

Fascicolo Informativo

Contratto di assicurazione sanitaria

Personale Dipendente Cariparma - Carispezia - Crédit Agricole Group Solutions - Calit

Redazione del 30/11/2015

Il presente Fascicolo Informativo contenente

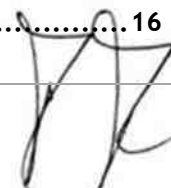
- a) Nota Informativa comprensiva del Glossario;
- b) Condizioni di assicurazione;
- c) Informativa privacy,

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.



INDICE

NOTA INFORMATIVA	1
A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	1
1. Informazioni generali	1
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa	1
B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO	2
3. Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni	2
3. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni della professione	4
4. Premi	4
5. Adeguamento del premio e delle somme assicurate	4
6. Diritto di recesso	4
7. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto	4
8. Legislazione applicabile	4
9. Regime fiscale	4
C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	4
10. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo	4
11. Assistenza diretta - Convenzioni.....	5
12. Reclami	5
13. Arbitrato irrituale	6
14. Commissione paritetica.....	7
GLOSSARIO	8
I PARTE: DIPENDENTI IN SERVIZIO	1
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	1
ART. 1. - ASSICURATI - VALIDITÀ DELL'ASSICURAZIONE	1
ART. 2. - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	1
A - RIMBORSO DELLE SPESE DI RICOVERO	2
B - DIARIA SOSTITUTIVA	3
C - RIMBORSO DELLE SPESE PER PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	3
D - RIMBORSO DELLE SPESE PER VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	3
E - INDENNITÀ RECUPERO TOSSICODIPENDENTI.....	3
F - INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	4
G - RIMBORSO DELLE SPESE PER CURE E PROTESI DENTARIE	5
I - ULTERIORI PRESTAZIONI.....	5
ART. 3 - ESCLUSIONI	6
ART. 4 - PERSONE NON ASSICURABILI	7
ART. 5 - ESTENSIONE TERRITORIALE	7
ART. 6 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO O DELLA MALATTIA - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	7
ART. 7 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE	7
ART. 8 - MODALITÀ DI PAGAMENTO E RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE IN REGIME DI CONVENZIONAMENTO.....	8
ART. 9 - PAGAMENTO DEL PREMIO	9
ART. 10 - CONTROVERSIE	9
ART. 11 - COMPETENZA TERRITORIALE	9
ART. 12 - DECORRENZA E DURATA DEL CONTRATTO	9
ART. 13 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI DELLA CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO ALL'IMPRESA	9
ART. 14 - IMPOSTE	9
ART. 15 - RIPARTO DI COASSICURAZIONE.....	9
CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE	9
ART. 1 - PREMIO E SUA REGOLAZIONE.....	9
ART. 2 - INCLUSIONI DI NEOASSUNTI NEL CORSO DELL'ANNO	10
ART. 3 - ESTENSIONE DELLA GARANZIA AI FAMILIARI FISCALMENTE NON A CARICO	10
ART. 4 - REINTEGRO DEI MASSIMALI	10
ART. 5 - PENSIONATI	10
ART. 6 - PENSIONATI (SENZA DIRITTO ALLA PROSECUZIONE VOLONTARIA DELLA COPERTURA)	10
ART. 7 - COMUNICAZIONE DEI DATI STATISTICI.....	11
ELENCO 1 - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	12
ELENCO 2 - GRAVI MALATTIE	14
ELENCO 3 - ULTERIORI PRESTAZIONI: LENTI/OCCHIALI LENTI E MATERIALI OTTICI	15
II PARTE: FAMILIARI NON FISCALMENTE A CARICO DEL PERSONALE DIPENDENTE	16



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	16
ART. 1 - ASSICURATI - VALIDITÀ DELL'ASSICURAZIONE.....	16
ART. 2 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	16
ART. 3 - ESCLUSIONI	20
ART. 4 - PERSONE NON ASSICURABILI.....	21
ART. 5 - ESTENSIONE TERRITORIALE.....	21
ART. 6 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO O DELLA MALATTIA - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO.....	21
ART. 7 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE	21
ART. 8 - MODALITÀ DI PAGAMENTO E RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE IN REGIME DI CONVENZIONAMENTO.....	22
ART. 9 - PAGAMENTO DEL PREMIO E SUA REGOLAZIONE.....	23
ART. 10 - CONTROVERSIE	23
ART. 11 - COMPETENZA TERRITORIALE	23
ART. 12 - DECORRENZA E DURATA DEL CONTRATTO.....	23
ART. 13 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI DELLA CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO ALL'LMPRESA	24
ART. 14 - LMPOSTE	24
ART. 15 - RIPARTO DI COASSICURAZIONE.....	24
ART. 16 - COMUNICAZIONE DEI DATI STATISTICI.....	24
ELENCO 1 - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	25
ELENCO 2 - GRAVI MALATTIE	27
ELENCO 3 - ULTERIORI PRESTAZIONI: LENTI/OCCHIALI LENTI E MATERIALI OTTICI	28
III PARTE: SEZIONE VALIDA SIA PER IL DIPENDENTE CHE PER I FAMILIARI NON FISCALMENTE A CARICO	29
APPENDICE N. 1.....	29
APPENDICE N. 2.....	29
APPENDICE N. 3.....	29
APPENDICE N. 4 - MODALITÀ DI ADESIONE E DI PAGAMENTO DEL PREMIO PER I FAMILIARI NON FISCALMENTE A CARICO	29



NOTA INFORMATIVA

Redazione del 30/11/2015

Nota Informativa relativa al contratto di assicurazione sanitaria "Personale Dipendente Cariparma - Carispezia - Crédit Agricole Group Solutions - Calit" (Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010).

Gentile Cliente,

siamo lieti di fornirLe alcune informazioni relative a UniSalute S.p.A. ed al contratto che Lei sta per concludere.

Per maggiore chiarezza, precisiamo che:

- la presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS;
- il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

Le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, riverse, nonché le informazioni che riguardano limitazioni ed esclusioni sono identificate nella presente Nota in questo modo **Avvertenze** e nelle Condizioni di assicurazione in **grassetto**, e sono da leggere con particolare attenzione.

Per consultare gli aggiornamenti delle informazioni contenute nella presente Nota Informativa e nel Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative si rinvia al sito internet: www.unisalute.it.

UniSalute S.p.A. comunicherà per iscritto al contraente le modifiche derivanti da future innovazioni normative.

INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL PROVVEDIMENTO IVASS 7/2013

Il 16 luglio 2013 l'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni ha pubblicato il Provvedimento n. 7 (di seguito, il "Provvedimento") in materia di home insurance.

In particolare, l'home insurance mira a semplificare e velocizzare il rapporto con l'impresa di assicurazione attraverso una più efficace gestione dei rapporti contrattuali assicurativi anche in via telematica.

La Compagnia, da sempre attenta alla tutela della propria clientela, condividendo le finalità del Provvedimento, ha attivato un' "Area provv. IVASS 7/2013" accessibile dal sito internet, alla quale ciascun Cliente potrà accedere. Si segnala che la predetta area sarà differente dall' "AREA SERVIZI CLIENTI" già presente e attiva da tempo sulla home page della Compagnia.

Al riguardo si precisa che, secondo quanto previsto dal Provvedimento, sarà possibile accedere all'area IVASS richiedendo le credenziali di accesso all'area riservata direttamente sul sito internet della Compagnia. Successivamente al primo accesso, la Compagnia fornirà le credenziali personali, che consentiranno di consultare le coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali, lo stato dei pagamenti e le relative scadenze.

La Nota Informativa si articola in tre sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO
- C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a. UniSalute S.p.A. ("la Società"), soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046.
- b. Sede legale e Direzione Generale Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia).
- c. Recapito telefonico +39 051 6386111 - fax +39 051 320961 - sito internet www.unisalute.it - indirizzo di posta elettronica unisalute@pec.unipol.it
- d. La Società è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 20-11-1989 n. 18340 (G.U. 4-12-1989 n. 283), D.M. 8-10-1993 n. 19653 (G.U. 25-10-1993 n.251), D.M. 9-12-1994 n.20016 (G.U. 20-12-1994 n. 296) e Prov. Isvap n.2187 dell' 8-05-2003 (G.U. 16-05-2003 n.112). Numero di iscrizione all'Albo delle Imprese Assicurative: 1.00084.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Le informazioni che seguono sono inerenti all'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2014.

Patrimonio netto: milioni di € 103,020

Capitale sociale: milioni di € 17,5

Totale delle riserve patrimoniali: milioni di € 85,520

Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: 1,34; tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Si precisa che il contratto è stipulato con clausola di tacito rinnovo.

Avvertenza: In mancanza di disdetta, l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno.

L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata all'altra Parte a mezzo raccomandata, almeno sessanta giorni prima della scadenza del contratto.

3. Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni

Le coperture offerte dal contratto, con le modalità ed esclusioni specificate nelle Condizioni di assicurazione sono le seguenti:

Avvertenza: le coperture assicurative sono soggette a limitazioni ed esclusioni della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Sono altresì previsti limiti di età oltre i quali l'assicurazione non può essere stipulata o rinnovata. Si rinvia alle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

a) RICOVERO

La Società indennizza le spese mediche per ricovero con o senza intervento chirurgico (compreso parto e aborto), day hospital e intervento chirurgico ambulatoriale. Sono inoltre comprese le spese sostenute nei giorni precedenti e successivi, attinenti all'evento stesso.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

b) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

La Società indennizza le spese mediche per prestazioni effettuate con macchinari altamente specializzati.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

c) VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società indennizza le spese per accertamenti diagnostici e per le visite effettuate da medico specialista.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

d) INDENNITA' RECUPERO TOSSICODIPENDENTI

La Società riconosce, a seguito di un ricovero continuativo presso una Comunità Terapeutica riconosciuta dalle Regioni o dai Comuni, un'indennità nel caso in cui un Assicurato (di età inferiore ai 14 anni al momento della stipulazione del contratto ed immuni da tossicodipendenza a tale data) sia colpito da intossicazione da stupefacenti

e) TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

La Società indennizza le spese per le terapie fisiche riabilitative a seguito di malattia o infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi.

E' prevista l'agopuntura effettuata anche a fini antalgici.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

f) CURE E PROTESI DENTARIE -

La Società indennizza le spese sostenute per cure e protesi dentarie (prestazioni odontoiatriche e ortodontiche).

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

g) EMERGENZA ODONTOIATRICA

La Società indennizza le spese sostenute per cure dentarie conseguenti ad infortunio, in presenza di certificato di pronto soccorso.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

h) MEDICINALI -

La Società indennizza le spese per medicinali.

Sono previsti anche i medicinali omeopatici e galenici.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

i) LENTI E OCCHIALI

La Società indennizza le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o lenti a contatto, inclusa la montatura, purché in presenza di prescrizione del medico oculista o certificazione dell'ottico optometrista, attestanti la modifica della capacità visiva.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.



pagina 2 di 9

j) FECONDAZIONE ETEROLOGA

La Società provvede al pagamento delle spese necessarie al trattamento di Fecondazione Eterologa, anche se effettuato all'Estero.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

k) PREVENZIONE PEDIATRICA -

La Società provvede al pagamento delle spese per una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

l) PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

La Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni sanitarie effettuate per monitorare e prevenire l'insorgenza di stati patologici.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

m) STATI DI INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA - garanzia valida per il solo dipendente attivo

La Società indennizza, nei limiti del capitale assicurato le conseguenze di malattie, purché manifestatesi dopo l'effetto del presente contratto e comunque non oltre un anno dalla cessazione della copertura assicurativa

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

n) PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE -

La Società consente all'Assicurato di ottenere tariffe agevolate nelle Strutture convenzionate, qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario, o per esaurimento massimale o importo inferiore ai limiti contrattuali.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

o) SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

La Società fornisce servizi di consulenza telefonica quali:

- Informazioni sanitarie
- Prenotazione di prestazioni sanitarie
- Pareri medici immediati

La Società si obbliga a mettere ad immediata disposizione dell'Assicurato, nei limiti e con le prestazioni previste nelle Condizioni di assicurazione, un aiuto nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi previsti nella sezione di Assistenza delle Condizioni di Assicurazione.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

Avvertenza: le suddette coperture sono prestate con specifiche franchigie, scoperti e massimali. Si rinvia agli articoli delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Per facilitarne la comprensione da parte del Contraente/Assicurato, di seguito s'illustra il meccanismo di funzionamento di franchigie, scoperti e massimali mediante esemplificazioni numeriche:

Meccanismo di funzionamento della franchigia:

1° esempio

Somma assicurata € 10.000,00

Richiesta di rimborso € 1.500,00

Franchigia € 250,00

Indennizzo € 1.500,00 - 250,00 = € 1.250,00

2° esempio

Somma assicurata € 10.000,00

Richiesta di rimborso € 200,00

Franchigia € 250,00

Nessun rimborso è dovuto, perché l'importo richiesto è inferiore alla franchigia.

Meccanismo di funzionamento dello scoperto:

1° esempio

Somma assicurata € 50.000,00

Richiesta di rimborso € 10.000,00

Scoperto 10% con il minimo di € 500,00

Indennizzo € 10.000,00 - 10% = € 9.000,00 (perché lo scoperto del 10% del danno è superiore al minimo non indennizzabile).



pagina 3 di 9

2° esempio

Somma assicurata € 50.000,00

Richiesta di rimborso € 3.000,00

Scoperto 10% con il minimo di € 500,00

Indennizzo € 3.000,00 - 500,00 = € 2.500,00 (perché lo scoperto del 10% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile).

Meccanismo di funzionamento del massimale:

Somma assicurata € 50.000,00

Richiesta di rimborso € 60.000,00

Indennizzo € 50.000,00.

3. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni della professione

Le circostanze legate al trasferimento della sede operativa o della sede legale dell'Azienda assicurata o le eventuali variazioni della professione degli assicurati possono influire sul rischio. Il Contraente, ai sensi dell'art. 1898 c.c., ha quindi l'obbligo di comunicare per iscritto alla Società dette circostanze.

4. Premi

Il premio deve essere pagato in via anticipata alla Direzione della Società oppure all'agenzia/intermediario assicurativo, qualora presente, al quale è stato assegnato il contratto della Società, tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente.

La Società può concedere il pagamento frazionato del premio annuale in rate (semestrali - quadrimestrali - trimestrali) anticipate senza oneri aggiuntivi:

- Semestrali

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo delle Condizioni di assicurazione.

Avvertenza: Qualora il Contraente non paghi i premi o le rate di premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

5. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Non è previsto alcun adeguamento del premio o delle somme assicurate.

6. Diritto di recesso

Non è previsto il diritto di recesso.

7. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (art. 2952, comma 2, del codice civile).

8. Legislazione applicabile

La legislazione applicata al contratto è quella italiana.

9. Regime fiscale

Gli oneri fiscali e parafiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

Il contratto prevede una pluralità di garanzie, per ciascuna delle quali il relativo premio è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore:

- a) rimborso spese sanitarie: 2,5%
- b) assistenza: 10%

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

10. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Sinistri in strutture non convenzionate con la Società o effettuati da medici non convenzionati

Le prestazioni previste dal Piano sanitario eseguite in strutture non convenzionate, sono rimborsate secondo i limiti contrattuali indicati nelle Condizioni di assicurazione.

Per richiedere il rimborso di quanto speso, l'Assicurato può seguire quanto indicato all'interno dell'Area Clienti del sito www.unisalute.it.



Pagina 4 di 9

In alternativa, l'Assicurato può utilizzare il modulo cartaceo che trova nella documentazione in suo possesso. Il modulo di rimborso, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato via posta alla Società, unitamente a copia della documentazione sanitaria e di spesa indicata nelle Condizioni di assicurazione, all'indirizzo: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO.

Avvertenza: Per l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro, delle modalità e termini per la denuncia del sinistro si rimanda alle Condizioni di assicurazione.

Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Le prestazioni previste dal Piano sanitario eseguite nel Servizio Sanitario Nazionale, sono rimborsate secondo i limiti contrattuali indicati nelle Condizioni di assicurazione.

Per richiedere il rimborso di quanto speso, l'Assicurato può utilizzare la funzione di richiesta di rimborso disponibile all'interno dell'Area Clienti del sito www.unisalute.it e caricare sul sito i documenti in formato elettronico.

Se non può accedere a internet, l'Assicurato può utilizzare il modulo cartaceo che trova nella documentazione in suo possesso. Il modulo di rimborso, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato via posta alla Società, unitamente a copia della documentazione sanitaria e di spesa indicata nelle Condizioni di assicurazione, all'indirizzo: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO.

In caso di ricovero a completo carico del SSN, l'Assicurato potrà richiedere, in alternativa al rimborso, l'erogazione dell'indennità sostitutiva.

Avvertenza: Per l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro, delle modalità e termini per la denuncia del sinistro si rimanda alle Condizioni di assicurazione.

11. Assistenza diretta - Convenzioni

Sinistri in strutture convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati

In caso di sinistro, l'Assicurato deve preventivamente contattare la Centrale Operativa UniSalute per prenotare la prestazione o il ricovero presso una struttura sanitaria convenzionata con la Società.

Per prestazioni non riguardanti un ricovero, l'Assicurato può effettuare la prenotazione attraverso la funzione on-line disponibile all'interno dell'Area Clienti del sito www.unisalute.it, o, in alternativa, contattare la Centrale Operativa UniSalute al numero verde indicato nelle Condizioni di assicurazione.

In caso di ricovero è necessario contattare la Centrale Operativa di UniSalute, per prenotare direttamente il ricovero nella struttura sanitaria convenzionata più indicata per la specifica necessità.

All'atto della prestazione l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata i documenti attestanti la propria identità, oltre alla prescrizione medica, qualora richiesta.

Le prestazioni autorizzate da UniSalute, saranno liquidate dalla Società direttamente alla struttura convenzionata, salvo eventuali scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

Avvertenza: All'interno dell'Area riservata accessibile dal sito www.unisalute.it, l'Assicurato potrà consultare e conoscere con precisione le strutture ed i medici convenzionati dedicati al suo specifico Piano sanitario.

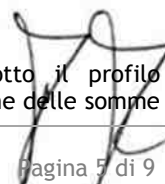
Avvertenza: Per l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro, delle modalità e termini per la denuncia del sinistro si rimanda alle Condizioni di assicurazione.

Qualora siano erogati servizi non previsti dal Piano sanitario e/o non autorizzati da UniSalute, l'Assicurato provvederà al pagamento degli stessi direttamente al centro sanitario convenzionato.

Avvertenza: Per l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro, delle modalità e termini per la denuncia del sinistro si rimanda alle Condizioni di assicurazione.

12. Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme



pagina 5 di 9

dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, devono essere inoltrati per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892 - e-mail reclami@unisalute.it.**

Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it.
Per poter dare seguito alla richiesta nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) dell'assicurato.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e della Società, contengono:

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

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Società: www.unisalute.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

- procedimento di mediazione innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti le controversie insorte in materia di contratti assicurativi o di risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di Commissione Paritetica ove prevista dalle Condizioni di Assicurazione

Avvertenza: in relazione alle controversie inerenti l'attivazione delle garanzie o la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

13. Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo tra i primi due, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio Arbitrale risiede e si riunirà nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicili elettivo dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico ed è esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio Arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Avvertenza: resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria. Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.



pagina 6 di 9

14. Commissione paritetica

La risoluzione delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione delle clausole contrattuali è demandata altresì alla apposita Commissione paritetica di cui alle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza: Per il significato dei termini utilizzati nella presente nota informativa e nelle Condizioni di assicurazione si rimanda alle definizioni di cui alla sezione "GLOSSARIO".



pagina 7 di 9

GLOSSARIO

Assicurato

Il personale dipendente di Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution (escluso il personale già beneficiario delle prestazioni erogate dal F.I.M. FriulAdria) e quello aderente al Fondo di Solidarietà delle predette Società del Gruppo Cariparma Crédit Agricole

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

C.A.S.D.I.C. - Cassa Nazionale di Assistenza Sanitaria per il Personale Dipendente del Settore del Credito

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;



pagina 8 di 9

UniSalute S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

UniSalute S.p.A.
Il Direttore Generale

Fiammetta Fabris





I PARTE: DIPENDENTI IN SERVIZIO

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Edizione del 01/01/2016

Redazione del 30/11/2015

Premessa Le garanzie della presente polizza e quelle della polizza destinata ai famigliari 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 famigliare.

Art. 1. - ASSICURATI - VALIDITÀ DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è prestata a favore:

- a) di tutti i dipendenti di Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution (escluso il personale già beneficiario delle prestazioni erogate dal F.I.M. FriulAdria) e degli aderenti al Fondo di Solidarietà delle predette Società del Gruppo Cariparma Crédit Agricole segnalati all'Impresa;
- b) dei relativi familiari fiscalmente a carico, limitatamente al coniuge 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 fiscalmente a carico, ma con diversa residenza, purché non legalmente separato.

Con polizza a parte, 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 o al convivente "more uxorio" e ai figli purché conviventi e risultanti dal certificato di "Stato di Famiglia";
2. il coniuge non fiscalmente a carico, ma con diversa residenza, purché non legalmente separato.

L'Assicurazione si intende valida:

- durante il permanere del rapporto di lavoro dipendente di Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution e di adesione al Fondo di Solidarietà delle predette Società del Gruppo Cariparma Crédit Agricole 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 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'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.

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 di Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution, 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 familiari fiscalmente a carico risultanti dallo Stato di Famiglia, i familiari di cui ai punti c), d) e) dell'art.1 delle C.G.A.;
- i familiari non fiscalmente a carico di cui ai punti 1) e 2) dell'art.1 delle C.G.A. per i quali sia stata emessa assicurazione a parte con premio a carico del dipendente.

F - INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Limitatamente ai soli dipendenti di Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution 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 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 Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution, 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 alla 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 delle Condizioni Generali di Assicurazione;
- preesistenti alla data di assunzione a Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution.

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 400.000,000 Euro ed il rimborso avverrà con le seguenti modalità:

- Ogni nucleo familiare dovrà presentare un'unica richiesta di risarcimento (sinistro) entro il 31/12 dell'anno assicurativo in corso.
- 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.

2. MEDICINALI

La garanzia prevede il rimborso del 50% della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) sostenuta dall'assistito per l'acquisto di medicinali, compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie (intendendosi pertanto esclusi i parafarmaci) nonché i medicinali omeopatici e galenici, prescritti dal medico curante o dallo specialista. L'Assistito dovrà presentare la ricetta medica in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo parlante con allegate le fustelle dei medicinali) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati; sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

Il massimale annuo per persona per il rimborso delle spese della presente garanzia è di € 250,00.
Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al 100%.

3. EMERGENZA ODONTOIATRICA

La garanzia prevede in caso di infortunio la copertura, una volta l'anno e presso il network convenzionato, di una serie di prestazioni necessarie in caso di emergenza odontoiatrica.

L'Assistito, previo invio del certificato di pronto soccorso, potrà avvalersi di strutture sanitarie e personale convenzionato per:

- Sigillatura (per ogni dente)
- Otturazione (qualsiasi tipo)
- Incappucciamento della polpa
- Ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a perno ad elemento
- Endodonzia (comprese RX e qualunque tipo di otturazione).

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle strutture stesse.

4. LENTI/OCCHIALI

Sono riconosciute le spese sostenute per l'acquisto di montature, lenti anche a contatto (comprese le lenti usa e getta e in alternativa alle lenti per occhiali) a seguito di modifica del visus certificato da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato, per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle strutture medesime in regime di assistenza diretta. Per ciascuna prestazione è prevista una franchigia a carico dell'Assistito di importo proporzionale all'entità della prestazione effettuata, come indicato nell'Elenco 3 "Ulteriori Prestazioni: Lenti/Occhiali".

5. FECONDAZIONE ETEROLOGA

La presente garanzia prevede la copertura assicurativa sia in regime di assistenza diretta che rimborsuale, presso Strutture Sanitarie presenti in qualsiasi Paese dell'UE (27), delle spese necessarie al trattamento di Fecondazione Eterologa entro il massimale annuo/nucleo dedicato di € 700,00. Tuttavia, qualora il trattamento sia effettuato all'Estero, sono escluse dalla presente garanzia tutte le spese di trasferta/trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore.

6. PREVENZIONE PEDIATRICA

La presente garanzia provvede, su tutto il territorio nazionale, al pagamento per ciascun nucleo di una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni, alle seguenti condizioni:

- 1 visita tra i 6 mesi ed i 12 mesi
- 1 visita ai 4 anni
- 1 visita ai 6 anni

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla prestazioni effettuata.

Per ciascuna prestazione è prevista una franchigia a carico dell'assistito di importo pari ad € 36,00.

7. PROTOCOLLO ASSISTENZA

La presente garanzia prevede:

1. Consulenza medica comprendente sia informazione ed orientamento medico telefonico sia consulenza telefonica medico specialistica
2. Consulenza medica di alta specializzazione
3. Guardia Medica Permanente ed Assistenza Domiciliare di Urgenza
4. Assistenza Domiciliare Integrata
5. Secondo Parere Medico
6. Tutoring
7. Supporto psicologico telefonico
8. Doctor on line

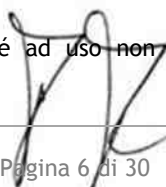
8. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

L'assistito può fruire, per qualsiasi prestazione sanitaria erogata all'interno del network, di tariffe agevolate.

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 Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution e di adesione 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.

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

• 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.

• 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 e senza applicazione di scoperti e franchigie.

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 e senza applicazione di scoperti e/o franchigie.

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 concordamente tra le parti, con riferimento al luogo di svolgimento della prestazione lavorativa del dipendente assicurato.

Art. 12 - DECORRENZA E DURATA DEL CONTRATTO

Il presente contratto ha effetto dalle ore 00:00 del 01/01/2016 e scadrà alle ore 00:00 del 01.01.2018.

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

Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution 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 Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution 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.

Il premio annuale verrà suddiviso in 2 rate semestrali anticipate. Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution 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 Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution 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 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.

Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution 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, mediante stipulazione di un'apposita polizza a rischio comune, i familiari fiscalmente non a carico di cui ai punti 1 e 2 dell'art. 1 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Il premio annuo, comprensivo d'imposta, per ogni familiare di cui sopra si intende stabilito in 430,00 Euro.

Solo i neoassunti oppure il personale assicurato che nel corso dell'anno si sposerà ed il coniuge non sarà fiscalmente a carico, potranno chiedere l'inserimento dei familiari fiscalmente non a carico nella apposita 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.

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, ad analoghe condizioni, con l'unica esclusione delle spese per cure e protesi dentarie, così come definito dall'art.4 delle C.G.A., 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, se non dipendente dall'Istituto, di 800,00 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 di un dipendente.

Quando l'Impresa avrà comunicato l'inserimento dei figli nelle garanzie di polizza dovrà essere versato dal pensionato un premio, per figlio, di 475,00 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 delle C.G.A. 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 ad un premio, pro capite, di 896,00 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 Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution entro i 15 gg successivi alla scadenza del semestre di riferimento, i seguenti dati relativi ad ogni singola richiesta di rimborso ricevuta:

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



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 sopravvalvolari
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 saccolari, 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 modulari "custom-made"
Empelvectomia
Empelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
Vertebrotomia
Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
Uncoforaminotomia
Corporectomia 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.



ELENCO 3 - ULTERIORI PRESTAZIONI: LENTI/OCCHIALI LENTI E MATERIALI OTTICI

Descrizione prestazione	Franchigia
Giornaliere 30 lenti	€ 17,34
Giornaliere 90 lenti	€ 45,90
Giornaliere toriche 30 lenti	€ 23,46
Giornaliere toriche 90 lenti	€ 61,20
Settimanali 6 lenti	€ 19,38
Mensili 1 lente	€ 6,12
Mensili 3 lenti	€ 15,30
Mensili 6 lenti	€ 27,54
Mensili toriche 3 lenti	€ 35,70
Mensili toriche 6 lenti	€ 71,40
Morbide annuali (alla coppia)	€ 76,50
Morbide annuali toriche (alla coppia)	€ 183,60
Rigide (alla coppia)	€ 204,00
L.a.c. gas-permeabili	€ 128,52
Cosmetiche mensili (alla coppia)	€ 22,44
Soluzione salina	€ 2,04
Perossido	€ 0,42
Soluzione unica	€ 5,10
Detergente	€ 7,14
Collirio	€ 7,14
Enzimi	€ 10,20
Lenti organiche bianche	€ 21,42
Lenti organiche antiriflesso	€ 54,06
Lenti organiche 1,67 ar	€ 82,62
Lenti organiche 1,74 ar	€ 159,12
Lenti lantanio ar	€ 117,30
Lenti progressive	€ 153,00
Lente oftalmica materiale infrangibile	€ 20,40
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antigraffio	€ 25,50
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antiriflesso	€ 42,84
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antigraffio	€ 71,40
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso	€ 102,00
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso ultima generazione	€ 107,10
Transitions VI 1,5 antigraffio	€ 71,40
Transitions VI 1,5 antiriflesso	€ 96,90
Transitions VI 1,6 antigraffio	€ 96,90
Transitions VI 1,6 antiriflesso	€ 127,50
Transitions VI 1,6 asf. Antigraffio	€ 112,20
Transitions VI 1,6 asf. Antiriflesso	€ 147,90
Monofocale in vetro non trattata	€ 20,40
Monofocale in vetro trattata con antiriflesso	€ 40,80
Monofocale in vetro fotocromatico non trattata	€ 35,70
Monofocale in vetro fotocromatico trattata con antiriflesso	€ 51,00
Monofocale in vetro 1,6 non trattata	€ 30,60
Monofocale in vetro 1,6 trattata con antiriflesso	€ 51,00
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 non trattata	€ 51,00
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 trattata con antiriflesso	€ 71,40
Monofocale in vetro titanio 1,7 non trattata	€ 45,90
Monofocale in vetro titanio 1,7 trattata con antiriflesso	€ 66,30
Monofocale in vetro lantanio 1,8 trattata con antiriflesso	€ 153,00
Monofocale in vetro lantanio 1,9 trattata con antiriflesso	€ 204,00
Montatura celluloide e/o metallo	€ 91,80
Montatura glosant (a giorno)	€ 132,60



II PARTE: FAMILIARI NON FISCALMENTE A CARICO DEL PERSONALE DIPENDENTE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Edizione del 01/01/2015

Redazione del 30/11/2015

Premessa

Le garanzie della presenza polizza e quelle della polizza destinata al personale dipendente, 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 familiare.

Art. 1 - ASSICURATI - VALIDITÀ DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è prestata a favore dei familiari fiscalmente non a carico di tutti i dipendenti di Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution 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, per tali intendendosi:

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

L'Assicurazione si intende valida:

- durante il permanere del rapporto di lavoro dipendente di Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution 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..

Art. 2 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

- gli infortuni conseguenti a stato di maleore, 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 di Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution, 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 compri 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 familiari fiscalmente a carico risultanti dallo Stato di Famiglia, i familiari di cui ai punti c), d) e) dell'art.1 delle C.G.A., assicurati con la polizza rischio comune relativa al personale dipendente
- I familiari non fiscalmente a carico di cui ai punti 1) e 2) dell'art.1 delle C.G.A. assicurati con la presente polizza con premio a carico del dipendente.

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 valida per i dipendenti 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:

1. Ogni nucleo familiare dovrà presentare un'unica richiesta di risarcimento (sinistro) entro il 31/12 dell'anno assicurativo in corso.
2. 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.
3. Ogni nucleo familiare potrà usufruire di un'unica prestazione nel corso dell'anno assicurativo.
4. 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.
5. 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.
6. 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 purchè 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 (purchè 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.

2. MEDICINALI

La garanzia prevede il rimborso del 50% della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) sostenuta dall'assistito per l'acquisto di medicinali, compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie (intendendosi pertanto esclusi i parafarmaci) nonché i medicinali omeopatici e galenici, prescritti dal medico curante o dallo specialista. L'Assistito dovrà presentare la ricetta medica in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo parlante con allegate le fustelle dei medicinali) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati; sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale. Il massimale annuo per persona per il rimborso delle spese della presente garanzia è di € 250,00.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al 100%.

3. EMERGENZA ODONTOIATRICA

La garanzia prevede in caso di infortunio la copertura, una volta l'anno e presso il network convenzionato, di una serie di prestazioni necessarie in caso di emergenza odontoiatrica.

L'Assistito, previo invio del certificato di pronto soccorso, potrà avvalersi di strutture sanitarie e personale convenzionato per:

- Sigillatura (per ogni dente)
- Otturazione (qualsiasi tipo)
- Incappucciamento della polpa
- Ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a perno ad elemento
- Endodonzia (comprese RX e qualunque tipo di otturazione).

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle strutture stesse.

4. LENTI/OCCHIALI

Sono riconosciute le spese sostenute per l'acquisto di montature, lenti anche a contatto (comprese le lenti usa e getta in alternativa alle lenti per occhiali) a seguito di modifica del visus certificato da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato, per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle strutture medesime in regime di assistenza diretta. Per ciascuna prestazione è prevista una franchigia a carico dell'Assistito di importo proporzionale all'entità della prestazione effettuata, come indicato nell'Elenco 3 "Ulteriori Prestazioni: Lenti/Occhiali".

5. FECONDAZIONE ETEROLOGA

La presente garanzia prevede la copertura assicurativa sia in regime di assistenza diretta che rimborsuale, presso Strutture Sanitarie presenti in qualsiasi Paese dell'UE (27), delle spese necessarie al trattamento di Fecondazione Eterologa entro il massimale annuo/nucleo dedicato di € 700,00. Tuttavia, qualora il trattamento sia effettuato all'Estero, sono escluse dalla presente garanzia tutte le spese di trasferta/trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore.

6. PREVENZIONE PEDIATRICA

La presente garanzia provvede, su tutto il territorio nazionale, al pagamento per ciascun nucleo di una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni, alle seguenti condizioni:

- 1 visita tra i 6 mesi ed i 12 mesi
- 1 visita ai 4 anni
- 1 visita ai 6 anni

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla prestazioni effettuata.

Per ciascuna prestazione è prevista una franchigia a carico dell'assistito di importo pari ad € 36,00.

7. PROTOCOLLO ASSISTENZA

La presente garanzia prevede:

1. Consulenza medica comprendente sia informazione ed orientamento medico telefonico sia consulenza telefonica medico specialistica
2. Consulenza medica di alta specializzazione
3. Guardia Medica Permanente ed Assistenza Domiciliare di Urgenza
4. Assistenza Domiciliare Integrata
5. Secondo Parere Medico
6. Tutoring
7. Supporto psicologico telefonico
8. Doctor on line

8. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

L'assistito può fruire, per qualsiasi prestazione sanitaria erogata all'interno del network, di tariffe agevolate.

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 Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution e di adesione al Fondo di Solidarietà delle predette Società, 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.

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 e senza applicazione di scoperti e/o franchigie.

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 e senza applicazione di scoperti e/o franchigie.

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 430,00 Euro.

Il premio annuale, calcolato sulla base delle adesioni pervenute, verrà suddiviso in 2 rate semestrali anticipate.

Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution 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 Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution 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 ed il coniuge 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 concordamente tra le parti, con riferimento al luogo di svolgimento della prestazione lavorativa del dipendente assicurato.

Art. 12 - Decorrenza e durata del contratto

Il presente contratto ha effetto dalle ore 00:00 del 01/01/2016 e scadrà alle ore 00:00 del 01.01.2018.

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

Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution 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 Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution entro i 15 gg successivi alla scadenza del semestre di riferimento, i seguenti dati relativi ad ogni singola richiesta di rimborso ricevuta:

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



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 sopravvalvolari
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 saccolari, 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 artrodiarisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom-made"
Empelvectomia
Empelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
Vertebrotomia
Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
Uncoforaminotomia
Corporectomia 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
Cistoprostatovesicolectomia con neovescica rettale
Cistoprastatovesicolectomia con ileo bladder
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
Cistoprostatovesicolectomia 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.



ELENCO 3 - ULTERIORI PRESTAZIONI: LENTI/OCCHIALI LENTI E MATERIALI OTTICI

Descrizione prestazione	Franchigia
Giornaliere 30 lenti	€ 17,34
Giornaliere 90 lenti	€ 45,90
Giornaliere toriche 30 lenti	€ 23,46
Giornaliere toriche 90 lenti	€ 61,20
Settimanali 6 lenti	€ 19,38
Mensili 1 lente	€ 6,12
Mensili 3 lenti	€ 15,30
Mensili 6 lenti	€ 27,54
Mensili toriche 3 lenti	€ 35,70
Mensili toriche 6 lenti	€ 71,40
Morbide annuali (alla coppia)	€ 76,50
Morbide annuali toriche (alla coppia)	€ 183,60
Rigide (alla coppia)	€ 204,00
L.a.c. gas-permeabili	€ 128,52
Cosmetiche mensili (alla coppia)	€ 22,44
Soluzione salina	€ 2,04
Perossido	€ 0,42
Soluzione unica	€ 5,10
Detergente	€ 7,14
Collirio	€ 7,14
Enzimi	€ 10,20
Lenti organiche bianche	€ 21,42
Lenti organiche antiriflesso	€ 54,06
Lenti organiche 1,67 ar	€ 82,62
Lenti organiche 1,74 ar	€ 159,12
Lenti lantanio ar	€ 117,30
Lenti progressive	€ 153,00
Lente oftalmica materiale infrangibile	€ 20,40
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antigraffio	€ 25,50
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antiriflesso	€ 42,84
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antigraffio	€ 71,40
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso	€ 102,00
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso ultima generazione	€ 107,10
Transitions VI 1,5 antigraffio	€ 71,40
Transitions VI 1,5 antiriflesso	€ 96,90
Transitions VI 1,6 antigraffio	€ 96,90
Transitions VI 1,6 antiriflesso	€ 127,50
Transitions VI 1,6 asf. Antigraffio	€ 112,20
Transitions VI 1,6 asf. Antiriflesso	€ 147,90
Monofocale in vetro non trattata	€ 20,40
Monofocale in vetro trattata con antiriflesso	€ 40,80
Monofocale in vetro fotocromatico non trattata	€ 35,70
Monofocale in vetro fotocromatico trattata con antiriflesso	€ 51,00
Monofocale in vetro 1,6 non trattata	€ 30,60
Monofocale in vetro 1,6 trattata con antiriflesso	€ 51,00
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 non trattata	€ 51,00
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 trattata con antiriflesso	€ 71,40
Monofocale in vetro titanio 1,7 non trattata	€ 45,90
Monofocale in vetro titanio 1,7 trattata con antiriflesso	€ 66,30
Monofocale in vetro lantanio 1,8 trattata con antiriflesso	€ 153,00
Monofocale in vetro lantanio 1,9 trattata con antiriflesso	€ 204,00
Montatura celluloide e/o metallo	€ 91,80
Montatura glosant (a giorno)	€ 132,60



III PARTE: SEZIONE VALIDA SIA PER IL DIPENDENTE CHE PER I FAMILIARI NON FISCALMENTE A CARICO

APPENDICE N. 1

INTEGRAZIONE POLIZZA SANITARIA PER IL PERSONALE APPARTENENTE ALLA CATEGORIA DIRIGENTI

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 N. 2

L'art. 2 delle CGA "Oggetto dell'Assicurazione", il punto 4. "Lenti/occhiali" della lettera I "Ulteriori prestazioni" viene integrato quanto segue:

Sono riconosciute le spese sostenute per l'acquisto di montature, lenti anche a contatto (comprese le lenti usa e getta e in alternativa alle lenti per occhiali) a seguito di modifica del visus certificato da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato, per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle strutture medesime in regime di assistenza diretta. Per ciascuna prestazione è prevista una franchigia a carico dell'Assistito di importo proporzionale all'entità della prestazione effettuata, come indicato nell'Elenco 3 "Ulteriori Prestazioni Lenti/Occhiali".

L'operatività della garanzia è estesa inoltre al di fuori del network di strutture convenzionate. In tal caso le spese sostenute dagli Assistiti saranno rimborsate nella misura massima dell'ammontare delle franchigie previste in regime di assistenza diretta come indicato nell'Elenco 3 "Ulteriori Prestazioni: Lenti/Occhiali".

APPENDICE N. 3

La Compagnia Assicurativa Unisalute - oltre a garantire le garanzie previste nel testo di polizza presentato nel bando di gara- renderà disponibili agli Assistiti, a decorrere dal 1° gennaio 2016, le seguenti garanzie aggiuntive:

- La prestazione di ablazione del tartaro con cadenza annuale nei centri convenzionati, per il solo personale dipendente;
- Nel caso più prestazioni siano elencate su un'unica fattura le stesse verranno liquidate come se fossero un'unica prestazione nel caso in cui le stesse 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 ecografia.
- 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 N. 4 - Modalità di adesione e di pagamento del premio per i familiari non fiscalmente a carico

Alla chiusura del portale delle adesioni online, prevista per il giorno 05/02/2016, la Società emetterà un'appendice contabile sulla base alle adesioni ricevute per familiari fiscalmente non a carico del dipendente. La Contraente si impegna a versare alla Società l'importo indicato in tale appendice, corrispondente alla prima semestralità di polizza, entro e non oltre il giorno 10/03/2016. L'appendice per la seconda semestralità, così come quella per i dipendenti e relativi familiari fiscalmente a carico, verrà emessa in data 01/07/2016 e dovrà essere saldata entro 40 giorni.

Fermo il resto.



