

**FONDO NAZIONALE RIMBORSO SPESE SANITARIE DA INFORTUNIO
E MALATTIE PROFESSIONALI**

Il fondo è operante nei confronti degli **Operai** iscritti presso 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 professionale od extra professionale;**
- 2) **Rimborso spese sanitarie a seguito di malattie professionali;**
- 3) **Indennità forfetaria a seguito di infortunio professionale e cure di riabilitazione neuromotorie”;**
- 4) **Rimborso spese sanitarie a seguito di infortunio professionale che colpisca l'apparato masticatorio;**
- 5) **Assegno funerario a seguito di infortunio professionale;**
- 6) **Assegno funerario a seguito di malattia professionale”.**

1) FONDO NAZIONALE RIMBORSO SPESE SANITARIE OPERAI

Se in conseguenza di **infortunio professionale od extra professionale**, l'assicurato fa ricorso a prestazioni sanitarie, la Compagnia rimborsa, fino alla concorrenza del massimale previsto nel successivo punto 7 comma a) inizialmente convenuto in **€. 1.000,00**, 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 al **20%** (eventualmente rivedibile di anno in anno) della somma assicurata, le spese sostenute, in conseguenza di infortunio, per protesi dentarie.

Qualora l'Assicurato risulti iscritto al Fondo Pensionistico "**Prevedi**" il massimale viene elevato ad **€ 2.000,00**.

1.b.) Rimborso integrale ticket

Nel caso in cui il lavoratore si rivolga alle strutture pubbliche e non a quelle private per le prestazioni di cui ai punti precedenti, verranno integralmente rimborsati i ticket dovuti al S.S.N., senza applicazione di alcuna franchigia.

2) FONDO NAZIONALE RIMBORSO SPESE SANITARIE A SEGUITO DI MALATTIE PROFESSIONALI

Se in conseguenza di una o più delle patologie riportate nella Tabella "A" – Malattie Professionali – allegata a pag. 19, riconosciuta come malattia professionale dall'Ente preposto (INAIL/INPS) e comportante un grado di invalidità permanente pari o

superiore al 55%, l'assicurato fa ricorso ad una o più delle prestazioni sanitarie sotto riportate, la Compagnia rimborsa, fino alla concorrenza del massimale previsto nel successivo punto 7 comma b), inizialmente convenuto in €. **1.000,00**, le spese sostenute nei 180 gg antecedenti e nei 360 gg successivi al riconoscimento della professionalità della malattia contratta per:

- accertamenti diagnostici;
- accertamenti medico legali, esclusi quelli previsti al punto 2.15 (controversie) delle Condizioni Generali di Assicurazione;
- visite mediche e specialistiche, con una franchigia fissa pari a € 50,00;
- cure mediche fisioterapiche e trattamenti fisioterapici rieducativi;
- acquisto, noleggio o affitto di apparecchi terapeutici o di apparecchi protesici

2.b.) Rimborso integrale ticket

Nel caso in cui il lavoratore si rivolga alle strutture pubbliche e non a quelle private per le prestazioni di cui ai punti precedenti, verranno integralmente rimborsati i ticket dovuti al S.S.N., senza applicazione di alcuna franchigia.

3) INDENNITÀ FORFETARIA A SEGUITO DI INFORTUNIO PROFESSIONALE CON RICOVERO MINIMO DI 15 GG., INVALIDITÀ PERMANENTE MAGGIORE DI 50% E PER CURE DI RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA PRESSO ISTITUTO ABILITATO AI SENSI DI LEGGE.

a) qualora l'assicurato, a seguito d'infornio professionale, fosse ricoverato presso un Istituto di Cura per un periodo pari ad almeno 15 giorni, la Compagnia provvederà ad indennizzarlo con una somma di €. 1.500,00. Qualora l'Assicurato risulti iscritto al Fondo Pensionistico "Prevedi" tale indennità viene elevata ad €. 3.000,00.

b) qualora l'assicurato, a seguito d'infortunio professionale, fosse ricoverato presso un Istituto di Cura per un periodo pari ad almeno 30 giorni, l'indennizzo di cui al punto a) viene elevato alla somma di €. 2.000,00. Qualora l'Assicurato risulti iscritto al Fondo Pensionistico "Prevedi" tale indennità viene elevata ad €. 4.000,00.

Le indennità di cui al punto b) escludono quelle previste al punto a).

c) qualora all'assicurato, a seguito d'infortunio professionale, fosse riscontrata una Invalidità Permanente superiore al 50% la Compagnia liquiderà una somma di €. 5.000,00 (€. 3.500,00 se l'assicurato ha già beneficiato di quanto previsto nel paragrafo a) precedente). Qualora l'Assicurato risulti iscritto al Fondo Pensionistico "Prevedi" tale indennità viene elevata ad €. 10.000,00 (€.7.000,00 se l'assicurato ha già beneficiato di quanto previsto al paragrafo a) precedente).

d) qualora all'assicurato, a seguito d'infortunio professionale, fosse riscontrata una Invalidità Permanente superiore al 50% la Compagnia liquiderà una somma di €. 5.000,00 (€. 3.000,00 se l'assicurato ha già beneficiato di quanto previsto nel paragrafo b) precedente). Qualora l'assicurato risulti iscritto al Fondo Pensionistico "Prevedi" tale indennità viene elevata ad €. 10.000,00 (€. 6.000,00 se l'assicurato ha già beneficiato di quanto previsto al paragrafo b) precedente).

Le indennità di cui al punto d) escludono quelle previste al punto c).

e) RIMBORSO SPESE SANITARIE A SEGUITO DI INFORTUNIO PROFESSIONALE CON CONSEGUENTI CURE DI RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA EFFETTUATE PRESSO ISTITUTO ABILITATO AI SENSI DI LEGGE

e.1):- Qualora l'assicurato, a seguito d'infortunio professionale, fosse ricoverato presso un Istituto di Cura con un periodo di prognosi di almeno trenta giorni e a seguito dell'infortunio si rendessero necessarie cure per la riabilitazione neuromotoria comportanti un ricovero superiore a 60 gg ma inferiore a 181 gg, la

Compagnia provvederà ad indennizzarlo fino a un massimo di €. 5.000,00. Da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo per ogni lavoratore assicurato.

La riabilitazione 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. 833/78 art. 42 e successive modifiche ed integrazioni).

e.2):- Qualora l'assicurato, a seguito d'infortunio professionale, fosse ricoverato presso un Istituto di Cura con un periodo di prognosi di almeno trenta giorni e a seguito dell'infortunio si rendessero necessarie cure per la riabilitazione neuromotoria comportanti un ricovero superiore a 180 gg ma inferiore a 361 gg la Compagnia provvederà ad indennizzarlo fino a un massimo di €. 10.000,00. Da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo per ogni lavoratore assicurato. La riabilitazione 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. 833/78 art. 42 e successive modifiche ed integrazioni).

e.3):- Qualora l'assicurato, a seguito d'infortunio professionale, fosse ricoverato presso un Istituto di Cura con un periodo di prognosi di almeno trenta giorni e a seguito dell'infortunio si rendessero necessarie cure per la riabilitazione neuromotoria comportanti un ricovero superiore a 360 gg ,la Compagnia provvederà ad indennizzarlo fino a un massimo di €. 20.000,00.Da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo per ogni lavoratore assicurato. La riabilitazione 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. 833/78 art. 42 e successive modifiche ed integrazioni).

e.4):- Nel solo caso in cui il lavoratore sia ricoverato 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. 833/78 art. 42 e successive modifiche ed integrazioni**) per grave trauma cranico con episodio di coma o per lesione del midollo spinale l'assicurazione è prestata fino alla concorrenza di € **60.500,00 (euro sessantamilacinquecento/00)** da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo per ogni lavoratore assicurato.

La riabilitazione 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. 833/78 art. 42 e successive modifiche ed integrazioni**).

f) 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.

g) Vitto e letto

Nel caso di effettuazione della cura riabilitativa fuori della regione di residenza del lavoratore infortunato, la società rimborserà, per l'accompagnatore del lavoratore ricoverato, il costo onnicomprensivo della erogazione di servizi di vitto e letto nella struttura ospedaliera ove si effettua la cura. Il rimborso è convenuto nella somma di € 75,00 pro-die per un massimo di 90 giorni anche non continuativi.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza di € **6.750,00 (euro)**

h) 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) RIMBORSO SPESE SANITARIE A SEGUITO DI INFORTUNIO PROFESSIONALE CHE COLPISCA L'APPARATO MASTICATORIO

Nel caso di infortunio professionale che causi danni all'apparato dentale e ne comprometta le funzioni masticatorie, la Compagnia a condizione che risultino danneggiati totalmente almeno 4 denti posteriori o totalmente almeno 4 denti anteriori, rimborserà le spese odontoiatriche sostenute purché strettamente necessarie al ripristino della funzionalità masticatoria, fino ad un massimo di € 7.500,00.

Il rimborso avverrà esclusivamente se il progetto di cura, predisposto da parte dell'odontoiatra curante, sarà stato approvato da un medico fiduciario nominato di concerto tra la Compagnia Assicuratrice Unipol e la CNCE.

5) ASSEGNO FUNERARIO A SEGUITO DI INFORTUNIO PROFESSIONALE

Nel caso di morte a seguito di infortunio professionale, la Compagnia liquiderà una somma di € 1.500,00 (euro millecinquecento/00), entro 90 giorni dalla data di presentazione della relativa documentazione. Qualora l'Assicurato risulti iscritto al Fondo Pensionistico "Prevedi", tale indennità viene elevata ad € 3.000,00.

6) ASSEGNO FUNERARIO A SEGUITO DI MALATTIA PROFESSIONALE

Nel caso di:

morte a seguito di una delle patologie riportate nella Tabella “A” – Malattie Professionali – allegata a pag. 19, riconosciuta come malattia professionale dall’Inps/Inail e purché il decesso sia avvenuto nei 180 gg antecedenti o nei 360 gg successivi al riconoscimento, da parte dell’ente preposto, della professionalità della malattia contratta la Compagnia liquiderà una somma di **€ 1.500,00 (euro millecinquecento/00)**, entro 90 giorni dalla data di presentazione della relativa documentazione.

7) MASSIMALE PRESTAZIONI SANITARIE - (previste ai punti 1 e 2)

7.a) In riferimento alle prestazioni di cui al punto 1) “Rimborso Spese Sanitarie a seguito di Infortunio Professionale od Extra professionale”, ciascun iscritto si intende assicurato per **€ 1.000,00 (euro mille/00)**, previa applicazione di una franchigia fissa ed assoluta pari ad **€ 30,00**. Qualora l’Assicurato risulti iscritto al Fondo Pensionistico “Prevedi” il massimale viene elevato ad **€ 2.000,00**, previa applicazione di una franchigia fissa ed assoluta pari ad **€ 30,00**.

Sia la franchigia che la somma assicurata saranno rivedibili di anno in anno a seguito di quanto previsto al successivo punto n. 15 – Andamento annuale della gestione.

7.b) In riferimento alle prestazioni di cui al punto 2) “Rimborso Spese Sanitarie a seguito di Malattie professionali”, ciascun iscritto si intende assicurato per **€1.000,00 (euro mille/00)**, previa applicazione di una franchigia fissa ed assoluta pari ad **€ 30,00**.

Sia la franchigia che la somma assicurata saranno rivedibili di anno in anno a seguito di quanto previsto al successivo punto n. 15 – Andamento annuale della gestione.

8) 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.