

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:

- 1) **Rimborso Spese Sanitarie a seguito di infortunio in itinere o professionale;**
- 2) **Indennità forfetaria a seguito di infortunio in itinere o professionale;**
- 3) **Ictus e conseguenti cure, comprese quelle di riabilitazione neuromotoria;**
- 4) **Assegno funerario a seguito di infortunio professionale o in itinere.**

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 stia 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).

L'assicurazione è prestata fino alla concorrenza di Euro 20.000,00 (ventimila/00) da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo per ogni titolare/legale rappresentante assicurato.

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.

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 garanzia è prestata fino alla concorrenza di € **6.750,00 (euro seimilasettecentocinquanta/00)** il costo onnicomprensivo della erogazione di servizi di vitto e letto per l'accompagnatore del lavoratore ricoverato, pari a € 75,00 pro-die per un massimo di 90 giorni.

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.

5. SINISTRI

Il fondo, tramite la Compagnia, effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte ricevute e fatture debitamente quietanzate da chi ha ricevuto il pagamento.

A richiesta dell'assicurato, la Compagnia restituisce i predetti originali previa apposizione della data di liquidazione dell'indennizzo e dell'importo liquidato.

Il pagamento viene effettuato a semplice dichiarazione di fine infortunio emessa a cura ultimata dal medico di famiglia, e comunque non oltre 210 giorni dalla data di denuncia del sinistro.

Le spese sostenute all'estero nei paesi aderenti all'Unione Monetaria, saranno rimborsate in Italia, in euro. Le spese sostenute all'estero nei paesi non aderenti all'Unione Monetaria, saranno rimborsate in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui sono state sostenute dall'assicurato, rilevato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

A parziale deroga di quanto disposto dall'art. 2.30 delle Condizioni Generali di Assicurazione, si conviene che il termine utile ivi previsto per la denuncia dei sinistri viene ampliato sino al 30 giugno dell'anno successivo a quello di accadimento. Per i soli sinistri denunciati dagli infortunati e ricevuti dalle singole Casse Edili nei mesi di maggio e di giugno, il termine del 30 giugno viene prorogato fino al 15 luglio dell'anno successivo a quello di accadimento.

Ai fini della liquidazione del rimborso, l'assicurato dovrà dimostrare l'avvenuto sinistro, attraverso la descrizione circostanziata dell'accadimento, corredata di un semplice certificato medico.

L'Iscritto deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici eventualmente disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia delle eventuali cartelle cliniche complete, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Modalità denuncia sinistri.

La denuncia dei sinistri dovrà essere effettuata dalla Cassa Edile aderente o dalla Cnce, tramite posta elettronica all'indirizzo: **sinistrigrandiclienti@unipolassicurazioni.it**.

Sertel provvederà alla rubricazione del sinistro, comunicando alla Cassa Edile il numero di sinistro ed indicando la sede del CLG (Centro Liquidazione Gruppo Unipol) presso il quale inviare la documentazione (certificato medico, fatture, notule, ecc.) inerente il sinistro.

11. CLAUSOLA DI PRONTO SOCCORSO

Per la determinazione della data del sinistro, farà esclusivamente fede la data di richiesta di cure effettuata dall'assicurato nel pronto soccorso più vicino al luogo dell'infortunio, ove l'assicurato è obbligatoriamente tenuto a richiedere le prime cure.

Per la determinazione dell'ora del sinistro, farà fede il tempo trascorso dal momento dell'accadimento del sinistro fino alla presentazione al pronto soccorso più vicino al luogo dell'infortunio, ove l'assicurato è obbligatoriamente tenuto a richiedere le prime cure.

Per la localizzazione dell'infortunio, farà fede la sede di pronto soccorso più vicina al luogo dell'infortunio ove l'assicurato è obbligatoriamente tenuto a richiedere le prime cure.