

ESTRATTO POLIZZA TITOLARI 2010

FONDO NAZIONALE RIMBORSO SPESE SANITARIE DA INFORTUNIO

Il fondo è operante nei confronti di:

Titolari/ legali rappresentanti di imprese contribuenti a Casse Edili che, attraverso la **Cnce**, abbiano aderito in formula cumulativa alla presente polizza, per il caso di “**Rimborso Spese Sanitarie a seguito di infortunio in itinere o professionale**”, di cui al successivo punto 1), per il caso “**Indennità forfetaria a seguito di infortunio in itinere o professionale**”, per il caso di “**Ictus e conseguenti cure, comprese quelle di riabilitazione neuromotoria**” di cui al successivo punto 3) e per il caso “**Assegno funerario a seguito di infortunio professionale o in itinere**”, di cui al successivo punto 4).

1. FONDO NAZIONALE RIMBORSO SPESE SANITARIE

- Se in conseguenza di **infortunio professionale**, così definito:

“ La garanzia è operante per gli infortuni subiti dall'assicurato mentre svolge la sua attività presso i cantieri nei quali la ditta di cui è titolare/legale rappresentante sta eseguendo opere.”

La garanzia è operante per gli infortuni subiti dall'assicurato mentre, in qualità di consigliere, partecipa alle sedute del C.d.A di un Ente paritetico del settore edile (Cassa Edile – CTP – Scuola professionale Edile).

- Se in conseguenza di infortunio **in Itinere** così definito:

La garanzia è operante per gli infortuni subiti dall'assicurato mentre compie il percorso per via ordinaria dalla sua abitazione al cantiere e/o tra i cantieri nei quali la ditta, della quale è titolare, svolge la propria attività e viceversa.

Sono esclusi sopralluoghi prima dell'inizio dei lavori e gli infortuni accaduti dopo il collaudo delle opere.

La garanzia è operante per gli infortuni subiti dall'assicurato mentre compie il percorso per via ordinaria dalla sua abitazione alla sede della Cassa Edile – CTP – Scuola professionale Edile della quale sia membro del CdA e viceversa.

L'assicurato fa ricorso a prestazioni sanitarie, la Compagnia rimborsa, fino alla concorrenza del massimale di **€ 5.000,00**, previa applicazione di una franchigia

fissa ed assoluta pari ad **€ 50,00**, le spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici;
- accertamenti medico legali, esclusi quelli previsti al punto 2.15 (controversie) delle Condizioni Generali di Assicurazione;
- visite mediche e specialistiche;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale di intervento;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- trasporto dell'assicurato in ambulanza all'Istituto di Cura o all'ambulatorio e viceversa;
- cure mediche fisioterapiche e trattamenti fisioterapici rieducativi;
- acquisto, noleggio o affitto di apparecchi terapeutici o di apparecchi protesici di qualsiasi tipo (escluse protesi dentarie);

Il fondo, tramite la Compagnia, rimborsa inoltre, sino a **€ 1.000,00** le spese sostenute, in conseguenza di infortunio, per protesi dentarie.

2. INDENNITÀ FORFETARIA A SEGUITO DI INFORTUNIO PROFESSIONALE E/O IN ITINERE, COSÌ COME DEFINITI AL PRECEDENTE PUNTO 1.

- qualora all'assicurato, a seguito d'infortunio professionale o in itinere, fosse riscontrata una Invalidità Permanente pari o superiore al 50% ma inferiore o pari al 66%, la Compagnia liquiderà una somma di **€ 30.000,00**
- qualora all'assicurato, a seguito d'infortunio professionale o in itinere, fosse

riscontrata una Invalidità Permanente superiore al 66%, la Compagnia liquiderà una somma di **€ 50.000,00**.

3. ICTUS – Cure di riabilitazione

a) qualora l'assicurato, colpito da ICTUS , fosse ricoverato presso un Istituto di Cura con un periodo di prognosi di almeno trenta giorni e a seguito dell'ICTUS si rendessero necessarie le cure per la riabilitazione neuromotoria, la Compagnia garantirà per i casi verificatisi nell'anno assicurativo, le spese riguardanti il trattamento di riabilitazione del deficit neuromotorio dipendente direttamente da ictus. La prestazione potrà essere effettuata esclusivamente presso un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico ed Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione per la riabilitazione neuromotoria ai sensi della legge n. n. 833/78 art. 42 e successive modifiche ed integrazioni). La necessità dell'esecuzione delle cure riabilitative sarà valutata dall'Ente sanitario, che esaminerà l'anamnesi dell'infortunio e la documentazione inviata dall'ospedale ove ricoverato l'assicurato. In sede di valutazione, sarà facoltà della CNCE, nominare un proprio medico fiduciario in funzione di osservatore.

Persone assicurate

Si intendo assicurati i titolari/legali rappresentanti in attività lavorativa.

Sono pertanto esclusi dall'assicurazione tutti i soggetti che a qualunque titolo e a qualunque condizione percepiscano una pensione.

Intendendosi questa prestazione ad esclusivo godimento di titolari e/o legali rappresentanti svolgenti esclusivamente questa attività.

Limiti di età

La presente garanzia può essere prestata solo fino al raggiungimento del 75° anno di età del titolare/legale rappresentante di impresa assicurato.

In ogni caso, l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale successiva per il titolare/legale rappresentante di impresa assicurato che abbia raggiunto l'età di 75 anni, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso vengono restituiti alla

Cnce al netto degli oneri fiscali.

Unipol Assicurazioni si riserva la facoltà di dare un giudizio di merito sulla necessità delle cure. La prestazione sarà erogata in forma di convenzionamento.

b) Diaria dell'accompagnatore

Nel caso di effettuazione della cura riabilitativa, all'accompagnatore del lavoratore sottoposto a riabilitazione, verrà riconosciuta una diaria pari a €50,00 pro-die per un massimo di 90 giorni se la cura avviene fuori la provincia di residenza e all'interno della regione di residenza. Il rimborso avverrà su presentazione di documentazione comprovante l'avvenuta presenza e le spese sostenute presso l'Istituto in cui si svolge la riabilitazione.

c)Vitto e letto

Nel caso di effettuazione della cura riabilitativa fuori della regione di residenza del lavoratore infortunato, sarà fornito all'accompagnatore, per un massimo di 90 giorni anche non continuativi, il servizio di vitto e letto, presso l'istituto nel quale si svolge la cura. La prestazione sarà erogata in forma di convenzionamento.

d) Rimborso forfetario spese di trasporto

All'assicurato ricoverato per le cure riabilitative, verrà riconosciuto un rimborso forfetario di € 500,00, se la cura avviene all'interno della regione di residenza ovvero di €1.000,00, se la cura avviene fuori la regione di residenza.

4. ASSEGNO FUNERARIO

Nel caso di morte a seguito di infortunio professionale o in itinere, così come definiti al punto 1 di pag. 1, la Compagnia liquiderà una somma **di € 3.000,00 (euro tremila/00)**, entro 90 giorni dalla data di presentazione della relativa documentazione.