

# Fascicolo Informativo

Contratto di assicurazione sanitaria

## Personale in quiescenza 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

<b>NOTA INFORMATIVA</b> .....	<b>1</b>
<b>A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE</b> .....	<b>1</b>
1. Informazioni generali .....	1
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa .....	1
<b>B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO</b> .....	<b>2</b>
3. Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni .....	2
4. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni della professione .....	3
5. Premi .....	3
6. Adeguamento del premio e delle somme assicurate .....	3
7. Diritto di recesso .....	3
8. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto .....	3
9. Legislazione applicabile .....	3
10. Regime fiscale .....	3
<b>C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI</b> .....	<b>4</b>
11. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo .....	4
12. Assistenza diretta - Convenzioni.....	4
13. Reclami .....	5
14. Arbitrato irrituale .....	5
15. Commissione paritetica.....	6
<b>GLOSSARIO</b> .....	<b>7</b>
<b>CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE</b> .....	<b>1</b>
ART. 1. - ASSICURATI - VALIDITÀ DELL'ASSICURAZIONE .....	1
ART. 2. - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE .....	1
A - RIMBORSO DELLE SPESE DI RICOVERO .....	1
B - DIARIA SOSTITUTIVA .....	2
C - RIMBORSO DELLE SPESE PER PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE .....	2
D - RIMBORSO DELLE SPESE PER VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI .....	3
E - INDENNITÀ RECUPERO TOSSICODIPENDENTI.....	3
F - ULTERIORI PRESTAZIONI .....	3
ART. 3 - ESCLUSIONI .....	3
ART. 4 - PERSONE NON ASSICURABILI .....	4
ART. 5 - ESTENSIONE TERRITORIALE .....	4
ART. 6 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO O DELLA MALATTIA - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO .....	4
ART. 7 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE .....	4
ART. 8 - MODALITÀ DI PAGAMENTO E RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE IN REGIME DI CONVENZIONAMENTO.....	4
ART. 9 - PAGAMENTO DEL PREMIO .....	5
ART. 10 - CONTROVERSIE .....	6
ART. 11 - COMPETENZA TERRITORIALE .....	6
ART. 12 - DECORRENZA E DURATA DEL CONTRATTO .....	6
ART. 13 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI DELLA CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO ALL'IMPRESA .....	6
ART. 14 - IMPOSTE .....	6
ART. 15 - RIPARTO DI COASSICURAZIONE.....	6
ART. 16 - COMUNICAZIONE DEI DATI STATISTICI .....	6
<b>ELENCO 1 - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI</b> .....	<b>7</b>
<b>ELENCO 2 - GRAVI MALATTIE</b> .....	<b>9</b>

## NOTA INFORMATIVA

Redazione del 30/11/2015

Nota Informativa relativa al contratto di assicurazione sanitaria "Personale in quiescenza 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](http://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](http://www.unisalute.it) - indirizzo di posta elettronica [unisalute@pec.unipol.it](mailto: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) 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.

#### **f) SERVIZI DI CONSULENZA**

La Società fornisce servizi di consulenza telefonica quali:

- Informazioni sanitarie
- Prenotazione di prestazioni sanitarie
- Pareri medici

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



pagina 2 di 8

**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).

**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.

**4. 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.

**5. 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 - trimestrali - trimestrali) anticipate senza oneri aggiuntivi:

- Mensile

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..

**6. Adeguamento del premio e delle somme assicurate**

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

**7. Diritto di recesso**

Non è previsto il diritto di recesso.

**8. 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).

**9. Legislazione applicabile**

La legislazione applicata al contratto è quella italiana.

**10. 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 è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo l'aliquota attualmente in vigore pari al 2,5%



pagina 3 di 8

## C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

### 11. 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](http://www.unisalute.it).

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](http://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.

### 12. 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](http://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](http://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.

### 13. 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 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](mailto:reclami@unisalute.it)**.

Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito [www.unisalute.it](http://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](http://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](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.

### 14. 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.

#### 15. 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 6 di 8



## 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**

FareMutua - Società di Mutuo Soccorso

### **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 7 di 8

*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  


---

  
Pagina 8 di 8

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Edizione del 01/01/2016

Redazione del 30/11/2015

### Art. 1. - ASSICURATI - VALIDITÀ DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è prestata a favore:

1. Del personale in quiescenza previsto dall'art. 5 delle Condizioni Particolari della polizza in favore del personale dipendente di Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution e quello aderente al Fondo di Solidarietà delle predette Società limitatamente alle garanzie previste dall'art.2 commi A,B,C,D,E
2. Del personale in quiescenza previsto dall'art.6 delle Condizioni Particolari della polizza contratta in favore del personale dipendente di Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution e quello aderente al Fondo di Solidarietà delle predette Società limitatamente alle garanzie previste dall'art.2 commi A,B,C, E

L'Assicurazione si intende valida:

- durante il permanere della polizza che assicura i dipendenti in servizio di Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution e gli aderenti al Fondo di Solidarietà delle predette Società;

inoltre:

- per il personale in quiescenza di cui al punto 1) e il relativo coniuge o il convivente more uxorio - 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.
- per i figli fiscalmente a carico conviventi del personale in quiescenza di cui al punto 1) e per il personale in quiescenza e relativo coniuge di cui al punto 2), subordinatamente alla compilazione di un questionario anamnestico e successiva accettazione da parte dell'Impresa.

### 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 le modalità di pagamento previste dall'articolo 8 "Modalità di pagamento e rimborso delle spese ospedaliere".
- Gli indennizzi di cui ai punti 2 - 6 e 7 saranno liquidati con lo scoperto del 10% anche nel caso in cui le prestazioni siano eseguite dal SSN.

**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.

## **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 3 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 3 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



pagina 2 di 9

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 con uno scoperto e/o franchigia di 20,00 Euro per ciascun ticket

#### 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 100,00 Euro per ogni prestazione presso Istituto Privato, mentre per le prestazioni eseguite dal S.S.N. si avrà diritto al rimborso totale dei ticket con uno scoperto e/o franchigia di 20,00 Euro per ciascun ticket.

Per le prestazioni specialistiche di cui al precedente punto 2, lo scoperto del 20% con franchigia minima di 100,00 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 il dipendente in quiescenza, l'eventuale coniuge e, per gli assicurati di cui all'art.1 punto 1) i figli fiscalmente a carico.

#### F - ULTERIORI PRESTAZIONI

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

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

#### Art. 3 - ESCLUSIONI

La copertura assicurativa non comprende le spese per:

1. la cura delle intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti, salvo quanto previsto dal precedente art. 2 punto E;
2. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da intervento demolitivo e quelli relativi ai bambini di età inferiore ai 3 anni;
3. l'agopuntura non effettuata da medico;

4. la cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico), di proprie azioni delittuose e della pratica di sport aerei o motoristici in genere;
5. le cure delle malattie mentali nei casi in cui diano luogo a trattamento sanitario obbligatorio ai sensi degli artt. 34 e 35 della Legge 23 Dicembre 1978, n. 833; la psicoterapia e la psicoanalisi;
6. le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
7. l'acquisto, la riparazione e la manutenzione di apparecchi protesici o sanitari ausiliari;
8. le cure e le protesi dentarie non rese necessarie da infortunio;
9. le visite di controllo non conseguenti a malattia od infortunio;
10. gli interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare.

#### **Art. 4 - PERSONE NON ASSICURABILI**

L'assicurazione si intende operante fino al permanere della polizza che assicura il personale in servizio di Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution, e quello aderente al Fondo di Solidarietà delle predette Società. L'assicurazione si intende valida sino alla cessazione della appartenenza degli Assicurati allo stesso nucleo familiare del dipendente in quiescenza 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 - per il tramite della Contraente - 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 al dipendente in quiescenza od al familiare assicurato.

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

Il rimborso viene corrisposto al dipendente 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**

###### **• Ricoveri in Istituti di Cura convenzionati con équipe medica e/o chirurgica convenzionata**

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico 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 previa applicazione di una franchigia di 1.000,00 Euro.

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

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

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico 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 previa applicazione di una franchigia di 1.000,00 Euro e rimborserà, all'Assicurato, successivamente alla regolare denuncia di sinistro, le spese effettivamente sostenute e documentate per le prestazioni dell'équipe operatoria non convenzionata previa deduzione di uno scoperto del 10% con il minimo di 2.000,00 Euro.

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

#### **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 previo deduzione di uno scoperto del 10% con il minimo di 2.000,00 Euro.

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, previa detrazione degli scoperti contrattualmente previsti che rimarranno a carico dell'Assicurato.

#### **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**

Previo 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

### **Art. 9 - PAGAMENTO DEL PREMIO**

Il premio annuo, comprensivo di imposta, si intende stabilito:

Per gli assicurati di cui al punto 1) del primo comma dell'articolo 1, in 800,00 Euro pro capite sia per il pensionato che obbligatoriamente per il relativo coniuge e in 475,00 Euro pro capite per ogni figlio fiscalmente a carico.

Per gli assicurati di cui al punto 2) del primo comma dell'articolo 1, in 896,00 Euro pro capite per il pensionato e il relativo coniuge.

Entro il 10 di gennaio di ogni anno, gli aderenti, procederanno al versamento della prima rata.

Le restanti rate dovranno essere versate entro 10 giorni dalla scadenza mensile. I premi degli aderenti verranno contabilizzati singolarmente con emissione di apposita quietanza.

Resta nella facoltà degli aderenti la possibilità di regolarizzare il pagamento del premio in una unica rata.



Il premio annuale, calcolato sulla base del numero di adesioni pervenute, verrà suddiviso in 12 rate mensili. Il Contraente si impegna, entro i 10 giorni successivi al ricevimento del pagamento da parte degli aderenti a provvedere al versamento pro quota dei premi dovuti in dipendenza del contratto alla Società. L'assicurazione ha effetto dalle ore 00.00 del giorno indicato in polizza se il premio è stato pagato secondo quanto indicato nel precedente paragrafo, altrimenti ha effetto dalle ore 24 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 dell'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.

#### **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



pagina 6 di 9



## 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;



pagina 7 di 9

- 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  
Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale  
Cistoprastatovescicolectomia con ileo bladder  
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali  
Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi  
Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale  
Megauetere: 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



Pagina 8 di 9

## 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.

---



pagina 9 di 9