

Estratto dalla Polizza Assicurativa per la prestazione Edilcard

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 i 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 C.d.A. 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. 833/78, art. 42 e successive modifiche ed integrazioni.

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

Persone assicurate

Si intendono 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 dalla 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. 26, 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 quietanziate 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 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@ugfassicurazioni.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.

La Società s'impegna ed obbliga a fornire alla Cnce, entro quarantacinque giorni dalla scadenza annuale del contratto:

- * l'elencazione dei sinistri denunciati nell'anno assicurativo;
- * il dettaglio dei sinistri riservati, con indicazione dell'importo a riserva;
- * i sinistri liquidati con indicazione del singolo importo liquidato;
- * i sinistri annullati e senza seguito, con precisazione delle motivazioni di reiezione.

6 Nuove adesioni al fondo

È data facoltà alla Cnce di inserire nuove Casse Edili, oltre quelle che, annualmente, formalizzeranno l'adesione alla stessa Cnce. Per ogni richiesta di adesione successiva, la Società emetterà appendice di inclusione ed incasso rata, nella quale saranno indicati per ogni Cassa Edile i seguenti dati:

- * data di effetto (valida come data di decorrenza dell'assicurazione), la copertura avrà origine dalle ore 24.00 del giorno successivo a quello della valuta del bonifico effettuato dalla Cnce alla Società, come indicato al successivo punto 8)
- Premio/pagamento del premio, e terminerà alla scadenza annuale del contratto, attualmente al 31 dicembre 2011;
- * numero titolari di imprese edili;
- * premio totale annuo lordo presunto dovuto alla Cnce;
- * importo provvisorio pagato, calcolato in ragione di un 1/360 del premio totale annuo lordo, moltiplicato per i giorni di garanzia prestata.

7 Persone assicurate

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare le generalità delle persone da ritenersi assicurate.

Per l'identificazione delle medesime generalità, e per il computo del premio, si farà riferimento alle risultanze del tabulato degli Iscritti di ogni Cassa Edile aderente all'accordo nazionale tramite la Cnce, tabulato che la Cnce si obbliga ad esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli presso la Cnce o presso la singola Cassa aderente al predetto accordo.