenti che abbiano comportato la perdita definitiva del rapporto di lavoro dell'Assicurato presso Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions, a seguito di cessazione del rapporto di lavoro per assenza da infortunio o malattia così come regolata dal Contratto di Lavoro.

Qualora l'invalidità permanente sia invece tale da permettere la prosecuzione del rapporto di lavoro a "part time", il massimale è ridotto a 52.000,00 Euro e comunque rapportato proporzionalmente alla riduzione dell'orario di lavoro settimanale; la liquidazione della suddetta invalidità permanente esclude la possibilità della liquidazione dell'invalidità permanente da perdita definitiva del lavoro.

La valutazione dell'invalidità permanente viene in ogni caso effettuata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali con riferimento alla tabella allegato n. 1 previsto nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124.

Nessuna indennità spetta comunque quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 60% della totale.

Quando l'invalidità permanente accertata sia invece di grado uguale o superiore al 60% della totale, l'Impresa liquida un'indennità calcolata sulla somma assicurata per questa eventualità, secondo le seguenti percentuali.

PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE ACCERTATA	PERCENTUALE DA APPLICARE ALLA SOMMA ASSICURATA
60	79
61	82
62	85
63	88
64	90
65	95
da 66 al 100	100

La percentuale di invalidità permanente viene accertata non prima che sia trascorso un anno dalla denuncia della malattia.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella allegato n. 1 T.U. relativa al D.P.R. 30.06.65 n. 1124, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica di apprendimento psicomotorio dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica e funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna perdita funzionale, con il massimo del 100%.

L'Impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive della malattia. Se al momento della malattia l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora la malattia avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di invalidità permanente di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui sopra sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

L'assicurazione cessa automaticamente alla scadenza annuale successiva al compimento del 65mo anno di età e, comunque, dal momento in cui l'Assicurato, prima della predetta data, acquisisca il diritto ad un trattamento pensionistico pubblico. Tale cessazione ha valore anche se dovesse verificarsi l'incasso di premi scaduti dopo la cessazione stessa.

Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasferibile. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato o offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Sono escluse le invalidità:

- derivanti direttamente o indirettamente, dalle cause di esclusione previste dall'art. 3 parte 1;
- preesistenti alla data di assunzione a Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions.

G – RIMBORSO DELLE SPESE PER CURE E PROTESI DENTARIE

L'Impresa rimborsa le spese per cure e protesi dentarie (ortodontiche ed odontoiatriche), fino alla concorrenza di un massimale unico per l'insieme di tutti gli assicurati con la presente polizza e con la polizza valida per i familiari fiscalmente non a carico.

Il massimale annuo di cui sopra sarà pari a 400.000,00 Euro ed il rimborso avverrà con le seguenti modalità:

- Ogni nucleo familiare dovrà presentare un'unica richiesta di risarcimento (sinistro) e inviarla entro e non oltre il 05/01 dell'anno successivo a quello di competenza delle spese sostenute. La documentazione di spesa, sia relativa al dipendente che ai familiari, dovrà essere inviata in un'unica soluzione tramite raccomandata con ricevuta di ritorno oppure con upload sul portale dedicato.
- Non verranno considerate agli effetti del rimborso eventuali spese spedite o caricate a sistema dopo il 05/01 dell'anno successivo a quello di competenza.
- Verrà rimborsato, fino alla concorrenza di un massimale di 10.000,00 Euro per sinistro e con una franchigia assoluta di 1.500,00 Euro, il 50% dell'importo rimanente.
- Ogni nucleo familiare potrà usufruire di un'unica prestazione nel corso dell'anno assicurativo.
- Per prestazioni che si ripetono nel corso del biennio, la percentuale di rimborso del 50% è valida per il primo anno e si ridurrà al 40% al secondo anno, sempre nell'ambito massimo di un solo rimborso annuo per nucleo.
- Il rimborso delle prestazioni avverrà entro il 28 febbraio dell'anno successivo alla richiesta, con l'avvertenza che, qualora l'ammontare complessivo dei rimborsi dovesse superare il massimale cumulativo annuo globale previsto, i relativi indennizzi verranno ridotti in proporzione.
- Nel caso non si esaurisca il massimale nel corso dell'anno assicurativo, l'eccedenza andrà ad aumentare il massimale per l'anno successivo; è data comunque facoltà alla Contraente, per gli anni successivi al primo, di rinunciare alla garanzia "Cure e protesi dentarie", richiedendo all'Impresa altre prestazioni da concordare a parità di costo.

H – TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti di riabilitazione a seguito di infortunio o malattia purché non effettuati in centri estetici o di fitness e sempreché prescritti da medici ed effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Il massimale assicurato per le prestazioni suindicate corrisponde a 800,00 Euro, per nucleo familiare e per anno assicurativo. Sono comunque escluse le spese di natura alberghiera.

Ciascuna prestazione o ciclo di terapia (purché previsto da un'unica prescrizione medica) è indennizzata previa detrazione di un importo pari al 20% delle spese effettivamente sostenute e documentate che rimane a carico dell'Assicurato, con il minimo di 200,00 Euro.

I – ULTERIORI PRESTAZIONI

1. COPERTURA DEGLI ULTERIORI INTERVENTI SOPRAGGIUNTI RISPETTO A QUANTO AUTORIZZATO DALLA COMPAGNIA E CHE DOVESSERO RENDERSI NECESSARI/OPPORTUNI IN OCCASIONE DI OPERAZIONI/ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Si precisa che rientrano in copertura gli ulteriori interventi sopraggiunti/concomitanti rispetto a quanto autorizzato dalla Società e che dovessero rendersi necessari/opportuni in occasione di operazioni/accertamenti diagnostici. In particolare, qualora gli ulteriori interventi sopraggiunti/concomitanti fossero effettuati nella medesima seduta operatoria ed attraverso la medesima via d'accesso, saranno considerati compresi nel sub-massimale o plafond presente in polizza, relativo all'evento principale precedentemente autorizzato dalla Società, ove previsti; gli ulteriori interventi sopraggiunti/concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso saranno rimborsati al 50% in misura proporzionale alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

Art. 3 - Esclusioni

La copertura assicurativa non comprende le spese per:

- 1 la cura delle intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti, salvo quanto previsto dal precedente art. 2 punto E;
- 2 le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da intervento demolitivo e quelli relativi ai bambini di età inferiore ai 3 anni;
- 3 l'agopuntura non effettuata da medico;
- 4 la cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico), di proprie azioni delittuose e della pratica di sport aerei o motoristici in genere;
- 5 le cure delle malattie mentali nei casi in cui diano luogo a trattamento sanitario obbligatorio ai sensi degli artt. 34 e 35 della Legge 23 Dicembre 1978, n. 833; la psicoterapia e la psicoanalisi;
- 6 le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- 7 l'acquisto, la riparazione e la manutenzione di apparecchi protesici o sanitari ausiliari;
- 8 le cure e le protesi dentarie non rese necessarie da infortunio, salvo quanto previsto dal comma G dell'art.2;
- 9 le visite di controllo non conseguenti a malattia od infortunio;
- 10 gli interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare, salvo quanto previsto dal precedente articolo 2 comma A.

Art. 4 - Persone non assicurabili

L'assicurazione si intende operante fino al permanere del rapporto dipendente di Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions (escluso il personale già beneficiario delle prestazioni erogate dal F.I.M. FriulAdria) e quello aderente al Fondo di Solidarietà delle predette Società, allo scioglimento di detto rapporto di lavoro e del rapporto di adesione al Fondo di Solidarietà, la garanzia cessa con effetto dalla prima scadenza annua dell'assicurazione.

Per l'Assicurato passato in quiescenza e per i superstiti che fruiscono di pensione di reversibilità, l'assicurazione è proseguibile con premio a carico dell'Assicurato con le condizioni proprie della polizza riservata al personale in quiescenza.

L'assicurazione cessa il suo effetto al compimento del 78esimo anno d'età dell'Assicurato, raggiunto tale limite d'età l'assicurazione termina alla prima scadenza annua del premio.

Per i familiari, l'assicurazione si intende valida sino alla cessazione della loro appartenenza allo stesso nucleo familiare e/o al raggiungimento del 78esimo anno d'età.

Art. 5 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 6 - Denuncia dell'infortunio o della malattia - obblighi dell'Assicurato

L'Assicurato deve presentare denuncia all'Impresa al momento che ne abbia avuto la possibilità e comunque entro venti giorni dall'evento o, in caso di ricovero, dalla data di dimissione.

La denuncia deve essere corredata dalla necessaria documentazione medica.

L'Assicurato ed i suoi familiari aventi diritto devono acconsentire alla visita di medici dell'Impresa ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Art. 7 - Criteri di liquidazione

La liquidazione di quanto dovuto all'Assicurato od ai suoi eredi, viene effettuata, a cura ultimata, su presentazione, in fotocopia, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate, entro trenta giorni dalla data di presentazione della documentazione completa.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato od al familiare.

Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate debbono essere prescritte dal medico. Il rimborso viene corrisposto all'Assicurato anche per le spese che riguardano i familiari.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

L'Impresa effettuerà il rimborso di sua pertinenza dietro presentazione di copia delle notule, ricevute, fatture o parcelle delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento comprovante la loro presentazione ad altri soggetti.

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

Anticipo indennizzi

Nei casi di ricovero per i quali l'Istituto di Cura richieda il pagamento di un anticipo, l'Impresa corrisponderà - su richiesta dell'Assicurato - l'importo concordato a tale titolo entro l'80% della somma richiesta, salvo conguaglio a cure ultimate. Il pagamento dell'anticipo avverrà entro 8 giorni dalla data di richiesta dell'Assicurato all'Impresa.

Art. 8 - Modalità di pagamento e rimborso delle spese sostenute in regime di convenzionamento

A. Ricoveri in Istituti di Cura convenzionati

a1. Ricoveri in Istituti di Cura convenzionati con équipe medica e/o chirurgica convenzionata

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale in Istituto di Cura convenzionato ed équipe medica e/o chirurgica convenzionata, l'Impresa provvederà ad effettuare il pagamento diretto all'Istituto di Cura di tutte le spese previste e sostenute durante il ricovero a termini della presente polizza.

a2. Ricoveri in Istituti di Cura convenzionati con équipe medica e/o chirurgica non convenzionata.

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale in Istituto di Cura convenzionato ed équipe medica e/o chirurgica non convenzionata, l'Impresa provvederà, a termini della presente polizza, ad effettuare il pagamento diretto all'Istituto di Cura di tutte le spese previste e sostenute durante il ricovero e rimborserà, all'Assicurato, successivamente alla regolare denuncia di sinistro, le spese effettivamente sostenute e documentate per le prestazioni dell'équipe operatoria non convenzionata.

B. Ricoveri in Istituti di Cura non convenzionati

In caso di ricovero in Istituto di Cura non convenzionato, l'Assicurato dovrà provvedere personalmente al pagamento delle spese sostenute durante il ricovero; l'Impresa, rimborserà all'Assicurato, successivamente alla regolare denuncia di sinistro, le spese effettivamente sostenute durante il ricovero, nei limiti di quanto dovuto a termini di polizza. In caso di intervento chirurgico ambulatoriale verrà applicato uno scoperto del 20% con il minimo di 40,00 Euro.

C. Ricoveri in strutture del Servizio Sanitario Nazionale

In caso di ricovero a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, l'Impresa rimborserà integralmente le spese effettivamente sostenute e rimaste a carico dell'Assicurato a termini della presente polizza.

Nel caso in cui il ricovero sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicurato avrà diritto alla corresponsione dell'indennità giornaliera di cui all'articolo 2 comma B delle presenti condizioni.

D. Spese per visite specialistiche e accertamenti diagnostici

Se le prestazioni di cui al comma D dell'art. 2 vengono effettuate in un Centro Medico Diagnostico convenzionato, l'Impresa provvederà ad effettuare il pagamento diretto al Centro convenzionato, a termini della presente polizza con l'applicazione di una franchigia di 25,00 euro per ogni prestazione.

E. Spese precedenti e successive al ricovero

Per le spese precedenti e successive il ricovero con o senza intervento chirurgico o l'intervento chirurgico ambulatoriale previste dall'articolo 2 punto A) delle presenti condizioni, l'Assicurato, sempre che non si rivolga ad un Centro Medico Diagnostico convenzionato, dovrà provvedere personalmente al loro pagamento; l'Impresa, a termini della presente polizza, rimborserà all'Assicurato, successivamente alla regolare denuncia di sinistro, le spese sostenute.

F. Check Up

Previa prenotazione verrà garantita, presso un Centro Medico Diagnostico convenzionato, l'effettuazione di un Check up annuo, consistente in:

Esami ematochimici:

- Emocromo
- Glicemia
- Colesterolo parziale
- Colesterolo totale
- Trigliceridi
- FT3
- FT4
- TSH
- TRS
- Ferro
- TAS
- VES
- Esame delle urine completo
- Elettrocardiogramma a riposo oppure, in alternativa, il pap-test o il PSA

G. Trattamenti Fisioterapici

Se le prestazioni di cui al comma H dell'art.2 vengono effettuate in un Centro Medico Diagnostico convenzionato, l'Impresa provvederà ad effettuare il pagamento diretto al Centro convenzionato, a termini della presente polizza con l'applicazione di una franchigia pari a € 100,00 per ciascuna prestazione o ciclo di terapia (purché previsto da un'unica prescrizione medica).

Art. 9 - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00:00 del giorno indicato in polizza se il premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 00:00 del giorno del pagamento. Se non viene pagato il premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 00:00 del 30esimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno del pagamento, ferma la successiva scadenza, ai sensi dell'art. 1901 C.C.

I premi devono essere pagati al Contraente.

Art. 10 - Controversie

In caso di controversie che possono sorgere tra l'Impresa e l'Assicurato, le parti si impegnano a consultare in via preliminare una Commissione di Conciliazione composta da un rappresentante della medesima Impresa e da un rappresentante del Sindacato cui l'Assicurato aderisce o conferisce mandato.

Nel caso previsto dal comma precedente, le parti saranno convocate dalla Commissione di Conciliazione in data e luogo da stabilirsi per esprimere un tentativo di composizione bonaria della vertenza, entro 60 giorni dalla data di richiesta di rimborso.

Laddove il tentativo di conciliazione non abbia esito positivo, nel caso che si tratti di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o delle indennità, le parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico. Il collegio medico risiede presso il capoluogo della Regione dove dimora l'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

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

Art. 11 - Competenza territoriale

Per eventuali controversie giudiziali, il Foro competente viene fissato concordemente tra le parti, con riferimento al luogo di svolgimento della prestazione lavorativa del dipendente assicurato o della residenza dell'aderente al Fondo di Solidarietà.

Art. 12 - Decorrenza e durata del contratto

Il presente contratto ha effetto dalle ore 00:00 del 01/01/2018 e scadrà alle ore 00:00 del 01.01.2020.

La disdetta potrà essere intimata dalle parti almeno 60 giorni prima della scadenza; in mancanza di disdetta il contratto si intenderà rinnovato automaticamente di anno in anno.

Art. 13 - Forma delle comunicazioni della Contraente e dell'Assicurato all'Impresa

Tutte le comunicazioni alle quali la Contraente e l'Assicurato sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata.

Art. 14 - Imposte

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico della Contraente o dell'Assicurato per le parti di rispettiva competenza.

Art 15 - Riparto di Coassicurazione

Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions si riservano la facoltà di indicare alla Contraente, nel presente contratto di polizza, uno o più Coassicuratori in percentuale da stabilire e comunque compresa tra un minimo del 10% ed un massimo del 40%.

Il riparto di Coassicurazione sarà indicato nella normativa di Coassicurazione e Delega che è da considerarsi parte integrante del contratto.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Premio e sua regolazione

Per tutto il periodo assicurativo il premio annuo per la copertura dei dipendenti di Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions (escluso il personale già beneficiario delle prestazioni erogate dal F.I.M. FriulAdria) e degli aderenti al Fondo di Solidarietà delle predette Società e dei relativi familiari fiscalmente a carico risultanti dallo Stato di Famiglia è **stabilito nella misura di 700,00 Euro per dipendente/ aderente al Fondo di Solidarietà.**

Il premio annuale verrà suddiviso in 2 rate semestrali anticipate. Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions provvederanno ad effettuare in favore del Contraente il pagamento del premio semestrale entro 30 giorni dalla scadenza della rata. Il Contraente si impegna, entro i 10 giorni successivi al ricevimento del pagamento da parte di Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit

Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions a provvedere al versamento pro quota dei premi dovuti in dipendenza del contratto alla Società.

Alla fine di ciascun anno si procederà alla regolazione del premio in funzione del numero effettivo di dipendenti/ aderenti al Fondo di Solidarietà assicurati nei due semestri di riferimento, tenendo conto del personale eventualmente assunto in corso d'anno. La differenza di premio risultante dalla regolazione dovrà essere versata entro 30 giorni dalla data della comunicazione dell'Impresa.

In mancanza di comunicazione dei dati anzidetti o in mancanza del pagamento della differenza attiva dovuta la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui vengono adempiuti tali obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se non si adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions si obbligano ad esibire i registri necessari alle persone incaricate dall'Impresa per effettuare accertamenti e controlli.

Art. 2 – Inclusioni di neoassunti nel corso dell'anno

Per i neoassunti si conviene tra le parti che la garanzia avrà effetto dal momento dell'assunzione.

Al fine del pagamento del premio, per i neoassunti, resta inteso che:

- se l'inclusione avviene nel primo trimestre dell'anno verrà corrisposto l'intero premio annuo;
- se l'inclusione avviene nel secondo trimestre dell'anno verrà corrisposto il 75% del premio annuo;
- se l'inclusione avviene nel terzo trimestre dell'anno verrà corrisposto il 50% del premio annuo;
- se l'inclusione avviene nel quarto trimestre dell'anno verrà corrisposto il 25% del premio annuo.

Art. 3 - Estensione della garanzia ai familiari fiscalmente non a carico

E' data facoltà agli assicurati di includere in garanzia per tutta la durata del presente contratto, mediante pagamento del relativo premio annuo, i familiari fiscalmente non a carico sulla base di quanto normato nella parte 2.

Al riguardo si precisa che il familiare fiscalmente non a carico incluso in garanzia dovrà restarvi per il periodo di vigenza del presente contratto pluriennale; qualora non incluso, il familiare fiscalmente non a carico non potrà essere inserito in garanzia sino al termine della vigenza del contratto, fatti salvi i casi che siano causa dell'emergere o della cessazione del diritto anche successivamente all'avvio del presente contratto, secondo quanto previsto dall'art. 9 Parte 2.

Art. 4 - Reintegro dei massimali

E' data facoltà agli Assicurati di reintegrare una sola volta nel corso dell'anno assicurativo il massimale di cui all'art. 2 punto A) con il versamento di una somma di 77,00 Euro.

Il reintegro del massimale può essere richiesto in presenza di sinistro, rendendo l'aumento del massimale operante anche per la denuncia in corso limitatamente ad un reintegro di 52.000,00 Euro compresi i Grandi Interventi.

La differenza fra il reintegro utilizzato ed il massimale di 300.000,00 Euro sarà disponibile per ulteriori prestazioni.

L'integrazione del massimale comporterà l'emissione di una apposita polizza.

Art. 5 - Pensionati

Il diritto alla prosecuzione della copertura, così come definito dall'art.4 parte 1, comporta l'adesione ad un'apposita polizza cumulativa e il pagamento di un premio pro capite, sia per il pensionato che, obbligatoriamente, per l'eventuale coniuge/unito civilmente/ convivente more uxorio, se non dipendente dall'Istituto/ aderente al Fondo di Solidarietà, di 930,00 Euro.

Analogo premio è previsto per i fruitori di pensione di reversibilità.

Il diritto può essere esteso anche ai figli fiscalmente a carico, purché conviventi.

L'inserimento dei figli di cui sopra è condizionato dalla compilazione di un questionario sanitario predisposto dall'Impresa, elemento sul quale l'Impresa deciderà se accettare di dare luogo alla copertura assicurativa. L'ex dipendente può aderire solo come pensionato e non come coniuge/unito civilmente/ convivente more uxorio di un dipendente/ aderente al Fondo di Solidarietà.

Quando l'Impresa avrà comunicato l'inserimento dei figli nelle garanzie di polizza dovrà essere versato dal pensionato un premio, per figlio, di 605,00 Euro.

Art. 6 - Pensionati (senza diritto alla prosecuzione volontaria della copertura)

Per il personale in pensione non previsto nell'ipotesi di cui all'art. 4 parte 1 è prevista la possibilità di aderire alla polizza cumulativa di cui all'articolo precedente con diritto a una copertura che escluda le prestazioni specialistiche e le spese per cure e protesi dentarie.

La polizza sarà valida per il pensionato e, obbligatoriamente, per l'eventuale coniuge/unito civilmente/convivente more uxorio ad un premio, pro capite, di 1.026,00 Euro.

Condizione essenziale all'operatività della garanzia è la compilazione di un apposito questionario sanitario, dal cui esame l'Impresa deciderà se accettare l'assunzione del rischio.

Art. 7 – Comunicazione dei dati statistici

L'Impresa, con cadenza semestrale, si obbliga a comunicare alla Contraente e alle Società Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions entro i 15 gg successivi alla scadenza del semestre di riferimento, i seguenti dati relativi ad ogni singola richiesta di rimborso ricevuta e ad ogni singola prestazione effettuata:

- Garanzia colpita
- Importo richiesto
- Importo liquidato
- Importo riservato

L'Impresa si obbliga altresì a partecipare con un suo partecipante agli incontri della Commissione paritetica sull'Assistenza Sanitaria a richiesta della medesima Commissione.

PARTE 2 –FAMIGLIARI FISCALMENTE NON A CARICO DEL PERSONALE DIPENDENTE

Premessa

Le garanzie della presente polizza e quelle della polizza destinata al personale dipendente/ aderente al Fondo di Solidarietà, vengono cumulativamente prestate fino alla concorrenza dei massimali in esse indicati che pertanto rappresentano la disponibilità unica dell'Impresa per tutto il periodo assicurativo annuo e per l'intero nucleo famigliare.

Articolo 1 - Assicurati - Validità dell'Assicurazione

L'Assicurazione è prestata a favore dei familiari fiscalmente non a carico, di tutti i dipendenti di Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions (escluso il personale già beneficiario delle prestazioni erogate dal F.I.M. FriulAdria) e degli aderenti al Fondo di Solidarietà delle predette Società, come previsto dall'art. 3 delle Condizioni particolari di assicurazione della polizza destinata al personale dipendente/ aderente al Fondo di Solidarietà, per tali intendendosi:

1. I familiari non fiscalmente a carico, limitatamente al coniuge/unito civilmente o al convivente "more uxorio" e ai figli purché conviventi e risultanti dal certificato di "Stato di Famiglia";
2. Il coniuge non legalmente separato o non unito civilmente, non fiscalmente a carico.

L'Assicurazione si intende valida:

- durante il permanere del rapporto di lavoro dipendente di Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions e dell'adesione al Fondo di Solidarietà delle predette Società per gli aderenti al Fondo stesso e fino alla scadenza annua dell'assicurazione dopo la cessazione del rapporto stesso;
- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli Assicurati, nonché dalle malattie pregresse recidivanti senza possibilità per l'impresa di escludere i soggetti malati o affetti da difetti fisici o mutilazioni rilevanti. A tale fine l'Impresa formula espressa rinuncia ad avvalersi degli art. 1892, 1893 e 1898 del C.C..

Si precisa che il familiare fiscalmente non a carico che venga incluso in garanzia per il 2018 dovrà obbligatoriamente confermare l'adesione anche per il 2019 ovvero per tutto il periodo di vigenza del presente contratto pluriennale; qualora invece non venga incluso per il 2018, il familiare fiscalmente non a carico non potrà essere inserito in garanzia sino al termine della vigenza del contratto ovvero fino all'01/01/2020, fatti salvi i casi che siano causa dell'emergere o della cessazione del diritto anche successivamente all'avvio del presente contratto, secondo quanto previsto dell'art. 9 Parte 2.

Art. 2 - Oggetto dell'Assicurazione

A seguito di infortunio o malattia, intendendosi per tali anche:

- gli infortuni conseguenti a stato di malore, incoscienza, vertigini, purché non cagionati da abuso di alcool, di psicofarmaci, di sostanze stupefacenti o allucinogene;
- gli infortuni conseguenti a fenomeni naturali, compresi i movimenti tellurici, i maremoti, le eruzioni vulcaniche, le alluvioni, le frane, le valanghe, le slavine;
- l'asfissia involontaria provocata da fughe di gas, vapori o esalazioni velenose, l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, l'occlusione delle vie respiratorie, l'improvviso contatto con corrosivi;
- gli avvelenamenti o le tossinfezioni, cagionati dall'ingestione di cibi, bevande o altre sostanze avariate o adulterate;
- le infezioni (esclusi il carbonchio e la malaria), gli avvelenamenti da morsi di animali, le punture di insetti;
- i colpi di sole o di calore;
- gli infortuni derivanti da azioni delittuose, terroristiche, vandalistiche, tumulti popolari, sommosse, azioni di dirottamento o pirateria, a condizione che la persona assicurata non vi abbia volontariamente preso parte attiva.

L'Impresa rimborsa, fino alla concorrenza dei massimali sotto indicati e per tutti gli assicurati di cui all'art. 1), quanto in appresso indicato:

A - RIMBORSO DELLE SPESE DI RICOVERO

In caso di ricovero in Istituto di Cura, con o senza intervento chirurgico, o d'intervento chirurgico ambulatoriale, a seguito di infortunio o malattia, parto (cesareo o fisiologico) o aborto terapeutico, l'Impresa rimborsa:

1. le spese per esami, gli accertamenti diagnostici, le cure, i trattamenti fisioterapici rieducativi, gli onorari dei medici, del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, i diritti di sala operatoria e il materiale d'intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici e le endoprotesi);
2. le spese per l'assistenza medica ed infermieristica, cure, medicazioni, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami, accertamenti diagnostici (ivi compresi gli onorari medici) e visite mediche sostenute nei 120 giorni precedenti il ricovero o l'intervento ambulatoriale;
3. le spese per i medicinali durante il periodo di ricovero o di degenza, sempre che siano rese indispensabili dall'evento considerato;
4. le spese per retta di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente);
5. le spese per l'assistenza del neonato (in caso di parto) durante la degenza e le spese di cura di malattia da gravidanza e puerperio durante la degenza;
6. le spese per esami, accertamenti diagnostici (ivi compresi gli onorari medici), visite mediche, medicazioni trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere) sostenute nei 120 giorni successivi al termine del ricovero, od alla data dell'intervento ambulatoriale, sempre che siano rese indispensabili dall'evento considerato.
7. Le spese fisioterapiche sostenute nei 120 giorni successivi e rese necessarie da ingessature applicate a seguito di infortunio ed effettuate presso un Pronto Soccorso del Servizio Sanitario Nazionale, anche in assenza di ricovero ospedaliero (la presente estensione non è valida per ingessature effettuate in strutture sanitarie private).

L'Impresa rimborsa inoltre:

- a) Le spese per il vitto e il pernottamento in Istituto di Cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di 52,00 Euro e per un massimo di giorni 30 per anno assicurativo e per nucleo familiare.
- b) Le spese di trasporto, in caso di ricovero in Italia, con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato a e da l'Istituto di cura e da un Istituto di cura all'altro, entro il limite di 5.000,00 Euro per anno assicurativo e per nucleo familiare; in caso di ricovero con intervento chirurgico all'estero, verranno rimborsate, sempre entro il limite di cui sopra, le spese di trasporto effettuate con qualsiasi mezzo, purché di linea, limitatamente al viaggio di andata e ritorno connesso al ricovero (per ricovero con intervento chirurgico all'estero, in caso di utilizzo di autovettura privata, l'Impresa liquiderà un importo pari al costo del biglietto ferroviario di seconda classe).
- c) Le spese per il corso di preparazione al parto, fino a un massimo di 517,00 Euro per anno assicurativo e per nucleo familiare.
- d) In caso di decesso all'estero, le spese sostenute per il rimpatrio della salma, fino a un massimo di 3.000,00 Euro per anno assicurativo e per nucleo familiare.
- e) Le spese per assistenza infermieristica domiciliare, con il limite di 26,00 Euro giornalieri per un massimo di 15 giorni per anno assicurativo e per nucleo familiare.

La presente Assicurazione, si intende valida fino a concorrenza del massimale di 300.000,00 Euro (con o senza grande intervento), da intendersi come disponibilità unica per anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

Gli indennizzi per ricovero verranno liquidati con le seguenti modalità:

- Se il S.S.N. darà luogo a qualsivoglia forma di rimborso la somma liquidata sarà pari al 100% della spesa sostenuta al netto del rimborso effettuato dal S.S.N.

- Se il S.S.N. non provvederà ad alcun rimborso l'indennizzo sarà liquidato con uno scoperto del 10% con il minimo di 413,00 Euro e il massimo di 2.066,00 Euro, tranne che per le spese sostenute in regime di convenzionamento.
- Gli indennizzi di cui ai punti 2 - 6 e 7 saranno liquidati con lo scoperto del 10%. In caso le prestazioni siano eseguite dal S.S.N. i ticket verranno rimborsati senza scoperti.
- In caso di intervento chirurgico ambulatoriale verrà applicato uno scoperto del 20% con il minimo di 40 Euro.

Per il parto cesareo l'indennizzo massimo sarà pari a 7.747,00 Euro oppure, in alternativa, 65,00 Euro al giorno con due giorni di franchigia indifferentemente se con ricovero al S.S.N. o in Clinica Privata.

Ai fini del computo delle giornate di ricovero si considera il giorno di ingresso e di uscita una sola giornata.

Per il parto non cesareo l'indennizzo massimo sarà pari a 2.583,00 Euro oppure, in alternativa, 65,00 Euro giorno con due giorni di franchigia indifferentemente se con ricovero al S.S.N. o in Clinica Privata. Ai fini del computo delle giornate di ricovero si considera il giorno di ingresso e di uscita una sola giornata.

Per i "grandi interventi chirurgici" e le "gravi malattie" l'indennizzo sarà liquidato senza scoperto o franchigia.

Limitatamente al dipendente/ aderente al Fondo di Solidarietà di Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions, l'Impresa rimborserà il costo degli interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare, entro il limite di 1.000,00 Euro per occhio.

Nel costo del suddetto intervento sono comunque comprese le spese per la visita specialistica antecedente e per quella successiva all'intervento stesso, le cui fatture devono essere presentate contestualmente a quella dell'intervento.

Il rimborso suddetto verrà corrisposto solo a seguito di intervento in struttura privata; nessun rimborso avrà luogo per interventi in strutture del S.S.N. o con queste accreditate.

B - DIARIA SOSTITUTIVA

Nel caso gli Assicurati non sostengano alcuna spesa durante il ricovero, per effetto di rimborso o accollo da parte del Servizio Sanitario Nazionale o altro Ente, verrà corrisposta una diaria di 65,00 Euro per ogni giorno di ricovero con due giorni di franchigia, in Istituto di cura e per un massimo di 300 giorni per anno assicurativo e per nucleo familiare. Ai fini del computo delle giornate di ricovero si considera il giorno d'ingresso e di uscita una sola giornata.

In caso di Day hospital, consecutivi, la franchigia di 2 giorni verrà applicata a conclusione di ogni ciclo di terapia risultante da ogni singola cartella clinica.

Le prestazioni previste dalle lettere A – B – C – D – E dell'articolo 2 A (Rimborso delle spese di ricovero) s'intendono operanti così come quelle previste ai punti 2, 6 e 7 del suddetto articolo.

C - RIMBORSO DELLE SPESE PER PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

L'Impresa rimborsa, fino alla concorrenza del massimale di 4.165,00 Euro per anno assicurativo e per nucleo familiare, le spese per le prestazioni specialistiche extraospedaliere sottoelencate, purché pertinenti a un infortunio o a una malattia:

- COBALTOTERAPIA
- CHEMIOTERAPIA
- LASERTERAPIA
- DIALISI
- RADIOTERAPIA
- TRATTAMENTO HIFU
- ABLATERMIA

Le suddette prestazioni verranno liquidate con uno **scoperto del 20% della spesa sostenuta, con una franchigia minima di 40,00 Euro.**

Per le prestazioni eseguite dal S.S.N. i ticket verranno rimborsati senza scoperto e/o franchigia.

D - RIMBORSO DELLE SPESE PER VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

L'Impresa rimborsa, fino alla concorrenza del massimale di 6.165,00 Euro per anno assicurativo e per nucleo familiare le spese per le seguenti prestazioni specialistiche, ambulatoriali e domiciliari, purché pertinenti a una malattia o da infortunio:

1. onorari dei medici conseguenti a visite specialistiche;
2. onorari dei medici per prestazioni specialistiche (escluse quelle odontoiatriche e ortodontiche);
3. analisi ed esami diagnostici;
4. cura delle malattie neoplastiche e del sangue;
5. cure dentarie e paradontopatie, rese necessarie da infortunio, effettuate ambulatorialmente (per queste prestazioni deve essere fatta denuncia di sinistro entro 48 ore dall'infortunio e fornita ampia prova).

L'indennizzo dei punti 1,3,4 e 5 verrà liquidato con uno scoperto del 20% della spesa sostenuta, con il minimo di 40,00 Euro per ogni prestazione presso Istituto Privato, mentre per le prestazioni eseguite dal S.S.N. si avrà diritto al rimborso totale dei ticket.

Per le prestazioni specialistiche di cui al precedente punto 2, lo scoperto del 20% con franchigia minima di 40,00 Euro si applica cumulativamente sino ad un massimo di cinque prestazioni specialistiche.

L'impresa rimborsa inoltre, fino alla concorrenza del massimale di 1.000,00 Euro per anno assicurativo e per nucleo familiare, le spese per amniocentesi e villocentesi con uno scoperto del 30%, con un minimo di 200,00 Euro per esame.

E - INDENNITÀ RECUPERO TOSSICODIPENDENTI

Qualora nel corso dell'assicurazione, uno o più componenti il nucleo familiare assicurato (di età inferiore a 14 anni al momento della stipulazione del contratto ed immuni da tossicodipendenza a tale data) venissero colpiti da intossicazione da stupefacenti, l'Impresa si obbliga a corrispondere all'Assicurato, dopo un ricovero continuativo presso una Comunità Terapeutica riconosciuta dalle Regioni o dai Comuni, un'indennità di 775,00 Euro per anno assicurativo.

Tale indennità di ricovero verrà versata, su presentazione di apposita dichiarazione della Comunità Terapeutica che comprovi il compimento del programma terapeutico individualizzato predisposto dalla Comunità stessa e, comunque, al compimento del biennio dall'inizio comprovato del ricovero continuativo in caso di maggior durata del programma.

AVVERTENZA

Le garanzie suindicate vengono cumulativamente prestate fino alla concorrenza dei massimali previsti, che pertanto rappresentano la disponibilità unica dell'Impresa per tutto il periodo assicurativo annuo e per nucleo familiare, intendendosi per tale:

- L'assicurato, tutti i famigliari fiscalmente a carico risultanti dallo Stato di Famiglia, i famigliari di cui ai punti c), d) e) dell'art.1 parte 1., assicurati con la polizza rischio comune relativa al personale dipendente/ aderente al Fondo di Solidarietà
- I famigliari non fiscalmente a carico di cui ai punti 1) e 2) dell'art.1 parte 1 assicurati con la presente polizza con premio a carico del dipendente / aderente al Fondo di Solidarietà.

F – RIMBORSO DELLE SPESE PER CURE E PROTESI DENTARIE

L'Impresa rimborsa le spese per cure e protesi dentarie (ortodontiche ed odontoiatriche), fino alla concorrenza di un massimale unico per l'insieme di tutti gli assicurati con la presente polizza e con la polizza destinata al personale dipendente/ aderente al Fondo di Solidarietà valida per i dipendenti/ aderenti al Fondo di Solidarietà e i familiari fiscalmente a carico.

Il massimale annuo di cui sopra sarà pari a 400.000,000 Euro ed il rimborso avverrà con le seguenti modalità:

- Ogni nucleo familiare dovrà presentare un'unica richiesta di risarcimento (sinistro) e inviarla entro e non oltre il 05/01 dell'anno successivo a quello di competenza delle spese sostenute. La

documentazione di spesa, sia relativa al dipendente che ai familiari, dovrà essere inviata in un'unica soluzione tramite raccomandata con ricevuta di ritorno oppure con upload sul portale dedicato.

- Non verranno considerate agli effetti del rimborso eventuali spese spedite o caricate a sistema dopo il 05/01 dell'anno successivo a quello di competenza.
- Verrà rimborsato, fino alla concorrenza di un massimale di 10.000,00 Euro per sinistro e con una franchigia assoluta di 1.500,00 Euro, il 50% dell'importo rimanente.
- Ogni nucleo familiare potrà usufruire di un'unica prestazione nel corso dell'anno assicurativo.
- Per prestazioni che si ripetono nel corso del biennio, la percentuale di rimborso del 50% è valida per il primo anno e si ridurrà al 40% al secondo anno, sempre nell'ambito massimo di un solo rimborso annuo per nucleo.
- Il rimborso delle prestazioni avverrà entro il 28 febbraio dell'anno successivo alla richiesta, con l'avvertenza che, qualora l'ammontare complessivo dei rimborsi dovesse superare il massimale cumulativo annuo globale previsto, i relativi indennizzi verranno ridotti in proporzione.
- Nel caso non si esaurisca il massimale nel corso dell'anno assicurativo, l'eccedenza andrà ad aumentare il massimale per l'anno successivo; è data comunque facoltà alla Contraente, per gli anni successivi al primo, di rinunciare alla garanzia "Cure e protesi dentarie", richiedendo all'Impresa altre prestazioni da concordare a parità di costo.

G – TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti di riabilitazione a seguito di infortunio o malattia purché non effettuati in centri estetici o di fitness e sempreché prescritti da medici ed effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Il massimale assicurato per le prestazioni suindicate corrisponde a 800,00 Euro, per nucleo familiare e per anno assicurativo. Sono comunque escluse le spese di natura alberghiera.

Ciascuna prestazione o ciclo di terapia (purché previsto da un'unica prescrizione medica) è indennizzata previa detrazione di un importo pari al 20% delle spese effettivamente sostenute e documentate che rimane a carico dell'Assicurato, con il minimo di 200,00 Euro.

H – ULTERIORI PRESTAZIONI

1. COPERTURA DEGLI ULTERIORI INTERVENTI SOPRAGGIUNTI RISPETTO A QUANTO AUTORIZZATO DALLA COMPAGNIA E CHE DOVESSERO RENDERSI NECESSARI/OPPORTUNI IN OCCASIONE DI OPERAZIONI/ACCERTAMENTI

Si precisa che rientrano in copertura gli ulteriori interventi sopraggiunti/concomitanti rispetto a quanto autorizzato dalla Società e che dovessero rendersi necessari/opportuni in occasione di operazioni/accertamenti diagnostici. In particolare, qualora gli ulteriori interventi sopraggiunti/concomitanti fossero effettuati nella medesima seduta operatoria ed attraverso la medesima via d'accesso, saranno considerati compresi nel sub-massimale o plafond presente in polizza, relativo all'evento principale precedentemente autorizzato dalla Società, ove previsti; gli ulteriori interventi sopraggiunti/concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso saranno rimborsati al 50% in misura proporzionale alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

Art. 3 - Esclusioni

La copertura assicurativa non comprende le spese per:

- la cura delle intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti, salvo quanto previsto dal precedente art. 2 punto E;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da intervento demolitivo e quelli relativi ai bambini di età inferiore ai 3 anni;
- l'agopuntura non effettuata da medico;
- la cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico), di proprie azioni delittuose e della pratica di sport aerei o motoristici in genere;
- le cure delle malattie mentali nei casi in cui diano luogo a trattamento sanitario obbligatorio ai sensi degli artt. 34 e 35 della Legge 23 Dicembre 1978, n. 833; la psicoterapia e la psicoanalisi;

- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- l'acquisto, la riparazione e la manutenzione di apparecchi protesici o sanitari ausiliari;
- le cure e le protesi dentarie non rese necessarie da infortunio, salvo quanto previsto dal comma F dell'art.2;
- le visite di controllo non conseguenti a malattia od infortunio;
- gli interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare, salvo quanto previsto dal precedente articolo 2 comma A.

Art. 4 - Persone non assicurabili

L'assicurazione si intende operante fino al permanere del rapporto del dipendente di Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions e di adesione al Fondo di Solidarietà delle predette Società del Gruppo Bancario Crédit Agricole Italia, allo scioglimento di detto rapporto di lavoro e di adesione al Fondo, la garanzia cessa con effetto dalla prima scadenza annua dell'Assicurazione.

Per l'Assicurato passato in quiescenza e per i superstiti che fruiscono di pensione di reversibilità, l'Assicurazione è proseguibile con premio a carico dell'Assicurato, con le condizioni proprie della polizza riservata al personale in quiescenza.

L'assicurazione cessa il suo effetto al compimento del 78mo anno di età dell'Assicurato, raggiunto tale limite d'età l'Assicurazione termina alla prima scadenza annua del premio.

Per i familiari, l'Assicurazione si intende valida sino alla cessazione della loro appartenenza allo stesso nucleo familiare e/o al raggiungimento del 78mo anno di età.

Art. 5 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 6 - Denuncia dell'infortunio o della malattia - obblighi dell'Assicurato

L'Assicurato deve presentare denuncia all'Impresa al momento che ne abbia avuto la possibilità e comunque entro venti giorni dall'evento o, in caso di ricovero, dalla data di dimissione.

La denuncia deve essere corredata dalla necessaria documentazione medica.

L'Assicurato ed i suoi familiari aventi diritto devono acconsentire alla visita di medici dell'Impresa ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Art. 7 - Criteri di liquidazione

La liquidazione di quanto dovuto all'Assicurato od ai suoi eredi, viene effettuata, a cura ultimata, su presentazione, in fotocopia, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate, entro trenta giorni dalla data di presentazione della documentazione completa.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato od al familiare.

Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate debbono essere prescritte dal medico.

Il rimborso viene corrisposto all'Assicurato anche per le spese che riguardano i familiari.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

L'Impresa effettuerà il rimborso di sua pertinenza dietro presentazione di copia delle notule, ricevute, fatture o parcelle delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento comprovante la loro presentazione agli altri soggetti di cui sopra. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Anticipo indennizzi

Nei casi di ricovero per i quali l'Istituto di Cura richieda il pagamento di un anticipo, l'Impresa corrisponderà - su richiesta dell'Assicurato - l'importo concordato a tale titolo entro l'80% della somma richiesta, salvo conguaglio a cure ultimate. Il pagamento dell'anticipo avverrà entro 8 giorni dalla data di richiesta dell'Assicurato all'Impresa.

Art. 8 - Modalità di pagamento e rimborso delle spese sostenute in regime di convenzionamento

A. Ricoveri in Istituti di Cura convenzionati

a1. Ricoveri in Istituti di Cura convenzionati con équipe medica e/o chirurgica convenzionata

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale in Istituto di Cura convenzionato ed équipe medica e/o chirurgica convenzionata, l'Impresa provvederà ad effettuare il pagamento diretto all'Istituto di Cura di tutte le spese previste e sostenute durante il ricovero a termini della presente polizza.

a2. Ricoveri in Istituti di Cura convenzionati con équipe medica e/o chirurgica non convenzionata.

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale in Istituto di Cura convenzionato ed équipe medica e/o chirurgica non convenzionata, l'Impresa provvederà, a termini della presente polizza, ad effettuare il pagamento diretto all'Istituto di Cura di tutte le spese previste e sostenute durante il ricovero e rimborserà, all'Assicurato, successivamente alla regolare denuncia di sinistro, le spese effettivamente sostenute e documentate per le prestazioni dell'équipe operatoria non convenzionata.

B. Ricoveri in Istituti di Cura non convenzionati

In caso di ricovero in Istituto di Cura non convenzionato, l'Assicurato dovrà provvedere personalmente al pagamento delle spese sostenute durante il ricovero; l'Impresa, rimborserà all'Assicurato, successivamente alla regolare denuncia di sinistro, le spese effettivamente sostenute durante il ricovero, nei limiti di quanto dovuto a termini di polizza.

In caso di intervento chirurgico ambulatoriale, invece, verrà applicato uno scoperto del 20% con il minimo di 40,00 Euro.

C. Ricoveri in strutture del Servizio Sanitario Nazionale

In caso di ricovero a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, l'Impresa rimborserà integralmente le spese effettivamente sostenute e rimaste a carico dell'Assicurato a termini della presente polizza.

Nel caso in cui il ricovero sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicurato avrà diritto alla corresponsione dell'indennità giornaliera di cui all'articolo 2 comma B delle presenti condizioni.

D. Spese per visite specialistiche e accertamenti diagnostici

Se le prestazioni di cui al comma D dell'art. 2 vengono effettuate in un Centro Medico Diagnostico convenzionato, l'Impresa provvederà ad effettuare il pagamento diretto al Centro convenzionato, a termini della presente polizza con l'applicazione di una franchigia di € 25,00 per ogni prestazione.

E. Spese precedenti e successive al ricovero

Per le spese precedenti e successive al ricovero con o senza intervento chirurgico o l'intervento chirurgico ambulatoriale previste dall'articolo 2 punto A) delle presenti condizioni, l'Assicurato, sempre che non si rivolga ad un Centro Medico Diagnostico convenzionato, dovrà provvedere personalmente al loro pagamento; l'Impresa, a termini della presente polizza, rimborserà all'Assicurato, successivamente alla regolare denuncia di sinistro, le spese sostenute.

F. Check Up

Previa prenotazione verrà garantita, presso un Centro Medico Diagnostico convenzionato, l'effettuazione di un Check up annuo, consistente in:

Esami ematochimici:

- Emocromo
- Glicemia
- Colesterolo parziale
- Colesterolo totale
- Trigliceridi
- FT3

- FT4
- TSH
- TRS
- Ferro
- TAS
- VES
- Esame delle urine completo
- Elettrocardiogramma a riposo oppure, in alternativa, il pap-test o il PSA

G. Trattamenti Fisioterapici

Se le prestazioni di cui al comma G dell'art.2 vengono effettuate in un Centro Medico Diagnostico convenzionato, l'Impresa provvederà ad effettuare il pagamento diretto al Centro convenzionato, a termini della presente polizza con l'applicazione di una franchigia pari a € 100,00 per ciascuna prestazione o ciclo di terapia (purché previsto da un'unica prescrizione medica).

Art. 9 - Pagamento del premio e sua regolazione

I premi devono essere pagati al Contraente.

Il premio annuo, comprensivo di imposta, per ogni familiare di cui all'art. 1 si intende stabilito in 530,00 Euro.

Il premio annuale, calcolato sulla base delle adesioni pervenute, verrà suddiviso in 2 rate semestrali anticipate. Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions provvederanno ad effettuare in favore del Contraente il pagamento del premio semestrale entro 30 giorni dalla scadenza della rata. Il Contraente si impegna, entro i 10 giorni successivi al ricevimento del pagamento da parte di Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions a provvedere al versamento pro quota dei premi dovuti in dipendenza del contratto alla Società.

Alla fine di ciascun anno si procederà alla regolazione del premio in funzione del numero effettivo di famigliari assicurati nei due semestri di riferimento. La differenza di premio risultante dalla regolazione dovrà essere versata entro 30 giorni dalla data della comunicazione dell'Impresa.

In mancanza di comunicazione dei dati anzidetti o in mancanza del pagamento della differenza attiva dovuta la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui vengono adempiuti tali obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se non si adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Solo i neoassunti oppure il personale assicurato che nel corso dell'anno si sposerà/si unirà civilmente/convivrà - secondo quanto stabilito dall'articolo 1 Parte 2 – e, rispettivamente, il coniuge/unito civilmente/convivente more uxorio non sarà fiscalmente a carico, potranno chiedere l'inserimento dei famigliari fiscalmente non a carico nella polizza, facendo pervenire la scheda di adesione o dandone comunicazione scritta all'Impresa, entro un mese dalla data dell'evento sopra considerato, analogamente nel caso di cessazione del carico fiscale di un familiare; tali modifiche daranno luogo all'eventuale conguaglio finale del premio.

Al fine del pagamento del premio, resta inteso che:

- se l'inclusione avviene nel primo trimestre dell'anno verrà corrisposto l'intero premio annuo;
- se l'inclusione avviene nel secondo trimestre dell'anno verrà corrisposto il 75% del premio annuo;
- se l'inclusione avviene nel terzo trimestre dell'anno verrà corrisposto il 50% del premio annuo;
- se l'inclusione avviene nel quarto trimestre dell'anno verrà corrisposto il 25% del premio annuo.

Art. 10 - Controversie

In caso di controversie che possono sorgere tra l'Impresa e l'Assicurato, le parti si impegnano a consultare in via preliminare una Commissione di Conciliazione composta da un rappresentante della medesima Impresa e da un rappresentante del Sindacato cui l'Assicurato aderisce o conferisce mandato.

Nel caso previsto dal comma precedente, le parti saranno convocate dalla Commissione di Conciliazione in data e luogo da stabilirsi per esprimere un tentativo di composizione bonaria della vertenza, entro 60 giorni dalla data di richiesta di rimborso.

Laddove il tentativo di conciliazione non abbia esito positivo, nel caso che si tratti di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o delle indennità, le parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico. Il collegio medico risiede presso il capoluogo della Regione dove dimora l'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

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

Art. 11 - Competenza territoriale

Per eventuali controversie giudiziali, il Foro competente viene fissato concordemente tra le parti, con riferimento al luogo di svolgimento della prestazione lavorativa del dipendente assicurato/ o della residenza dell'aderente al Fondo di Solidarietà.

Art. 12 - Decorrenza e durata del contratto

Il presente contratto ha effetto dalle ore 00:00 del 01/01/2018 e scadrà alle ore 00:00 del 01.01.2020.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00:00 del giorno indicato in polizza se il premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 00:00 del giorno del pagamento. Se non viene pagato il premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 00:00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno del pagamento, ferma le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 C.C..

La disdetta potrà essere intimata dalle parti almeno 60 giorni prima della scadenza; in mancanza di disdetta il contratto si intenderà rinnovato automaticamente di anno in anno.

Art. 13 - Forma delle comunicazioni della Contraente e dell'Assicurato all'Impresa

Tutte le comunicazioni alle quali la Contraente e l'Assicurato sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata.

Art. 14 - Imposte

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico della Contraente o dell'Assicurato per le parti di rispettiva competenza.

Art 15 - Riparto di Coassicurazione

Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions si riservano la facoltà di indicare alla Contraente, nel presente contratto di

polizza, uno o più Coassicuratori in percentuale da stabilire e comunque compresa tra un minimo del 10% ed un massimo del 40%.

Il riparto di Coassicurazione sarà indicato nella normativa di Coassicurazione e Delega che è da considerarsi parte integrante del contratto.

Art. 16 – Comunicazione dei dati statistici

L'Impresa, con cadenza semestrale, si obbliga a comunicare alla Contraente e alle Società Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions entro i 15 gg successivi alla scadenza del semestre di riferimento, i seguenti dati relativi ad ogni singola richiesta di rimborso ricevuta e ad ogni singola prestazione effettuata:

- Garanzia colpita
- Importo richiesto
- Importo liquidato
- Importo riservato

L'Impresa si obbliga altresì a partecipare con un suo partecipante agli incontri della Commissione paritetica sull'Assistenza Sanitaria a richiesta della medesima Commissione.

ELENCO 1 - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

COLLO

Gozzo retrosternale con mediastinotomia

ESOFAGO

Interventi con esofagoplastica

Gastroectomia totale

Gastroectomia allargata

Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria

Intervento per fistola gastro-digiunocolica

Mega-esofago e esofagite da reflusso

Cardioplastica

INTESTINO

Colectomia totale

RETTO - ANO

Interventi per neoplasie per retto-ano per via addominoperineale

Atresia dell'ano con fistola retto uretrale o retto vulvare

Operazione per megacolon

Proctocolectomia totale

FEGATO

Derivazioni biliodigestive

Interventi sulla papilla di Water

Reinterventi sulle vie biliari

Interventi chirurgici per ipertensione portale

PANCREAS - MILZA

Interventi per pancreatite acuta

Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche

Interventi per pancreatite cronica

Interventi per neoplasie pancreatiche

INTERVENTI SUL POLMONE

Tumori della trachea

CARDIOCHIRURGIA

Interventi a cuore aperto per:

- Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi;
- Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale;
- Correzione impianto anomalo coronarie;
- Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica;
- Correzione canale atrioventricolare completo;
- Finestra aorto-polmonare;
- Correzione di:

Ventricolo unico

ventricolo destro a doppia uscita

truncus arteriosus

coartazione aortiche di tipo fetale

coartazione aortiche multiple o molto estese

stenosi aortiche infundibulari

stenosi aortiche sopraalvolari

trilogia di Fallot

tetralogia di Fallot

atresia della tricuspide

pervietà interventricolare ipertesa

pervietà interventricolare con “debanding”

pervietà interventricolare con insufficienza aortica

- Sostituzioni valvolari multiple;

- By-pass aortocoronarici multipli;

- Sostituzioni valvolari con by-pass aortocoronarico;

- Aneurismi aorta toracica;

- Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio;

- Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto;

- Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti;

- Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici.

Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale.

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale

Asportazioni tumori dell'orbita

Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, etc.)

Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)

Emisferectomia

Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore

Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto

Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo

Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari

Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)

Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica

Somatotomia vertebrale

Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica

CHIRURGIA VASCOLARE

Operazioni sull'aorta toracica e sull'aorta addominale

Trattamento chirurgico dell'ipertensione portale

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti

Resezioni del sacro

Osteosintesi rachidee con placche e viti transpeduncolari

Disarticolazione interscapolo toracica

Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto

Resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi motulari “custom-made”

Emipelvectomia

Emipelvectomie “interne” sec. Enneking con salvataggio dell'arto

Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca

Vertebrotomia

Dissectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi

Uncoforaminotomia

Corpectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale

Artrodesi per via anteriore

Interventi per via posteriore con impianti

Interventi per via anteriore senza impianti

Interventi per via anteriore con impianti

UROLOGIA

ESWL (litotissia extracorporea con onde d'urto)

Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia

Ileo bladder

Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale

Cistoprastatovescicolectomia con ileo bladder

Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali

Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi

Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale

Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale

GINECOLOGIA

Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale

Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale

Intervento radicale per carcinoma ovarico

TRAPIANTI DI ORGANI

Tutti

ELENCO 2 - GRAVI MALATTIE

INFARTO DEL MIOCARDIO

Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata.

CORONAROPATIA

Malattia che determini intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o blocco di due o più arterie coronarie, con innesto di by-pass o richieda tecniche non chirurgiche, quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione.

ICTUS CEREBRALE

(colpo apoplettico)

Accidenti cerebro-vascolari aventi ripercussioni neurologiche di durata superiore alla 24 ore e che implichino morte di tessuto cerebrale con esiti disfunzionanti accertati.

MALATTIA ONCOLOGICA

Ogni stato di malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna (quest'ultima sia localizzata che diffusa), comprese tutte le manifestazioni tumorali a carico del sistema linfatico ed emopoietico.

APPENDICE 1

INTEGRAZIONE POLIZZA SANITARIA PER IL PERSONALE APPARTENENTE ALLA CATEGORIA DIRIGENTE

Rimborso spese cure dentarie:

- massimale: per anno, nucleo familiare, per sinistro, € 1.550,00;
- le spese verranno rimborsate nella misura del 50% con franchigia minima di € 258,00;
- esclusioni: ortodonzia e sostituzione protesi;
- premio annuo per dirigente: € 413,17
- regolazione premio per nuove assunzioni e/o avanzamenti:

1. se l'inclusione avviene nel primo trimestre dell'anno verrà corrisposto l'intero premio annuo;
2. se l'inclusione avviene nel secondo trimestre dell'anno verrà corrisposto il 75% del premio annuo;
3. se l'inclusione avviene nel terzo trimestre dell'anno verrà corrisposto il 50% del premio annuo;
4. se l'inclusione avviene nel quarto trimestre dell'anno verrà corrisposto il 25% del premio annuo;

La presente appendice fa parte integrante della polizza cui si riferisce ed è regolata da tutte le condizioni di assicurazione.

Le parti si riservano il diritto di recedere e quindi annullare la presente appendice, dandone comunicazione entro 60 giorni dalla data di effetto della stessa.

In mancanza di tale comunicazione essa si intenderà tacitamente accettata

APPENDICE 2 VALIDA PER TUTTI GLI ASSICURATI (PARTE 1 E PARTE 2)

La Compagnia Assicurativa – oltre a garantire le garanzie previste nel testo di polizza presentato nel bando di gara – renderà disponibili agli assistiti, a decorrere dal 1° gennaio 2018 , le seguenti garanzie aggiuntive:

- nel caso più prestazioni siano elencate su un'unica fattura le stesse verranno liquidate come se fossero un'unica prestazione nel caso in cui si riferiscano a:
 - visita urologica più ecografia;
 - visita ginecologica più ecografia più pap test;
 - visita cardiologica più elettrocardiogramma più ecocardiogramma più ecocolordoppler;
 - visita senologica più mammografia più ecografica.
- Nel caso in cui durante l'effettuazione della visita, in convenzione diretta, il medico specialista ritenesse necessario effettuare un approfondimento diagnostico da effettuarsi contestualmente alla visita, la copertura della prestazione diagnostica aggiuntiva verrà prestata automaticamente e in convenzione diretta, se in copertura col piano e nei limiti previsti dallo stesso.

APPENDICE 3

Modalità di adesione e di pagamento del premio per i familiari non fiscalmente a carico.

Alla chiusura del portale delle adesioni on line, prevista per il giorno 10/01/2018, la Società emetterà un'appendice contabile sulla base delle adesioni ricevute per familiari fiscalmente non a carico del dipendente/ aderente al Fondo di Solidarietà. La Contraente si impegna a versare alla Società l'importo indicato in tale appendice, corrispondente alla prima semestralità di polizza, entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento della suddetta appendice.

Fascicolo Informativo - Contratto di assicurazione sanitaria

Personale dipendente/ aderente al Fondo di Solidarietà e familiari fiscalmente a carico / Familiari fiscalmente non a carico

L'appendice per la seconda semestralità, così come quella per i dipendenti/ aderenti al Fondo di Solidarietà e i relativi familiari fiscalmente a carico, verrà emessa in data 01/07/2018 e dovrà essere saldata entro 40 giorni.

Fermo il resto.