

Al Personale in quiescenza

Parma, 8 novembre 2019

Oggetto: Comunicazione relativa le modalità di adesione al Piano Sanitario dedicato al Personale in quiescenza di CA Italia, Calit e CA Group Solutions

Con la presente Vi informiamo che FareMutua, in collaborazione con Unisalute S.p.A., anche per il prossimo biennio 2020 / 2021, è il soggetto cui è demandato il servizio di rimborso delle spese mediche del personale in quiescenza.

La copertura sanitaria del personale in quiescenza, di cui al fascicolo informativo (Allegato 1), è stata rinnovata mantenendo gli stessi premi le medesime condizioni di assicurazione in essere fino al 31 dicembre 2019.

Il Personale in quiescenza (di seguito "Pensionato") di CA Italia, Calit e CA Group Solutions ha facoltà di aderire alla specifica polizza **ENTRO IL 18.12.2019** a condizione che iscriva l'eventuale coniuge/unito civilmente (anche se fiscalmente a carico) e previo pagamento del premio annuale per cui è prevista la facoltà di rateizzazione mensile, secondo le modalità indicate in seguito.

Di seguito si descrivono i passaggi necessari per procedere all'adesione della copertura in argomento.

Modalità di Adesione

Per aderire al Piano Sanitario offerto da FareMutua al personale in quiescenza sarà sufficiente compilare i moduli sotto riportati curandone l'invio a FareMutua nelle modalità in essi descritte **entro e non oltre il 18.12.2019**.

Il contributo dovuto per l'adesione al piano sanitario del personale in quiescenza **CON** diritto alla prosecuzione volontaria è pari a:

- **€ 930,00** per il Titolare in quiescenza (+15 € Contributo annuale associativo FareMutua)
In caso di rateizzazione: prima rata di € 120,00 (comprensiva del sopraccitato contributo);
11 rate successive di € 75,00;
- **€ 930,00** per il Coniuge
In caso di rateizzazione: prima rata di € 105,00; 11 rate successive di € 75,00
- **€ 605,00** per ogni Figlio Fiscalmente a Carico
In caso di rateizzazione: prima rata di € 55,00; 11 rate successive di € 50,00

Si ricorda che, in caso di adesione al piano sanitario del personale in quiescenza **SENZA** diritto alla prosecuzione volontaria, i rispettivi contributi saranno pari a:

- **€ 1.026,00** per il Titolare in quiescenza senza prosecuzione volontaria all'atto della cessazione (+15 € Contributo annuale associativo FareMutua)
In caso di rateizzazione: prima rata € di 161,00 (comprensiva del sopraccitato contributo);
11 rate successive di € 80,00

- € 1.026,00 per il Coniuge

In caso di rateizzazione: prima rata € 146,00; 11 rate successive € 80,00

ES.1 – il Pensionato assicurato fino al 31.12.2019 con la copertura riservata al personale dipendente potrà rinnovare l'iscrizione versando un premio complessivo (riferito al titolare ed al relativo coniuge) pari a 1.860€.

ES.2 – Il Pensionato già iscritto alla copertura per i dipendenti in quiescenza nel 2019, potrà rinnovare l'iscrizione versando un premio complessivo (riferito al titolare ed al relativo coniuge) pari a 1.860€.

ES.3 – il Pensionato che per l'annualità 2019 non ha rinnovato la copertura riservata al personale in quiescenza, potrà richiedere l'attivazione della copertura presentando il questionario anamnestico che valuterà la Compagnia e corrispondendo un premio complessivo (riferito al titolare ed al relativo coniuge) pari a 2.052 €.

Modalità di pagamento

I contributi dovranno essere versati – **entro e non oltre il 10 gennaio 2020** – direttamente a FareMutua tramite unico bonifico o tramite bonifico mensile con la causale **“Pensionati CA Italia”** a cui dovrà seguire anche il nome e cognome del pensionato. Gli importi, da corrispondere nelle misure indicate, dovranno essere accreditati all'IBAN:

IBAN: IT46V 08883 02400 015000150267

BANCA DI BOLOGNA Ag. Fiera District

CAUSALE: “PENSIONATI CAITALIA” NOME E COGNOME

Istruzioni operative per accedere alle prestazioni sanitarie

Di seguito vengono riportati i relativi riferimenti attivi per il personale in quiescenza.

CENTRALE OPERATIVA DALLE 8:30 ALLE 19:30 DAL LUNEDI' AL VENERDI'

800-822.449da telefono (*numero verde gratuito da telefono fisso e cellulare*)

051.63.89.046per chiamate dall'estero

Per le richieste di rimborso cartacee l'indirizzo è:

UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO

Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO

Agevolazioni Fiscali (Deducibilità e Detraibilità)

Si segnala che i contributi versati a FareMutua (Fondo Sanitario Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale regolarmente iscritto all'Anagrafe dei Fondi tenuta presso il Ministero della Salute) sono interamente deducibili dal reddito nel limite di € 3.615,20.

Inoltre, le spese sanitarie eventualmente rimaste a carico dell'Assistito potranno essere, come di consueto, portate in detrazione sempre in sede di dichiarazione dei redditi.

Quando Compilare il Questionario Anamnestico

Il personale in quiescenza può estendere la copertura sanitaria anche ai figli fiscalmente a carico purché conviventi, previa compilazione di un questionario sanitario anamnestico (Allegato 3), da inviare al numero di FAX 051 709 69 06 o via mail a questionaripensionaticaitalia@unisalute.it e dal cui esame Unisalute deciderà se accettare l'assunzione del rischio e dare luogo alla copertura assicurativa, e previo pagamento di un contributo pari a € 605,00.

Il personale in quiescenza che, all'atto della cessazione, non aveva aderito alla prosecuzione volontaria della copertura, ha la possibilità di iscriversi alla specifica polizza, **limitatamente però alle sole garanzie di ricovero ospedaliero.**

La polizza sarà valida per il personale in quiescenza e obbligatoriamente per l'eventuale coniuge, dietro corresponsione di un contributo pro-capite pari a € 1.026,00. Condizione essenziale all'operatività della garanzia è la compilazione di un apposito questionario sanitario anamnestico (da inviare al numero di FAX 051 709 69 06 o via mail a questionaripensionaticaitalia@unisalute.it), dal cui esame Unisalute deciderà se accettare l'assunzione del rischio e dare luogo alla copertura assicurativa.

* * *

Rimaniamo, in ogni caso, a Vostra completa disposizione per il supporto in fase di adesione ai seguenti recapiti:

- MAIL: faremutua.bo@faremutua.it
- FAX: 051/509729
- TELEFONO: 051/509964 - 901 attivo il lunedì, mercoledì e venerdì dalle 9:00 alle 12:30.

RICHIESTA DI INFORMAZIONI E PRENOTAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE: le modalità per ottenere informazioni inerenti le prestazioni previste dal piano sanitario, effettuare prenotazioni, sono riportate **nella Guida Del Piano Sanitario, o in alternativa contattare il numero verde dedicato al piano sanitario 800-822.449.**

Allegati

- 1) Fascicolo Informativo di polizza;
- 2) Modulo di adesione FAREMUTUA per il personale in quiescenza con diritto alla prosecuzione;
- 3) Questionario anamnestico.

CA Italia S.p.A.

GLOSSARIO

Assicurato: il personale in quiescenza di Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions.

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: La Cassa Sanitaria indicata dalle Società del Gruppo Bancario Crédit Agricole Italia;

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;

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Articolo 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 Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions (escluso il personale – passato in quiescenza – già beneficiario delle prestazioni erogate dal F.I.M. FriulAdria), 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 Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions (escluso il personale – passato in quiescenza – già beneficiario delle prestazioni erogate dal F.I.M. FriulAdria) 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 Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions (escluso il personale – passato in quiescenza – già beneficiario delle prestazioni erogate dal F.I.M. FriulAdria)

inoltre:

- per il personale in quiescenza di cui al punto 1) e il relativo coniuge/unito civilmente 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/unito civilmente 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:

1. gli infortuni conseguenti a stato di malore, incoscienza, vertigini, purché non cagionati da abuso di alcool, di psicofarmaci, di sostanze stupefacenti o allucinogene;
2. gli infortuni conseguenti a fenomeni naturali, compresi i movimenti tellurici, i maremoti, le eruzioni vulcaniche, le alluvioni, le frane, le valanghe, le slavine;
3. 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;
4. gli avvelenamenti o le tossinfezioni, cagionati dall'ingestione di cibi, bevande o altre sostanze avariate o adulterate;
5. le infezioni (esclusi il carbonchio e la malaria), gli avvelenamenti da morsi di animali, le punture di insetti;
6. i colpi di sole o di calore;
7. 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:

Fascicolo Informativo - Contratto di assicurazione sanitaria
Personale Quiescente

- 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 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 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

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 130,00 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 50,00 Euro per ciascun ticket.

Per le prestazioni specialistiche di cui al precedente punto 2, lo scoperto del 20% con il minimo 130,00 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%, con un minimo di 230,00 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/unito civilmente 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* 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 Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions (escluso il personale - passato in quiescenza - già beneficiario delle prestazioni erogate dal F.I.M. FriulAdria). 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

a1. 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 1.600,00 Euro.

In caso di intervento chirurgico ambulatoriale, invece, verrà applicato uno scoperto del 20% con il minimo di 640,00 Euro.

a2. 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 1.600,00 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 2.600,00 Euro.

In caso di intervento chirurgico ambulatoriale, invece, verrà applicato uno scoperto del 20%, con il minimo di 640,00 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 2.600,00 Euro.

In caso di intervento chirurgico ambulatoriale, invece, verrà applicato uno scoperto del 20% con il minimo di 640,00 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 al 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, 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 930,00 Euro pro capite sia per il pensionato che obbligatoriamente per il relativo coniuge/unito civilmente e in 605,00 Euro pro capite per ogni figlio fiscalmente a carico.

Per gli assicurati di cui al punto 2) del primo comma dell'articolo 1, in 1.026,00 Euro pro capite per il pensionato e il relativo coniuge/unito civilmente.

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 concordemente tra le parti, con riferimento alla residenza dell'assicurato.

Art. 12 - Decorrenza e durata del contratto

Il presente contratto ha effetto dalle ore 00:00 del 01/01/2018 e scadrà alle ore 00:00 del 01.01.2020.

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

Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions, 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 Crédit Agricole Cariparma, Fondazione Cariparma Crédit Agricole Leasing Italia, Crédit Agricole Carispezia e Crédit Agricole Group Solutions, entro i 15 gg successivi alla scadenza del semestre di riferimento, i seguenti dati relativi ad ogni singola richiesta di rimborso ricevuta e ad ogni singola prestazione effettuata in forma diretta:

- Garanzia colpita
- Importo richiesto
- Importo liquidato
- Importo riservato

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;
- 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 sacculari, 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"
Emipelvectomia
Emipelvectomie "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
Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi
Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
Megauretere: 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

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 implicino 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.