

Il giorno 30 novembre 2015, in Roma:

tra

Il Gruppo NET INSURANCE S.p.A., in persona del Presidente della controllante Net Insurance, Dott. Alfredo Rocchi e del Dott. Giuseppe Caruso, nella sua duplice funzione di Amministratore Delegato della controllante Net Insurance e di Presidente della controllata Net Insurance Life,

e

le Rappresentanze Sindacali Aziendali (R.S.A.) di UILCA e FISAC-CGIL, rispettivamente rappresentate dal Sig. Francesco Testaj e dal Sig. Flavio Cacchioni,

si è giunti alla stipula dell'accordo di rinnovo del

CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE

per il personale dipendente non dirigente del Gruppo Net Insurance.

* * *

PREMESSA

Il presente contratto integra quanto disposto dal vigente C.C.N.L., stipulato il 17 settembre 2007 e dall'Ipotesi di Intesa per il rinnovo del medesimo C.C.N.L., stipulata il 7 marzo 2012, contenenti la disciplina dei rapporti tra le Imprese di Assicurazione aderenti all'ANIA ed il personale dipendente non dirigente.

Le disposizioni contenute nella presente intesa sostituiscono integralmente, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia, quanto disposto dal precedente Contratto Integrativo Aziendale del 23 aprile 2013.

ART. 1

SFERA DI APPLICAZIONE

Il presente Contratto Integrativo Aziendale di lavoro è stipulato in attuazione delle previsioni degli artt. 83, 84 e 85 del C.C.N.L. vigente e si applica a tutto il personale dipendente non dirigente del Gruppo Net Insurance, costituito dalla controllante Net Insurance S.p.A. e della controllata Net Insurance Life S.p.A., in servizio alla data del presente accordo o successivamente assunto.



ART. 2

ORARIO DI LAVORO

A. DISTRIBUZIONE

Con riferimento a quanto previsto dal punto 1) lettera a) dell'art. 101 del C.C.N.L. vigente, l'orario di lavoro ordinario in vigore presso il Gruppo Net Insurance, prevede per tutto il personale 37 ore settimanali distribuite su 5 giorni lavorativi: dal lunedì al giovedì 8 ore giornaliere, il venerdì le restanti ore con termine, in ogni caso, non oltre le 14:00.

L'orario di lavoro, è così stabilito:

- entrata: dalle ore 08:00 alle ore 09:00
- pausa pranzo: dalle ore 13:15 alle ore 14:45
- uscita: dalle ore 16:30 alle ore 18:30
- uscita venerdì: dalle ore 13:00 alle ore 14:00

La pausa pranzo resta obbligatoria e dovrà avere una durata minima di 30 minuti e massima di un'ora e trenta minuti.

In caso di richiesta del responsabile, per esigenze lavorative di carattere straordinario, la pausa pranzo potrà essere svolta in deroga agli orari di cui sopra (ferma restando l'obbligatorietà), previa comunicazione via mail all'Ufficio Gestione Risorse Umane a cura dello stesso responsabile.

Qualora il dipendente fruisca di ore di permesso, la cui assenza ricada negli orari di pausa pranzo, saranno automaticamente computati 30 minuti di pausa, salvo diversa indicazione di orario (maggiore di 30 minuti) espressamente richiesta dal dipendente.

B. SISTEMA DI AUTORIZZAZIONE DEI GIUSTIFICATIVI DI ASSENZA E DEGLI STRAORDINARI DEI DIPENDENTI

Tutto il personale dipendente, salvo le esclusioni espressamente previste in seguito, è tenuto ad ottemperare alla disciplina ed agli obblighi previsti dal sistema on-line di gestione delle presenze "Time@Web", avente ad oggetto il procedimento di autorizzazione, tra dipendente e responsabile, dei seguenti eventi:

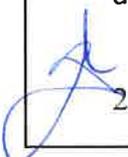
- giustificativi delle assenze;
- omesse timbrature;
- svolgimento di ore eccedenti l'orario ordinario di lavoro;
- compensazione delle ore di lavoro (secondo quanto previsto alla successiva lettera D).

Per la relativa disciplina, si fa espresso rinvio alla normativa prevista dagli Ordini di servizio n. 01-2010, 01-2010 Bis, 02-2010, 02-2011 di Net Insurance e Net Insurance Life.

In relazione al lavoro straordinario prestato in permesso di lavoro, in deroga alla disciplina vigente sull'autorizzazione preventiva degli straordinari, il dipendente potrà effettuare la richiesta, tramite Time@Web, entro e non oltre il primo giorno lavorativo al rientro dalla missione svolta, con contestuale comunicazione via mail all'Ufficio Gestione Risorse Umane dell'orario di uscita dalla missione effettuata.

C. FLESSIBILITA'

Il Gruppo Net Insurance riconosce le seguenti fasce di flessibilità: nell'orario di entrata un'ora (dalle ore 08:00 alle ore 09:00); nell'orario di uscita: dal lunedì al giovedì due ore e



trenta minuti (dalle ore 16:00 alle ore 18:30) e il venerdì un'ora e 30 minuti (dalle ore 12:30 alle ore 14:00).

In caso di uscita anticipata dall'azienda opera di default il sistema di compensazione delle ore, di cui alla successiva lettera D, salvo che il dipendente chieda espressamente la fruizione di permessi, tramite Time@Web.

Qualora l'ingresso avvenga entro le ore 09:15, il dipendente è esentato dal richiedere l'autorizzazione al responsabile ed i minuti di ritardo oltre la fascia di flessibilità in entrata saranno automaticamente detratti dai permessi vari.

In caso di ingresso oltre le ore 09:15, i minuti di ritardo oltre la fascia di flessibilità in entrata dovranno invece essere autorizzati dal responsabile.

Non sarà invece necessaria l'autorizzazione del responsabile in caso di uscita temporanea dall'azienda nella giornata lavorativa per un massimo di 15 minuti, ferma restando l'obbligatorietà di effettuare le relative timbrature di uscita e rientro in azienda, con conseguente decurtazione dei minuti dai "permessi vari".

Con riferimento alla pausa pranzo, in caso di mancato rispetto dell'orario stabilito, i minuti di ritardo o di anticipo della prevista fascia di flessibilità (13:15-14:45) saranno automaticamente detratti dai permessi vari. Anche in tal caso, è tollerata una fascia di 15 minuti, sia in uscita che in entrata dalla pausa pranzo, entro cui è consentito non effettuare la richiesta di autorizzazione al responsabile.

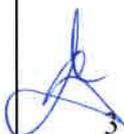
D. ORE ECCEDENTI IL LAVORO ORDINARIO: COMPENSAZIONE DELLE ORE E LAVORO STRAORDINARIO

Per tutto il personale dipendente, ad esclusione dei Funzionari, è operativo l'Istituto della compensazione delle ore di lavoro, con le seguenti caratteristiche:

- in caso di svolgimento di lavoro eccedente l'ordinario, è facoltà del dipendente adottare, alternativamente al vigente sistema di autorizzazione preventiva degli straordinari, l'istituto della compensazione delle ore di lavoro;
- la compensazione opera mensilmente nell'ambito delle vigenti fasce di flessibilità, con garanzia di quelle di rigidità seguenti: dal lunedì al giovedì dalle ore 09:00 alle ore 13:15 e dalle ore 14:45 alle ore 16:00 e 09.00-12.30 il venerdì;
- è consentito riportare al mese successivo non oltre 12 ore (sia in eccesso che in difetto): le ore eccedenti andranno perse, le ore in difetto saranno decurtate dalle prime competenze utili del mese successivo;
- in caso di lavoro eccedente i primi 44 minuti di prestazione ordinaria (per i quali la compensazione agisce sempre di default) è obbligatoria la richiesta di autorizzazione preventiva, tramite Time@Web, che opererà fino al termine della nuova fascia di flessibilità: ore 18:30: in tal caso il dipendente, in uscita dall'azienda, dovrà necessariamente digitare il tasto 1 sul lettore badge prima dell'utilizzo del badge stesso. In caso di omessa digitazione, le ore eccedenti saranno automaticamente convertite nel sistema degli straordinari, di seguito disciplinato.

In caso di lavoro eccedente l'ordinario per cui si intenda richiedere lo straordinario/banca ore, alternativi alla compensazione di cui sopra, ferma restando la normativa prevista dal CCNL vigente e dagli Ordini di servizio di cui alla lettera B del presente articolo, si dispone ad integrazione quanto segue:

- gli straordinari saranno conteggiati con franchigia iniziale di 45 minuti e computati con successivi intervalli temporali di 30 minuti, nella modalità seguente:
- fino al 44mo minuto eccedente l'orario ordinario: non viene computato nulla;



- dal 45mo al 74mo minuto eccedente l'orario ordinario: computati 45 minuti di straordinario/banca ore;
- dal 75mo al 104mo minuto eccedente l'orario ordinario: computati 75 minuti di straordinario/banca ore;
- dal 105mo al 134mo minuto eccedente l'orario ordinario: computati 105 minuti di straordinario/banca ore e così via.

E. PAUSE DI LAVORO

Sono concesse ai dipendenti, di massima, due pause di lavoro della durata di 15 minuti ciascuna, da svolgersi esclusivamente all'interno dell'edificio: una nelle ore antimeridiane, una nelle ore pomeridiane.

Sarà in ogni caso cura del proprio responsabile il controllo di dette pause, compatibilmente e nel rispetto delle esigenze tecniche, organizzative e produttive dell'Ufficio.

Resta ferma la facoltà del dipendente di uscire temporaneamente dai locali aziendali, per esigenze personali, usufruendo della disciplina prevista dal 5° comma, lettera C del presente articolo, che prevede in tal caso l'obbligo di effettuare le timbrature in uscita ed in entrata e, in aggiunta, l'autorizzazione Time@Web per l'assenza superiore ai quindici minuti.

Si dispone, altresì, che la consumazione compiuta dal dipendente ad inizio giornata lavorativa c/o la sala ristoro interna della sede (o altra pausa equipollente), possa essere svolta, dopo aver effettuato la timbratura in ingresso, unicamente a partire dalle ore 09.30.

Sono fatti salvi i casi di forza maggiore, inclusi quelli derivanti da motivi di salute.

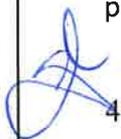
F. ORARIO DI LAVORO PER I FUNZIONARI

Fermo restando l'orario di lavoro giornaliero e settimanale previsto dal C.C.N.L. vigente, le disposizioni di cui alle lettere A, C e D del presente articolo non sono applicabili al personale con qualifica di Funzionario (Area professionale A, Sez. A) - 7° livello retributivo), per il quale è stabilita la seguente disciplina, in deroga alla normativa generale.

- Il Funzionario è tenuto ad effettuare giornalmente una timbratura in ingresso. Viene attribuita automaticamente una pausa pranzo di trenta minuti.
- In mancanza di tale timbratura, e di formale giustificazione dell'assenza da parte del dirigente responsabile, al Funzionario sarà automaticamente imputata la giornata in conto ferie.
- In caso di fruizione di permessi giornalieri (limitatamente all'utilizzo dei soli "permessi vari") di durata inferiore alle 4 ore lavorative, al Funzionario non sarà decurtato il relativo monte ore: in tal caso è esentato dal richiedere l'autorizzazione formale al responsabile, fermo restando l'onere di fornire apposita comunicazione via mail a quest'ultimo ed all'Ufficio Gestione Risorse Umane, fatte salve le fasce di flessibilità di cui alla lettera C. In conseguenza di quanto sopra, in caso di assenza completa nella giornata del venerdì e di contestuale richiesta di ½ giornata di ferie, al Funzionario non sarà decurtata dal monte ore dei permessi l'ulteriore ora utile al raggiungimento delle 5 ore lavorative contrattuali.
- Con riferimento ai permessi di lavoro di cui all'art. 3 lettera A del presente CIA, il Funzionario è, parimenti, esentato dal richiedere l'autorizzazione formale al responsabile, fermo restando l'onere di fornire apposita comunicazione dell'assenza via mail a quest'ultimo ed all'Ufficio Gestione Risorse Umane.

G. BANCA ORE

Con riferimento alla banca ore di cui all'art. 115 del C.C.N.L. vigente, si conviene che le prime 50 ore di lavoro eccedenti l'orario giornaliero normale, compensate con la




corresponsione di altrettante ore di permesso, esclusa ogni maggiorazione, sono da considerarsi le prime 50 dell'anno civile.

A partire dai permessi banca ore maturati nell'anno 2015 – nonché ai cd. "permessi vari" aziendali previsti dal primo comma dell'art. 39 e dall'Allegato 7 del C.C.N.L. vigente – si conviene l'obbligatorietà del loro utilizzo entro il 30 giugno dell'anno successivo alla loro maturazione; qualora dopo tale data risultino ancora permessi di competenza dell'anno precedente, le relative ore residue andranno perse. Sono fatte salve solo le assenze dei dipendenti per congedi obbligatori di maternità e per malattia pari almeno a 5 mesi, occorse nel periodo antecedente il 30 giugno di ogni anno.

H. PART-TIME

Trasformazione del rapporto di lavoro

Ad integrazione ed in conformità del D.Lgs n. 81/2015, Sezione I (articoli da 4 a 12) che regolamenta il nuovo lavoro part-time e normativa vigente in materia, il personale dipendente può chiedere la trasformazione del rapporto di lavoro da full-time a part-time, secondo le regole di seguito indicate.

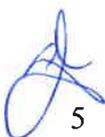
- La richiesta di trasformazione da full-time a part-time, potrà essere presentata solo dai dipendenti con almeno due anni di anzianità di servizio prestato all'interno del Gruppo Net, inquadrati fino alla posizione organizzativa 3 (6° livello retributivo) dell'area professionale B, cui si applichi la distribuzione di orario di cui al punto 1) lettera a) dell'art. 101 del C.C.N.L. vigente e per i quali sussistano ragioni di ordine personale e/o familiare.
- Tutte le richieste di trasformazione da full-time a part-time, che saranno formalizzate con apposito accordo tra le parti, dovranno avere la durata di un anno, senza tacito rinnovo, salvo disdetta e contestuale richiesta del dipendente di ritorno al rapporto di lavoro a tempo pieno, da esercitare con un preavviso di almeno due mesi.
- L'accoglimento delle richieste di cui sopra, avverrà compatibilmente con le esigenze tecniche, organizzative e produttive del singolo Ufficio interessato e, in ogni caso, del Gruppo Net Insurance, fatti salvi i casi espressamente previsti dalla nuova normativa.
- A fronte di esigenze legate all'organizzazione del lavoro, il Gruppo Net Insurance potrà richiedere – in qualsiasi momento, con un preavviso di almeno due mesi – il ritorno a tempo pieno del dipendente. I rapporti di lavoro a tempo parziale complessivamente ammessi non potranno avere ad oggetto più del 20% dei dipendenti del Gruppo Net Insurance.
- Qualora il Gruppo Net Insurance proceda ad assunzioni di personale direttamente a tempo parziale, si conviene che detto personale potrà richiedere la trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno trascorsi almeno due anni di servizio.

Distribuzione dell'orario di lavoro settimanale

Ferma restando la compatibilità con le esigenze tecniche, organizzative e produttive aziendali, si considera a tempo parziale il rapporto di lavoro con orario inferiore a quello contrattuale fissato in 37 ore settimanali.

Si conviene la seguente distribuzione dell'orario di lavoro settimanale, con l'indicazione delle tipologie di riduzione di orario oggetto di possibile richiesta del dipendente, all'interno di quanto previsto per legge:

1. 32 ore settimanali (86,49%): 8 ore al giorno dal lunedì al giovedì; riposo il venerdì.


5



2. 30 ore settimanali (81,08%): 6 ore al giorno dal lunedì al venerdì;
3. 29 ore settimanali (78,38%): 6 ore al giorno dal lunedì al giovedì; 5 ore il venerdì;
4. 25 ore settimanali (67,57%): 5 ore al giorno dal lunedì al venerdì;

In presenza di comprovati motivi personali e/o familiari, il Gruppo Net Insurance valuterà la possibilità di accogliere richieste di dipendenti aventi ad oggetto una tipologia di part-time difforme da quelle di cui sopra.

ART. 3

PERMESSI RETRIBUITI

Con riferimento alla normativa stabilita dagli artt. 39 e 40 del C.C.N.L. vigente, sono concesse, in aggiunta alle disposizioni ivi previste, le seguenti tipologie di permessi retribuiti:

A. PERMESSI DI LAVORO

Per i permessi di lavoro si fa espresso rinvio alla disciplina prevista dal successivo art. 9, lettera B. Tali permessi retribuiti dovranno essere preventivamente autorizzati dal responsabile, tramite l'apposita procedura, salvo il personale con qualifica di Funzionario, per la cui disciplina si rinvia all'art. 2, lettera F.

B. PERMESSI PER INDISPOSIZIONE

Ferma restando la normativa vigente applicabile in caso di malattia, sono riconosciuti permessi retribuiti al personale che incorra in stato di indisposizione, purché la stessa insorga dopo l'inizio dell'attività lavorativa, significando un numero di ore inferiore ad una intera giornata di lavoro. La comunicazione dell'indisposizione da parte del dipendente va effettuata via posta elettronica all'Ufficio Gestione Risorse Umane, indirizzando in copia per conoscenza il proprio responsabile.

C. PERMESSI PER VISITE MEDICHE

Ad integrazione dei permessi per visite mediche ed esami prenatali delle lavoratrici gestanti, di cui all'art. 39 del C.C.N.L. vigente, sono riconosciute 30 ore di permessi retribuiti annui per visita medica sostenuta dal dipendente.

Qualora il dipendente abbia figli entro il quattordicesimo anno d'età, il monte ore viene esteso a 35 ore annue, usufruibili anche per le visite dei propri figli.

Tali permessi possono essere utilizzati fino ad un massimo di 5 ore nella stessa giornata lavorativa.

Ogni permesso per visita medica dovrà essere preventivamente autorizzato dal responsabile tramite Time@Web.

Al rientro in Compagnia, il lavoratore è tenuto a consegnare tempestivamente all'Ufficio Gestione Risorse Umane la documentazione comprovante il giorno e la fascia oraria di svolgimento della visita effettuata.

D. PERMESSI PER LAVORATORI STUDENTI UNIVERSITARI E POST LAUREA

Con riferimento all'art. 84, lett. i) del C.C.N.L. vigente, ai dipendenti studenti universitari e post laurea, viene concessa, a richiesta, l'agevolazione di 100 ore di permessi retribuiti annui, inclusa la preparazione e la discussione della tesi di laurea.

L'agevolazione viene concessa in aggiunta ai permessi giornalieri retribuiti per sostenere le prove d'esame, previsti dall'art. 10 legge 20 maggio 1970 n. 300.



6



Per gli studenti post laurea, i permessi sono concessi esclusivamente nel periodo di preparazione all'esame per il conseguimento dell'abilitazione o iscrizione all'albo professionale.

I dipendenti interessati sono tenuti a produrre idonea documentazione che dimostri la sussistenza del diritto all'agevolazione di cui sopra.

E. PERMESSI PER NASCITA FIGLI

In caso di nascita figli da parte del dipendente padre, vengono concessi n. 2 gg. di permesso retribuito, in aggiunta ai congedi obbligatori e facoltativi previsti dalla normativa vigente.

ART. 4

FERIE

Con riferimento alla normativa stabilita dagli artt. 33 e seguenti del C.C.N.L. vigente, in aggiunta alle disposizioni ivi previste sono concesse, a richiesta del dipendente, le seguenti tipologie di fruizione di periodi di ferie pari a ½ giornata.

- In deroga alle disposizioni sull'orario di decorrenza minima dei giustificativi (ore 09:00), il dipendente può fruire della ½ giornata di ferie esclusivamente in caso di ingresso dalle ore 12.00 alle ore 13.00. Salvo tale specifica previsione, non è consentito fruire della ½ giornata di ferie in caso di assenza inferiore alle 4 ore lavorative, salvo tolleranza di 15 minuti; in tal caso, l'assenza sarà automaticamente imputata in "permessi vari".
- Il dipendente può invece fruire della ½ giornata di ferie in aggiunta a ore e/o minuti di permesso nella stessa giornata lavorativa.

La fruizione di giorni di ferie continuative può essere interrotta, all'interno dello stesso periodo, esclusivamente dalla singola ora di permesso fruita nella giornata del venerdì, in aggiunta alla ½ giornata di ferie goduta.

ART. 5

MALATTIA E INFORTUNI

Ad integrazione della normativa prevista in caso di assenza dal lavoro per malattia e infortuni dagli artt. 43 e seguenti del C.C.N.L. vigente, si conviene la seguente disciplina:

MALATTIA E INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI

In caso di malattia o infortunio extraprofessionale che causa l'assenza dal servizio anche per un solo giorno, il dipendente deve dare immediato avviso al Gruppo Net Insurance, secondo le condizioni e modalità previste dagli Ordini di servizio n. 05-2010 di Net Insurance e Net Insurance Life, salvo giustificato motivo di impedimento.

Fermo restando quando stabilito dal C.C.N.L. riguardo la giustificazione dei giorni di assenza per malattia o infortunio, con riferimento alle novità derivanti dall'istituzione della certificazione telematica di malattia, si rinvia alle disposizioni di cui agli Ordini di servizio n. 03-2011 di Net Insurance e Net Insurance Life. Eventuali rientri anticipati sono possibili soltanto con certificato medico di autorizzazione al rientro.

Al fine di consentire alla struttura competente l'eventuale accertamento dello stato di salute dichiarato dal dipendente, nel corso del periodo di assenza per malattia quest'ultimo ha

l'obbligo di comunicare al Gruppo Net Insurance, contestualmente al certificato medico o successivamente, i mutamenti di domicilio o di dimora, anche se temporanei.

Il mancato rispetto da parte del dipendente degli adempimenti previsti a suo carico, salvo il caso di giustificato impedimento, comporterà l'assenza ingiustificata e la possibilità di irrogazione a carico del dipendente dei provvedimenti disciplinari contrattualmente previsti.

I periodi di malattia di durata inferiore ad un'intera giornata sono considerati stati di indisposizione e rientrano nella tipologia dei permessi retribuiti di cui alla lettera B dell'art. 3 del presente contratto.

La malattia insorta durante un periodo di ferie ne sospende la fruizione, fermo restando l'onere per i dipendenti della tempestiva comunicazione e certificazione dello stato di malattia al Gruppo Net Insurance.

INFORTUNI SUL LAVORO

L'infortunio sul lavoro che colpisce il dipendente, deve essere immediatamente notificato al Gruppo Net Insurance per gli adempimenti di legge (denuncia all'INAIL ed alla P.S.).

Il Gruppo Net Insurance corrisponderà al lavoratore, anticipandone l'erogazione nelle competenze mensili, un'integrazione dell'indennità INAIL fino al raggiungimento del normale trattamento economico percepito dal dipendente.

ART. 6

PARI OPPORTUNITA'

Le parti, recepite lo spirito della L. 903/1977 e del D.Lgs. 198/2006 dichiarano concordanza di vedute sull'importanza della tematica della condizione lavorativa del personale femminile e quindi sull'opportunità di progettare le azioni positive più utili alla crescita professionale del personale femminile stesso.

Il Gruppo Net Insurance nell'attribuire massima attenzione possibile a tale tematica conferma che nella riunione prevista dall'Art. 10 del C.C.N.L. vigente o a richiesta delle RSA in altro specifico incontro, fornirà i dati disaggregati per sesso e specifiche informazioni relative al personale femminile.

Ciò posto, le Parti, avuto presente quanto stabilito dall'art. 49 del C.C.N.L. vigente, si attiveranno allo scopo di creare le condizioni necessarie alla costituzione di una Commissione Aziendale per le Pari Opportunità che diventi strumento operativo per la traduzione pratica degli obiettivi riportati nel C.C.N.L.

ART. 7

TUTELA DELLA SALUTE

Ferma l'importanza primaria della tutela della salute psico-fisica del personale e confermato l'impegno del Gruppo Net Insurance ad intervenire, ove necessario, per migliorare le condizioni di lavoro, le Parti concordano sul fatto che le tematiche connesse alle condizioni degli ambienti di lavoro, richiedono sempre maggiore attenzione, in relazione all'attuale rapido evolversi delle strutture e del modo di lavorare ed in conformità alla normativa in materia di



salute e sicurezza dei lavoratori sul luogo di lavoro di cui al D.Lgs. 81/2008 e successive modificazioni ed integrazioni.

A tal fine le Parti concordano sull'importanza di un proficuo rapporto operativo tra il Gruppo Net Insurance ed i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, che opereranno con i compiti previsti dal richiamato D.Lgs. 81/2008 e dall'accordo ANIA/OO.SS. (All. 14 C.C.N.L. vigente).

Con specifico riferimento all'utilizzo dei videoterminali, le Parti convengono sulla necessità di ridurre l'impiego continuativo del personale addetto a tali strumenti, nell'obiettivo comune di attenuare il disagio legato all'uso delle macchine ed allo svolgimento di mansioni ripetitive.

Il Gruppo Net Insurance curerà che l'attività dei lavoratori addetti al videoterminale avvenga con gli accorgimenti utili ad evitare disagi al personale che vi opera.

Relativamente alla sorveglianza sanitaria per i lavoratori addetti ai videoterminali le Parti si danno atto che la stessa - fermo quanto previsto dall'art. 52 del C.C.N.L. vigente - verrà gestita, per la parte di sua competenza, dalla figura del medico competente di cui al D. Lgs. 81/2008 e successive modificazioni e integrazioni.

ART. 8

CORSI DI FORMAZIONE PROFESSIONALE

Con riferimento all'art. 66 del vigente C.C.N.L., il Gruppo Net Insurance attribuisce la massima rilevanza all'aggiornamento professionale ed alla formazione dei propri dipendenti, quali strumenti per raggiungere una maggiore qualificazione in relazione alle mansioni svolte, oltre alla valorizzazione delle capacità individuali.

È obiettivo del Gruppo Net Insurance, pertanto, promuovere la partecipazione ad interventi formativi, per i quali si farà ricorso a sistemi didattici interessati dalle tecnologie più avanzate, al fine di accrescere la professionalità dei dipendenti e costituire ulteriore fattore di sviluppo e di miglioramento delle competenze per supportare la crescita del Gruppo Net Insurance.

Per quanto sopra, è prevista la predisposizione di un piano di formazione annuale, per consentire, compatibilmente con le esigenze tecniche, organizzative e produttive del Gruppo Net Insurance, la partecipazione ai corsi nel rispetto del principio delle pari opportunità, secondo quanto disposto dalle vigenti normative.

ART. 9

TRATTAMENTO DI TRASFERTA

Fermi restando gli artt. 61 e seguenti del vigente C.C.N.L., con riferimento all'art. 84, lettera f del medesimo CCNL, si conviene la seguente disciplina del trattamento di trasferta.

A. TRASFERTA FUORI IL COMUNE DI ROMA

A tutto il personale inviato in missione per servizio fuori il comune di Roma, competerà il rimborso a piè di lista delle spese sostenute per il viaggio, il trasporto, il vitto, la rappresentanza, il pernottamento in albergo (classificazione di categoria adeguata, di norma 3 stelle), nonché quelle inerenti il trasporto urbano relative agli spostamenti necessari per lo svolgimento della missione. Tutte le spese dovranno essere comprovate da idonea



documentazione e/o giustificativi di spesa. In caso di emissione di fattura, quest'ultima dovrà essere intestata all'azienda.

In caso di autorizzazione all'uso di auto propria, al dipendente verrà riconosciuta un'indennità chilometrica (esente ai fini fiscali e contributivi), commisurata all'auto effettivamente usata, fino ad un massimale pari al costo di esercizio (indicato nel bollettino ACI) per l'autovettura FIAT PUNTO 1.4 SES 8V-77 cv. benzina, in relazione ad una percorrenza media annua di Km. 15.000. Sarà oggetto di rimborso anche il parcheggio e/o il pedaggio autostradale.

Qualora la missione comporti una prestazione almeno pari all'intera giornata lavorativa, verrà corrisposto ai lavoratori interessati un importo di € 15,49 giornaliero, a titolo di indennità forfetaria.

Con riferimento alla procedura inerente le missioni fuori il Comune di Roma, si rinvia alla disciplina prevista dagli Ordini di servizio n. 01-2013 di Net Insurance e Net Insurance Life.

B. TRASFERTA ENTRO IL COMUNE DI ROMA (PERMESSI DI LAVORO)

A tutto il personale inviato in missione per servizio, entro il comune di Roma, competerà il rimborso a piè di lista delle spese sostenute per il trasporto urbano, per le spese di rappresentanza, nonché per quelle derivanti dall'eventuale utilizzo di auto propria (indennità chilometrica, imponibile ai fini fiscali e contributivi) e parcheggio, ad esclusione dei corsi di formazione e/o aggiornamento concessi dall'azienda su richiesta del dipendente.

In caso di utilizzo di auto propria, fermo restando quanto previsto alla lettera A del presente articolo, i chilometri percorsi andranno computati secondo quanto segue:

- per il calcolo, andrà utilizzato "Google Maps", allegando la stampa del relativo risultato alla documentazione della missione;
- per il percorso, dovrà prendersi come riferimento della partenza della missione sempre la sede aziendale, anche ove il dipendente inizi/termini la stessa dalla/alla propria abitazione. Qualora la distanza chilometrica tra quest'ultima e la sede di destinazione sia inferiore alla distanza prevista tra la sede di lavoro e la destinazione stessa, sarà computato il percorso più breve.

Con riferimento alla disciplina e procedura inerente le missioni entro il Comune di Roma (permessi di lavoro), si rinvia alle disposizioni previste dagli Ordini di servizio n. 02-2013 di Net Insurance e Net Insurance Life.

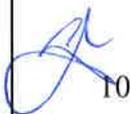
ART. 10

BUONO PASTO

Al personale che osserva l'orario di lavoro di cui all'art. 101, numero 1, lettera a) del C.C.N.L. vigente, viene corrisposto un buono pasto giornaliero, dal lunedì al giovedì, per ogni giornata di effettiva presenza. Ai fini dell'erogazione del buono pasto, dovranno essere svolte almeno 4 ore di lavoro ordinario, con obbligo di rientro pomeridiano dalla pausa pranzo di un'ora lavorativa, decorrente dalla relativa timbratura ed in ogni caso con computo minimo dalle ore 14.00.

In deroga alla disciplina di cui sopra, il buono pasto giornaliero viene corrisposto anche in caso di assenza per permesso di lavoro, ad esclusione dei casi in cui il vitto sia oggetto di rappresentanza (sia in caso di contestuale richiesta di rimborso spese che di offerta da parte del terzo).

Il valore del buono pasto, previsto dall'art. 102 del C.C.N.L. vigente in € 3,80, viene incrementato di ulteriori € 4,70 per complessivi € **8,50** relativi a ciascun giorno di presenza e/o permesso di lavoro.



10



Eventuali futuri aumenti del buono pasto, derivanti dai rinnovi della contrattazione collettiva nazionale, saranno oggetto di assorbimento, pertanto il valore totale del buono resterà invariato.

ART. 11

TRATTAMENTO PREVIDENZIALE

I criteri e le modalità di attuazione del trattamento previdenziale sono disciplinati dall'apposito regolamento contenuto nell'Allegato 1 del presente contratto.

ART. 12

FONDO DI ASSISTENZA

I criteri e le modalità di attuazione del Fondo di assistenza per i dipendenti, sono disciplinati dall'apposito regolamento contenuto nell'Allegato 2 del presente contratto.

ART. 13

PRESTITI PERSONALI

Il Gruppo Net Insurance concederà prestiti al personale dipendente, esclusivamente a tempo indeterminato di tipo ordinario, alle seguenti condizioni e modalità.

Fondo

Il Gruppo Net Insurance ha istituito un fondo riservato ai dipendenti per erogare prestiti, di entità massima stabilita di anno in anno e regolamentato come segue:

- l'entità iniziale del fondo, deliberata a partire dal 2009 in euro 200.000, è stata oggetto di aggiornamento annuale in proporzione della variazione netta nel numero dei dipendenti a tempo indeterminato intervenuta, di volta in volta, in rapporto all'anno precedente;
- il fondo viene annualmente incrementato da tutti gli importi rimborsati dai dipendenti (rate e/o "una tantum") e decurtato delle somme inerenti i prestiti concessi dal Gruppo Net Insurance;
- i prestiti verranno erogati dal Gruppo Net Insurance seguendo il solo criterio cronologico di presentazione delle richieste, previa verifica della disponibilità del fondo stesso.

Importo

L'importo del prestito sarà concesso al dipendente in funzione dell'anzianità di servizio, come di seguito specificato:

- Euro 6.000,00 dopo un anno intero di servizio effettivo;
- Euro 2.000,00, in aggiunta a quanto spettante dopo il primo anno di servizio, per ogni successivo anno di servizio effettivo;
- Euro 15.000,00 importo massimo.

In caso di passaggio del dipendente da una compagnia all'altra del Gruppo Net Insurance, ai fini del computo dell'anzianità di cui sopra farà fede la data di assunzione nell'azienda originaria.

Motivazione della richiesta

I dipendenti potranno richiedere prestiti nei seguenti casi:



11



- lavori di manutenzione e/o ristrutturazione dell'abitazione presso la quale il dipendente risulti domiciliato;
- spese per l'acquisto di arredi domestici;
- spese per il trasloco, quando non avvenga in conseguenza di trasferimento per iniziativa del Gruppo Net Insurance;
- spese da sostenere in occasione della nascita dei figli;
- spese inerenti il matrimonio del dipendente e/o dei figli;
- spese sanitarie, per le quali è prevista l'anticipazione del TFR;
- spese relative all'acquisto della prima casa di abitazione per cui è prevista l'anticipazione del TFR, quando il dipendente non abbia l'anzianità richiesta;
- spese per l'estinzione o la riduzione di mutui pregressi contratti con istituti bancari e/o finanziari per l'acquisto della prima casa o loro rinegoziazione;
- spese per l'acquisto di vettura di proprietà o intestata a uno dei familiari a carico;
- spese funebri per il decesso di un componente il nucleo familiare del dipendente.

Il Gruppo Net Insurance si riserva di richiedere al dipendente la produzione di idonea documentazione comprovante la motivazione addotta.

Durata

Annua, fino ad un massimo di 5 anni.

Rateizzazione

Rate mensili consecutive, comprensive di capitale ed interessi, da trattenere sullo stipendio all'atto della corresponsione della retribuzione (escluse le mensilità aggiuntive).

In caso di cessazione del rapporto di lavoro del dipendente dimissionario, il debito residuo sarà trattenuto dalle competenze di fine rapporto fino a capienza, con esclusione del TFR. In aggiunta a quanto sopra, si conviene che tale clausola operi sempre in caso di risoluzione del rapporto di lavoro per giusta causa.

Una volta eseguita la trattenuta di cui sopra, eventuali ulteriori rimanenze dovranno essere oggetto di restituzione al Gruppo Net Insurance, in unica soluzione, entro e non oltre 60 gg. dalla data di pubblicazione del Libro Unico del Lavoro relativo alle competenze di fine rapporto.

Tasso

I suddetti prestiti saranno erogati dal Gruppo Net Insurance entro 7 gg. dalla richiesta, a un tasso di interesse fisso o variabile che verrà stabilito e comunicato entro il 15 gennaio (tasso che sarà applicato per il I semestre) ed entro il 15 luglio (tasso che sarà applicato per il II semestre) di ciascun anno.

L'opzione per il mantenimento del tasso iniziale (tasso fisso) o per l'applicazione per ciascun semestre del tasso di volta in volta determinato (tasso variabile) dovrà essere esercitata unicamente al momento della richiesta del prestito.

I tassi di riferimento sono definiti come segue:

- tasso fisso: IRS 5 anni + 40bp (0,40%);
- tasso variabile: Euribor 6 mesi + 40bp (0,40%).

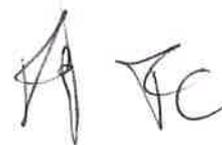
I tassi presi a riferimento sono i primi utili per ciascun semestre.

ART. 14

PREMIO AZIENDALE DI PRODUTTIVITA'

Le parti concordano sull'esigenza di correlare le erogazioni economiche di cui all'art. 84, lett. o) del C.C.N.L. vigente, ai risultati conseguiti nella realizzazione di programmi aventi come obiettivo incrementi di produttività, di redditività ed altri elementi di competitività di cui le imprese del Gruppo Net Insurance dispongono.

 12



L'erogazione del premio, parametrato in relazione ai livelli di inquadramento del personale, presuppone il raggiungimento di determinati risultati di bilancio conseguiti dalle Compagnie Net Insurance e Net Insurance Life.

In quest'ottica, il Premio Aziendale di Produttività è così configurato:

CONDIZIONI PER IL RICONOSCIMENTO DEL PREMIO

- a) Il premio sarà riconosciuto a condizione che venga raggiunto, per il medesimo esercizio, un Combined Ratio di Gruppo (vita+danni) così come espresso nella tabella seguente:

Combined Ratio		% Su tabellare CCNL ANIA
Da	A	
oltre 99%		0,0%
99,00%	98,01%	80%
98,00%	97,01%	90%
97,00%	96,01%	100%
96,00%	95,01%	110%
95,00%	94,01%	120%
94,00%	93,01%	130%
fino a 93%		140%

La formula da utilizzare per il calcolo del Combined Ratio dell'esercizio n è riportata di seguito, alla lettera b).

Il premio verrà erogato purché si sia verificata, nel medesimo esercizio di riferimento, la seguente condizione:

- che il Roe di Gruppo, così come definito di seguito (lett. c) non risulti inferiore al 5%.

Vengono escluse dall'utile netto come sopra definito le componenti di carattere straordinario, risultando, tali componenti, estranee alla gestione caratteristica delle Compagnie del Gruppo; così come vengono escluse dal patrimonio netto, come sopra definito, le quote derivanti da aumenti di capitale aventi finalità diverse a) da quelle necessarie alla gestione caratteristica delle Compagnie del Gruppo ed al rispetto dei requisiti patrimoniali previsti dall'Istituto di Vigilanza (margine di solvibilità, attivi a copertura delle riserve tecniche, ecc...), b) da quelle occasionate da opportunità strategiche di Gruppo.

- b) La formula da utilizzare per il calcolo del **Combined Ratio del Gruppo Net Insurance** è la seguente:

$$\text{Combined Ratio di esercizio di Gruppo} = \frac{(Bd+Bv+Cd+Cv+Dd+Dv)}{(Ad+Av)}$$

Dove:

- Ad** - premi di competenza Net Insurance (I.1)
- Av** - premi di competenza Net Insurance Life (II.1 - II.6)
- Bd** - sinistri di competenza Net Insurance (I.4)
- Bv** - sinistri di competenza Net Insurance Life (II.5)
- Cd** - provvigioni nette riassicurazione Net Insurance (I.7.a+I.7.d-I.7.f)
- Cv** - provvigioni nette riassicurazione Net Insurance Life (II.8.a+II.8.d-II.8.f)
- Dd** - costi di gestione Net Insurance (I.7.b+I.7.e)

Dv - costi di gestione Net Insurance Life (II.8.b+II.8.e)

Dati questi, rilevabili dai bilanci civilistici di Net Insurance e Net Insurance Life per l'anno n.

- c) La formula da utilizzare per il calcolo del **R.O.E. di Gruppo** dell'esercizio n è la seguente:

$$\text{R.O.E.} = \text{U.N. es. n} / (((\text{P.N. es. n} - \text{U.N. es. n}) + \text{P.N. es. n-1})/2)$$

Dove U.N. e P.N. sono rispettivamente l'utile netto ed il patrimonio netto da Bilancio Consolidato.

MODALITA' DI DETERMINAZIONE E COMUNICAZIONE DEL PREMIO

- Il premio annuo spettante varia in funzione del valore del risultato di Combined Ratio di Gruppo, calcolato secondo i criteri sopra indicati, cui va applicata la percentuale di riferimento sulla retribuzione tabellare ex CCNL ANIA vigente del dipendente, evidenziata nella tabella suindicata.
- Il premio sarà quantificato assumendo come riferimento i livelli e le classi di inquadramento in essere alla data del 31 dicembre dell'anno di competenza.
- La determinazione annua dei premi è correlata ai futuri incrementi della retribuzione tabellare relativi ai rinnovi della parte economica del C.C.N.L. vigente.
- Il premio viene erogato, secondo i meccanismi sopra descritti, con la mensilità di settembre dell'anno successivo a quello di riferimento e spetterà ai dipendenti in proporzione al periodo di servizio prestato nell'anno di competenza, con esclusione dei dipendenti che non risultino più in forza, in seguito a risoluzione del rapporto per dimissioni, al 1° settembre dell'anno di corresponsione del premio.
- In caso di assunzione nel corso dell'anno di riferimento, il premio viene riconosciuto in proporzione ai mesi effettivamente lavorati (il mese intero viene considerato qualora il dipendente sia in forza almeno 15 g. di calendario), escluse le assenze dal lavoro non retribuite.
- Il premio non viene erogato, infine, in caso di contratti a tempo determinato inferiori ai dodici mesi, dovendosi intendere tale termine con riferimento alla sola durata contrattuale: sarà dunque erogato, in proporzione al periodo di servizio prestato ai sensi del punto precedente, anche ove il contratto a tempo determinato, di durata almeno annuale, copra un periodo di servizio nell'arco di due anni.
- Entro il 15 maggio di ogni anno il Gruppo Net Insurance notificherà, tramite mail al personale, l'eventuale raggiungimento del premio, ed in caso positivo anche la relativa percentuale di Combined Ratio raggiunta.

ART. 15

AGEVOLAZIONI AI DIPENDENTI

- A. Le parti concordano sull'esigenza di riconoscere agevolazioni per i dipendenti sui prodotti assicurativi erogati dal Gruppo Net Insurance, determinate in base al calcolo del premio al netto dei caricamenti di acquisizione e di gestione (premi puri).
- B. In caso di decesso del dipendente durante il rapporto di lavoro, il Gruppo Net Insurance si impegna ad effettuare un colloquio, obbligatorio ma non impegnativo, ai fini della

valutazione della possibile assunzione del coniuge o del figlio/a del dipendente deceduto.

ART. 16

DECORRENZA E DURATA

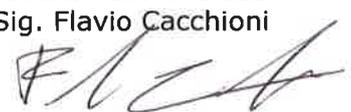
Il presente Contratto Integrativo Aziendale ha effetto dal 1° dicembre 2015 al 30 aprile 2016.

Le parti si danno comunque atto che, qualora alla data del 1° maggio 2016 non sia già entrato in vigore il rinnovo del CCNL ANIA vigente, il presente Contratto Integrativo Aziendale si intenderà tacitamente rinnovato fino al giorno in cui avrà effetto il rinnovo del suddetto CCNL.

Dopo tale data, si conviene pertanto che il presente Contratto Integrativo Aziendale cessi la sua efficacia.

Le disposizioni del presente articolo sostituiscono integralmente quanto previsto dal precedente art. 14 del CIA 23 aprile 2013.


R.S.A. UILCA
Sig. Francesco Testaj


R.S.A. FISAC-CGIL
Sig. Flavio Cacchioni


Net Insurance S.p.A.
Il Presidente
Dott. Alfredo Rocchi


Net Insurance S.p.A.
L'Amministratore Delegato
Dott. Giuseppe Caruso


Net Insurance Life S.p.A.
Il Presidente
Dott. Giuseppe Caruso

ALLEGATO 1

TRATTAMENTO PREVIDENZIALE

Premesso che:

le Parti intendono istituire un trattamento di previdenza complementare in regime di contribuzione definita in favore dei dipendenti del Gruppo Net Insurance, ai sensi dell'art. 86 del C.C.N.L. vigente e dell'apposito Regolamento attuativo previsto nell'allegato 13 del medesimo C.C.N.L.;

le Parti concordano che le dimensioni aziendali consentono di realizzare il predetto programma previdenziale in maniera più efficiente mediante l'adesione dei dipendenti ad un fondo pensione aperto;

il Decreto legislativo n. 252/2005 (di seguito per brevità Decreto), recante la disciplina delle forme pensionistiche complementari, stabilisce all'art. 12, comma 2, la facoltà di adesione a fondi pensione aperti su base collettiva;

si conviene:

che il fondo pensione aperto individuato dalle parti per la realizzazione del suddetto trattamento previdenziale è il "Fondo Generali Global" (di seguito per brevità "Fondo") al quale i nuovi dipendenti possono iscriversi con adesione individuale volontaria. I dipendenti già iscritti ad altre forme di previdenza complementare possono aderire con contestuale trasferimento della loro posizione individuale maturata presso il fondo pensione di provenienza.

L'adesione al Fondo può avvenire anche per effetto del meccanismo di conferimento tacito del Trattamento di Fine Rapporto (di seguito TFR) maturando di cui all'art. 8, comma 7, lett. b), del citato Decreto.

Tenuto conto delle disposizioni di cui all'art. 8 del Decreto, il finanziamento del trattamento di previdenza complementare dei dipendenti viene realizzato mediante il versamento al Fondo dell'intero TFR maturando.

I dipendenti di prima iscrizione alla previdenza obbligatoria anteriore al 29 aprile 1993, non iscritti a forme pensionistiche complementari possono, ai sensi delle disposizioni di cui all'art. 8, comma 7, lett. c), del Decreto, destinare al Fondo una quota di TFR maturando non inferiore al 50%.

In aggiunta, è previsto altresì il versamento della seguente ulteriore contribuzione, espressa in percentuale della retribuzione tabellare prevista dal CCNL vigente.

Le parti concordano sulla facoltà del dipendente di poter scegliere una tra le seguenti due linee contributive esposte nella tabella sottostante:

Contributo a carico del dipendente	Contributo a carico dell'azienda	Totale
2,0%	2,5%	4,5%
3,0%	3,5%	6,5%

Fermo restando quanto sopra, i dipendenti hanno facoltà di destinare al Fondo ulteriori contributi aggiuntivi a proprio carico.

Il versamento al Fondo della contribuzione di cui sopra, a carico dei dipendenti e del datore di lavoro, viene da questo effettuato con cadenza mensile.

Il versamento a favore del Fondo della contribuzione derivante da quote di TFR viene effettuato dal datore di lavoro con cadenza mensile, contestualmente e parimenti al versamento della contribuzione di cui sopra.

Nei casi di cessazione del rapporto di lavoro, il Gruppo Net Insurance provvede a versare la contribuzione dovuta fino alla data di cessazione del rapporto stesso entro il mese successivo a tale data.

Salvo diversa indicazione dei dipendenti al momento dell'adesione al Fondo, il TFR verrà destinato alla linea di investimento del Fondo che prevede, in caso di pensionamento, morte, invalidità permanente e cessazione del rapporto di lavoro seguita da un periodo di inoccupazione superiore a 48 mesi, la garanzia di restituzione dei versamenti al netto delle spese di partecipazione al Fondo e di corresponsione di un rendimento minimo. Il TFR confluito al Fondo per effetto del citato meccanismo di conferimento tacito confluirà obbligatoriamente nella predetta linea di investimento.

Qualora si producessero alterazioni sostanziali del quadro normativo, economico e finanziario entro il quale le parti hanno deciso l'istituzione e definito il finanziamento del trattamento pensionistico complementare, le parti medesime, su richiesta di una di esse, si incontreranno per una verifica del presente accordo e per valutare le eventuali deliberazioni conseguenti.

ALLEGATO 2

FONDO DI ASSISTENZA

Con riferimento all'art. 84, lett. h, del C.C.N.L. vigente, al personale dipendente assunto con rapporto di lavoro a tempo indeterminato di tipo ordinario, verranno garantite le prestazioni assistenziali di seguito specificate.

A. Infortuni professionali ed extraprofessionali

E' prevista una copertura assicurativa contro gli infortuni professionali ed extraprofessionali, con i seguenti massimali:

1. Morte con massimale pari a 5 volte la retribuzione annua lorda;
2. Invalidità Permanente con massimale pari a 6 volte la retribuzione annua lorda.

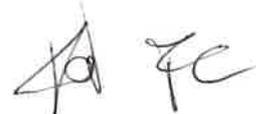
B. Indennità in caso di morte per i Funzionari e Capiufficio

Viene garantita un'indennità in caso di morte pari ad € 150.000,00 per i Funzionari e pari ad € 100.000,00 per i Capiufficio del Gruppo Net Insurance, da corrisponderci a favore degli eredi legittimi e/o testamentari degli stessi.

Il Gruppo Net Insurance non corrisponderà alcuna indennità qualora il decesso del dipendente fosse causato da:

1. dolo del dipendente o dei suoi eredi legittimi e/o testamentari;
2. partecipazione attiva del dipendente a delitti dolosi;


17



3. partecipazione attiva del dipendente a fatti di guerra;
4. incidente di volo, se il dipendente viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di pilota o di membro dell'equipaggio o vola su deltaplani, ultraleggeri, parapendii, elicotteri o effettua lanci con il paracadute;

L'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo del dipendente implica l'esclusione totale dalla copertura.

C. Copertura assicurativa malattie

Ai dipendenti del Gruppo Net Insurance viene riconosciuta una forma di assistenza sanitaria avente ad oggetto il rimborso delle spese mediche e dei grandi interventi chirurgici, attuata a mezzo di polizza assicurativa stipulata direttamente dal Gruppo Net Insurance, ovvero tramite il versamento di contributi ad apposita cassa di assistenza o con altre forme utili ad ottenere gli stessi risultati.

L'assistenza sanitaria di cui al presente accordo riguarda anche i familiari a carico del dipendente - intendendosi per tali quelli per i quali il dipendente ha diritto alle detrazioni per carichi familiari ai sensi dell'art. 12 del testo unico delle imposte sui redditi (DPR 22.12.86 n. 917).

Le prestazioni sono estese al coniuge del dipendente anche se non a carico, purché lo stesso sia convivente e goda di un reddito annuo lordo inferiore all'importo previsto da circolare ANIA annualmente emanata.

Agli effetti dell'applicazione del precedente comma si ha riguardo all'entità del reddito percepito dal coniuge certificato nell'anno precedente a quello in cui vengono effettuati i rimborsi.

Di seguito vengono riportate le condizioni di assicurazione, concordate dalle parti, aventi ad oggetto il personale con qualifica di Funzionario ed Impiegato:

A. ESTRATTO CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE FUNZIONARI

GLOSSARIO

AMBULATORIO

Struttura o medico attrezzato e regolarmente autorizzato dalla normativa vigente e lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

ANNO ASSICURATIVO

Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza dell'Assicurazione.

ASSICURATO

Le persone iscritte presso la Cassa di Assistenza in regola con il versamento della quota associativa, quali Funzionari del Gruppo Net Insurance S.p.A. ed i relativi Nuclei Familiari, indicate nell'elenco degli Assicurati riportato in Polizza, che sono considerati Assicurati secondo quanto indicato all'Art. 2.1 delle Condizioni di Assicurazione.

ASSICURATORE

Net Insurance S.p.A.

ASSICURAZIONE

Il contratto mediante il quale l'Assicuratore, dietro pagamento da parte del Contraente del Premio pattuito, si obbliga a mantenere indenne l'Assicurato, entro i limiti convenuti, dalle conseguenze del danno a lui causato da un Sinistro.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

L'assistenza prestata da persone fornite di specifica qualifica professionale.

CONTRAENTE

La Cassa di Assistenza quale soggetto che stipula l'Assicurazione.

DAY-HOSPITAL

La degenza esclusivamente diurna, ancorché non interrotta, in Istituto di Cura, resa necessaria per l'espletamento di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e/o riabilitativo, che non comportano la necessità di ricovero ordinario, ma che comunque richiedono, per la loro natura e complessità, un regime di assistenza medica ed infermieristica continuativa.

La degenza deve essere documentata da cartella clinica dalla quale risultino i giorni di effettiva presenza dell'Assicurato nell'Istituto di Cura.

DATA SINISTRO

Data in cui si è verificato il Ricovero o, se non vi è stato Ricovero, l'Intervento chirurgico in Day-Hospital o in ambulatorio, il parto domiciliare; per le prestazioni sanitarie extra ricovero, la data della prima prestazione sanitaria erogata.

FRANCHIGIA

La parte del danno che rimane a carico dell'Assicurato.

GESSATURA

Fasciatura trattata con gesso, applicazione di docce o di altri apparecchi di contenzione.

INDENNIZZO

La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di Sinistro.

INFORTUNIO

L'evento dovuto a causa accidentale e fortuita, violenta ed esterna che produce all'Assicurato lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

INTERVENTO CHIRURGICO

Atto medico avente una diretta finalità terapeutica, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa, nonché le riduzioni incruente di fratture o lussazioni. Sono considerati Interventi Chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendo come tali quelli che comportano il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e quelli che comportano una cruentazione dei tessuti per l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo.

ISTITUTO DI CURA

Gli ospedali, le cliniche, le case di cura e gli istituti universitari, pubblici o privati, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera.

Per essere considerati tali, gli Istituti di Cura devono inoltre essere sottoposti alla direzione ed al controllo permanente di un medico, devono disporre di adeguate attrezzature diagnostiche e terapeutiche e devono svolgere la loro attività secondo metodi scientifici riconosciuti e sulla base di una documentazione clinica completa.

Agli effetti contrattuali, in ogni caso, non sono considerati Istituti di Cura: gli stabilimenti termali; le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche; gli ospedali, le cliniche e le case di cura per convalescenza o per lunga degenza; le strutture di soggiorno per anziani o per la cura di malati cronici.

MALATTIA

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da Infortunio.

MALFORMAZIONE-DIFETTO FISICO

L'alterazione organica, non evolutiva, congenita o acquisita per Malattia o Infortunio durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile prima della stipulazione della Polizza.

MASSIMALE ASSICURATO

Il Massimale indicato in Polizza rappresenta il massimo Indennizzo per ogni persona assicurata, per Sinistro e/o per Anno Assicurativo.

NUCLEO FAMILIARE

I familiari dei Funzionari indicati nell'elenco degli Assicurati riportato in Polizza, che sono considerati Assicurati secondo quanto indicato all'Art. 2.1 delle Condizioni di Assicurazione.

PARTI

Cassa di Assistenza / Net Insurance SpA.

POLIZZA

Il documento che prova l'Assicurazione.

PREMIO

La somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore quale corrispettivo per l'Assicurazione.

RICOVERO

La degenza ininterrotta, comportante pernottamento, in un Istituto di Cura resa necessaria per l'esecuzione di Interventi Chirurgici oppure di accertamenti e/o terapie non eseguibili in ambulatorio.

RISCHIO

La probabilità del verificarsi del Sinistro.

SCOPERTO

Percentuale dell'Indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato.

SINISTRO

Il verificarsi del Ricovero in Istituto di Cura o della degenza in Day-Hospital o dell'Intervento Chirurgico in Ambulatorio, nonché delle altre prestazioni mediche garantite dal contratto assicurativo, reso necessario da Malattia, Infortunio e parto.

S.S.N.

Servizio Sanitario Nazionale.

TERMINE DI ASPETTATIVA

Il periodo di tempo che intercorre fra la decorrenza del contratto e l'inizio della garanzia.

SEZIONE 1 – NORME GENERALI DI ASSICURAZIONE**Art. 1.5 – ALTRE ASSICURAZIONI**

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre assicurazioni riguardanti gli stessi rischi garantiti dalla presente Assicurazione.

Art. 1.8 – DURATA CONTRATTUALE, TACITA PROROGA DELLA POLIZZA, EFFICACIA DELLE GARANZIE

La durata del contratto è fissata in anni uno e decorre dalle ore 24,00 del 31.12.2013 e termina alle ore 24,00 del 31.12.2014 con possibilità di rinnovo.

In mancanza di disdetta, data da una delle Parti mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, la Polizza è prorogata per un anno e così successivamente di anno in anno.

Qualora il Sinistro si protragga oltre la scadenza annuale di Polizza la garanzia mantiene la sua operatività fino all'esaurimento del Sinistro stesso, nell'ambito della somma assicurata relativa all'annualità in cui ha avuto inizio il Ricovero o sia stato effettuato l'Intervento Chirurgico ambulatoriale o le altre prestazioni garantite. Quanto sopra vale anche nel caso di mancato rinnovo del contratto.

Art. 1.9 – ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 1.12 – ONERE DELLA PROVA

E' a carico di chi domanda l'indennizzo provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto ai termini di Polizza.

Art. 1.13 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana. Per tutto quanto non è espressamente regolato in Polizza valgono le norme legislative e regolamentari vigenti nella Repubblica Italiana.

SEZIONE 2 – GARANZIA RIMBORSO SPESE SANITARIE**Art. 2.1 – ASSICURATI**

L'Assicurazione è prestata:



20



- a. a favore delle persone iscritte presso la Cassa di Assistenza quali Funzionari del Gruppo Net Insurance, e dei relativi familiari a carico – intendendosi per tali quelli per i quali il Funzionario ha diritto alle detrazioni d'imposta a norma dell'art.12 del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modificazioni ed integrazioni;
- b. a favore del coniuge anche se non a carico purché lo stesso risulti convivente e non goda di un reddito annuo lordo superiore ad € 36.442,24. Al 1° gennaio di ogni anno tale limite verrà automaticamente adeguato sulla base della variazione dell'indice ISTAT del costo della vita (indice dei prezzi alla consumo per le famiglie di operai ed impiegati) verificatasi nel mese di dicembre rispetto allo stesso mese dell'anno precedente. Con lo stesso criterio il limite suddetto verrà rivalutato negli anni successivi;
- c. a favore del convivente more uxorio purché non goda di un reddito annuo lordo superiore ad € 36.647,55. Al 1° gennaio di ogni anno tale limite verrà automaticamente adeguato sulla base della variazione dell'indice ISTAT del costo della vita (indice dei prezzi alla consumo per le famiglie di operai ed impiegati) verificatasi nel mese di dicembre rispetto allo stesso mese dell'anno precedente. Con lo stesso criterio il limite suddetto verrà rivalutato negli anni successivi;

Agli effetti dell'applicazione dei precedenti punti b. e c. , si ha riguardo all'entità del reddito percepito dal coniuge o dal convivente more uxorio alla data del 1° gennaio dell'anno in cui vengono effettuati i rimborsi.

Le garanzie restano sospese nell'anno successivo a quello nel quale il reddito annuo sia risultato superiore a quello indicato al punto b. e riprenderà a decorrere se inferiore come previsto al comma precedente.

- d. Il riconoscimento del rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie rese a favore del convivente more uxorio presuppone che non sussista, o non sussista più, vincolo matrimoniale del Funzionario. La convivenza more uxorio va comprovata da documentazione ufficiale; il Funzionario che richiede rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie rese a favore del convivente deve annualmente rilasciare all'azienda apposita dichiarazione della quale si assume tutte le responsabilità.

Art. 2.2 - PRESTAZIONI

L'Assicuratore assicura, per gli Infortuni e le Malattie compreso parto cesareo, aborto spontaneo, terapeutico, o post traumatico, verificatosi nel corso dell'Anno Assicurativo e qualunque ne sia il numero, sino alla concorrenza del Massimale indicato in Polizza, il rimborso delle spese sostenute per le seguenti prestazioni , con le modalità e nei limiti di seguito indicati.

Gli Assicurati, ancorché ricoverati presso Istituti di Cura alla data di effetto delle garanzie, beneficiano delle prestazioni riferite ad eventi indennizzabili a termini di Polizza ed imputabili obiettivamente in data successiva alla decorrenza della garanzia.

A. Ricoveri di medicina o chirurgia ed Interventi chirurgici ambulatoriali

1. Ricoveri per c.d. "Grandi Interventi", intendendosi per tali quelli indicati da tabella allegata (A):

- rimborso di quanto speso a qualsiasi titolo per il Ricovero e/o l'Intervento Chirurgico;
- rimborso delle spese sostenute per accertamenti diagnostici, compresi gli onorari ai medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di Cura nei 120 giorni precedenti il Ricovero, nonché delle spese rese necessarie dall'Intervento Chirurgico – sostenute nei 120 giorni successivi al termine del Ricovero – per esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, per trattamenti fisioterapici e rieducativi, incluso il noleggio dei macchinari per la fisioterapia e dei supporti ortopedici.

Con il limite massimo per Anno Assicurativo per Nucleo Familiare, di € 230.000,00.

2. Altri Ricoveri per Malattia e Infortunio (diversi da quelli di cui al successivo punto 3), Interventi Chirurgici ambulatoriali:

- Prima del Ricovero con o senza Intervento Chirurgico:
 - rimborso delle spese per esami, visite mediche ed accertamenti diagnostici, compresi onorari dei medici e infermieristici ed eventuali rette di degenza per i casi di Day Hospital, effettuati, anche al di fuori dell'Istituto di Cura o dell'Ambulatorio, nei 120 giorni antecedenti il Ricovero o l'Intervento Chirurgico ambulatoriale purché direttamente inerenti la Malattia o Infortunio che ha originato gli stessi.
 - rimborso delle spese per trasporto dell'Assicurato e di un suo accompagnatore con autoambulanza all'Istituto di Cura o Ambulatorio; con qualsiasi altro mezzo all'Istituto di Cura o Ambulatorio per Intervento Chirurgico (esclusi i casi di parto), sino alla concorrenza di € 1.033,00 per Anno Assicurativo.
- Durante il Ricovero con o senza Intervento Chirurgico:
 - Rimborso delle spese relative al Ricovero e/o all'eventuale Intervento Chirurgico (retta di degenza, onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante l'Intervento, diritti di sala operatoria e materiali di Intervento, compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'Intervento, Assistenza medica ed Infermieristica, cure , trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, medicazioni, cure omeopatiche, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo del Ricovero, ecc.);

- rimborso delle spese per vitto e pernottamento dell'eventuale accompagnatore nell'Istituto di Cura o in caso di comprovata non disponibilità dello stesso, in una struttura alberghiera, per un periodo massimo di 120 giorni e con il limite giornaliero di € 103,30;
- Dopo il Ricovero con o senza Intervento Chirurgico:
 - rimborso delle spese per trasporto dell'Assicurato e di un suo accompagnatore per il rientro a casa, o presso altro Istituto di Cura, in autoambulanza o con qualsiasi altro mezzo a seguito di Intervento Chirurgico (esclusi i casi di parto) sino alla concorrenza di € 1.033,00 per Anno Assicurativo.
 - rimborso delle spese sostenute nei 120 giorni successivi alla data di dimissione o all'Intervento Chirurgico ambulatoriale purché direttamente inerenti alla Malattia o Infortunio che ha originato gli stessi, per esami, accertamenti diagnostici, cure omeopatiche, medicinali, prestazioni mediche, terapie, chirurgiche ed infermieristiche, per trattamenti fisioterapici e rieducativi, incluso l'acquisto di piccoli supporti ortopedici o il noleggio di altri supporti o apparecchiature necessarie alla patologia, noleggio apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), Assistenza Infermieristica a domicilio, cure termali e relativi Ricoveri (escluse le spese di natura alberghiera).
- Le garanzie previste al presente punto 2 si intendono estese anche in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico in regime Day Hospital.

Le garanzie di cui al presente punto 2, operano con il limite massimo giornaliero, per i casi di Ricovero, di € 330,00 a persona per retta di degenza e con il limite massimo per Anno Assicurativo, per il complesso delle prestazioni, per Nucleo Familiare di € 115.000,00.

3. Parto:

- a) Parto normale:
 - Rimborso delle spese di degenza nel limite massimo di € 330,00 giornaliere;
 - Rimborso di tutte le altre spese sostenute come previste al precedente punto 2 (onorario medico ostetrico, assistenza pediatrica, ostetrica, ecc.) nel limite massimo di € 2.600,00 per evento e per Nucleo Familiare;
- b) Parto cesareo e gravidanza extrauterina:
 - Rimborso delle spese sostenute nelle stesse misure e con gli stessi limiti previsti per i Ricoveri di chirurgia di cui al precedente punto 2.

4. Altre prestazioni:

- a) Rimborso, con il limite massimo per Anno Assicurativo, per Nucleo Familiare, di € 3.500,00 al 80% delle spese extra ospedaliere sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie e specialistiche:
 - Agopuntura prestata da medico specialista,
 - Angiografia,
 - Bilancio ormonale,
 - Colposcopia,
 - Diagnostica radiologica,
 - Dialisi,
 - Doppler,
 - Ecografia (per non più di tre esami annui),
 - Ecocardiografia,
 - Elettrocardiografia,
 - Elettroencefalografia,
 - Endoscopia,
 - Laserterapia,
 - Logopedia,
 - Mammografia,
 - Mineralogia ossea computerizzata,
 - Pap test,
 - Risonanza magnetica nucleare,
 - Scintigrafia,
 - TAC,
 - Telecuore,
 - Tomografia ed emissione di positroni,
 - Urografia,
 - Acquisto/noleggio di apparecchi protesici (esclusi occhiali, lenti e protesi dentarie),

- Visita del medico specialista che abbia prescritto la prestazione sanitaria di cui sopra.

I rimborsi relativi alla prestazione sanitaria ed alla Visita Specialistica devono essere richiesti congiuntamente.

Nell'ambito del plafond sopra indicato al sub a) e con il limite massimo di € 300,00 annui, è previsto per il solo Funzionario un check-up diagnostico preventivo sulla base di una prescrizione medica.

- b) L'Assicuratore garantisce inoltre il rimborso delle spese per visite ed accertamenti diagnostici senza Ricovero, sostenute per prestazioni sanitarie e specialistiche diverse da quelle indicate alla precedente lettera a):
- Onorari dei medici relativi a Visite Specialistiche anche se non danno luogo a Ricovero, purché abbiano relazione con l'Infortunio o la Malattia sofferta o presunta.
 - Esami di laboratorio ed accertamenti diagnostici, compresa diagnostica preventiva.
- Le garanzie sopra indicate vengono accordate fino ad un massimo di € 2.600,00 per Nucleo Familiare e per Anno Assicurativo (inteso come sottolimito della copertura assicurativa complessiva di € 115.000,00) ed il rimborso avviene con l'applicazione di uno Scoperto del 20% e con un minimo di € 52,00 per evento.
- c) Rimborso integrale delle spese sostenute per le terapie relative a malattie oncologiche (chemioterapia, cobaltoterapia, emodialisi per un massimo di 12 giorni per Nucleo Familiare e per Anno Assicurativo, radioterapia, immunoterapia, laserterapia, ecc.) con il limite massimo per Anno Assicurativo e per Nucleo Familiare, di € 17.500,00.
- d) Rimborso al 100% del ticket pagato per le prestazioni di cui alle lettere a), b) e c), rese al SSN.

B. Prestazioni odontoiatriche

Rimborso delle spese effettivamente sostenute per le prestazioni odontoiatriche entro i limiti previsti per ciascuna prestazione dalla seguente tabella, con il limite massimo, per Anno Assicurativo per il complesso delle prestazioni riferite al Nucleo Familiare, pari a € 1.750,00, aumentato di € 950,00 per i primi due carichi familiari e di € 400,00 per ciascuno dei carichi familiari successivi.

TARIFE PER L'ASSISTENZA ODONTOIATRICA PER I FUNZIONARI DELLE IMPRESE ASSICURATRICI	
DIAGNOSTICA	
Visita parere professionale in studio	€ 23,00
Visita a domicilio del paziente, diurna	€ 40,00
Visita a domicilio del paziente, notturna	€ 51,00
RADIOGRAFIA	
Radiografia endorale	€ 29,00
Radiografia extraorale	€ 34,00
Scialografia	€ 40,00
Arcata dentaria completa	€ 122,00
ANESTESIA	
Anestesia locale plessica	€ 23,00
Anestesia tronculare	€ 29,00
CHIRURGIA	
Alveolite - emorragia postestrattiva (per seduta)	€ 18,00
Avulsione dentaria o radice di dente semplice	€ 40,00
Avulsione dentaria indaginosa	€ 122,00
Avulsione di un dente in inclusione ossea	€ 144,00
Piccoli interventi di chirurgia orale	€ 34,00
Apicectomia (cura del canale a parte)	€ 111,00
Intervento chirurgico preprotetico (per ogni arcata)	€ 111,00
Biopsia	Da € 29,00 a € 45,00
Implantologia, per ogni elemento impiantato (protesi esclusa). Nei casi di chirurgia implantologica con ricovero, sempre che l'intervento non abbia richiesto anestesia totale, motivata da particolare e documentata patologia del paziente, il rimborso delle spese avverrà nell'ambito del massimale previsto dall'art. 3 lettera A, punto 2., con il limite massimo per Anno Assicurativo per nucleo familiare di € 15.000,00	€ 551,00
CURE CONSERVATIVE	
Medicazione per carie superficiali	€ 51,00
Devitalizzazione monoradicolare	€ 84,00
Devitalizzazione pluriradicolare	€ 106,00
Cura della gangrena pulpare (per seduta)	€ 34,00

Otturazione in cemento, ossifosfato di cavità semplice	€ 34,00
Otturazione in cemento, ossifosfato di cavità combinata	€ 40,00
Otturazione con silicato, amalgama o composito di cavità semplice	€ 73,00
Otturazione con silicato, amalgama o composito di cavità combinata	€ 111,00
Cure elettromedicali (per seduta)	€ 23,00
PROTESI FISSA	
Corona stampata in acciaio	€ 62,00
Corona stampata in oro (metallo escluso)	€ 177,00
Corona in due tempi	€ 166,00
Corona in resina	€ 172,00
Corona in porcellana	€ 254,00
Corona Dawis	€ 183,00
Corona fusa (metallo escluso)	€ 232,00
Corona Richmond (metallo escluso)	€ 287,00
Perno moncone	€ 177,00
Corona ¾ (metallo escluso)	€ 122,00
Elemento di ponte fuso in acciaio	€ 67,00
Elemento di ponte fuso in oro (metallo escluso)	€ 155,00
Elemento di ponte fuso in acciaio e resina	€ 100,00
Elemento di ponte in oro e resina (metallo escluso)	€ 287,00
Elemento di ponte fuso in oro e porcellana (punte platino)	€ 353,00
Elemento di ponte resina	€ 177,00
Protesi di fissazione per elemento (metallo escluso)	€ 232,00
Intarsio a perno	€ 100,00
Corona estetica in oro e resina (metallo escluso)	€ 287,00
Corona estetica in oro e porcellana (metallo escluso)	€ 353,00
Corona in resina provvisoria	€ 51,00
Rimozione di protesi (per corona)	€ 34,00
Intarsi (metallo escluso)	€ 210,00
PROTESI MOBILE	
Ganci filo (metallo escluso)	€ 45,00
Ganci fusi (metallo escluso)	€ 51,00
Apparecchio mobile in resina, formato da 1 elemento	€ 84,00
Apparecchio mobile in resina, formato da 2 elemento	€ 122,00
Apparecchio mobile in resina, formato da 3 elemento	€ 177,00
Apparecchio mobile in resina, formato da più di 3 elementi	€ 84,00
Completo inferiore in resina	€ 1.211,00
Completo superiore in resina	€ 1.211,00
Completo superiore e inferiore in resina	€ 2.311,00
Scheletrato (metallo a parte) superiore a 4 elementi	€ 914,00
Scheletrato (metallo a parte) di 4 o inferiore a 4 elementi	€ 683,00
Attacchi, ammortizzatori, cerniere, incastro, ecc. (metallo escluso)	€ 177,00
Ribasatura diretta	€ 122,00
Ribasatura indiretta	€ 232,00
Riparazione semplice	€ 84,00
Aggiunta di un elemento alle riparazioni (per elemento)	€ 84,00
PARADENTOSI	
Ablazione tartaro e pulitura denti	€ 100,00
Cura stomatite (per seduta)	€ 29,00
Cura chirurgica delle malattie del paradenzio (per seduta)	€ 34,00
Gengivectomia (per ogni gruppo di 4 denti)	€ 100,00
ORTODONZIA INFANTILE	
Esame e studio su modelli	€ 67,00
Trattamento ortodontico (compresi apparecchi fissi o rimovibili):	
• Primo anno di cura	€ 1.046,00
• Ciascun anno successivo	€ 1.046,00

In alternativa al trattamento di cui al 1° comma, al Funzionario che ne faccia esplicita richiesta all'atto della presentazione della prima notula di rimborso nell'anno, verranno rimborsate, entro i limiti massimi indicati al 1° comma, le spese effettivamente sostenute con una Franchigia assoluta del 20%.

C. Prestazioni di rimborso aggiuntive

L'Assicuratore garantisce il rimborso delle spese sostenute per:

- a) Acquisto di lenti correttive di vizi della vista clinicamente accertati (escluse le montature e le lenti a contatto) nonché di protesi sostitutive oculari sino alla concorrenza di € 207,00 per Nucleo Familiare e per Anno Assicurativo ed il rimborso avviene con l'applicazione di uno Scoperto del 20% per Sinistro con il minimo di € 52,00.
- b) Acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche.
- c) Acquisto di amplificatori acustici.
- d) Noleggio di apparecchi per emodialisi.
- e) Acquisto o noleggio di carrozzelle ortopediche.
- f) Acquisto o noleggio di erogatori portatili di ossigeno per la terapia di malattie broncopolmonari.

Tale garanzia viene accordata fino ad un massimo di € 775,00 per Nucleo Familiare e per Anno Assicurativo (inteso come sotto limite della copertura complessiva di € 115.000,00) ed il rimborso avviene con l'applicazione di uno Scoperto del 20% per Sinistro.

I tickets relativi a tali eventi verranno rimborsati, sempre nell'ambito di predetto Massimale, senza applicazione di Franchigia.

D. Indennità sostitutiva

Se l'Assicurato si avvale del S.S.N. in forma diretta o indiretta, la garanzia vale per le eventuali spese o eccedenza di spesa rimaste a carico dell'Assicurato nei limiti del Massimale di € 115.000,00.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto alcun rimborso delle spese inerenti il Ricovero ad eccezione delle spese di trasporto che comunque saranno riconosciute, l'Assicuratore riconoscerà per ogni giorno di Ricovero un'indennità giornaliera di € 78,00 fino ad un massimo di 90 giorni per Anno Assicurativo.

E. Prestazioni di rimborso spese ambulatoriali a seguito di infortuni

L'Assicuratore assicura il rimborso delle spese relative alle prestazioni ambulatoriali rese necessarie da Infortunio e sostenute entro 120 giorni dall'accadimento dello stesso sino alla concorrenza della somma assicurata.

F. Gessatura

Se l'infortunio comporta l'applicazione di gessatura, anche senza Ricovero, l'Assicuratore riconoscerà per tutto il periodo di gessatura con il massimo di:

- 25 giorni per gli arti superiori, il busto ed il collo;
- 75 giorni per gli arti inferiori ed il bacino

un'indennità giornaliera di € 52,00 fino ad un massimo di 150 giorni per Anno Assicurativo.

G. Trapianto di organi

La garanzia vale anche per i trapianti di organi, esclusi quelli di cute aventi finalità estetiche e quelli di capelli (salvo quelli resi necessari da Infortunio).

Qualora l'Assicurato debba sottoporsi a trapianto di organi, l'Assicurazione è estesa anche a favore del donatore.

In tal caso la somma assicurata costituisce il limite massimo per le spese complessivamente sostenute dall'Assicurato e dal donatore.

La garanzia è altresì estesa ai casi in cui l'Assicurato stesso sia donatore di organi.

Art. 2.3 - NEONATI

L'Assicurazione si intende automaticamente estesa nei confronti dei neonati, figli dei Funzionari del Gruppo Net Insurance, ed è estesa alle cure ed agli Interventi Chirurgici conseguenti a Malformazione e/o Difetti Fisici, purché effettuati entro 5 anni dalla nascita.

Le cure e gli Interventi Chirurgici conseguenti a Malformazioni e/o Difetti Fisici sono inoltre estese ai soggetti Assicurati che non abbiano compiuto il quinto anno di età alla data di presentazione della denuncia di Sinistro.

Art. 2.4 - DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI E TERMINI DI ASPETTATIVA

Le garanzie nei confronti dei singoli Assicurati, decorrono dalle ore 24,00 del giorno di effetto dell'Assicurazione (o del successivo inserimento in garanzia), purché in regola con il pagamento del Premio.

SEZIONE 3 – ESCLUSIONI E LIMITI CONTRATTUALI

Art. 3.1 – RISCHI ESCLUSI

Sono in tutti i casi escluse dal rimborso le spese relative a:

- a) gli Infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato (compresi invece gli Infortuni cagionati da colpa grave);

- b) Malattie mentali in tutti i casi in cui esse diano luogo a trattamento sanitario obbligatorio ai sensi degli art. 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;
- c) Malattie tubercolari in fase attiva assistibili dall'INPS;
- d) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti. Sono comunque rimborsabili le spese per cure di disintossicazione e relativi Ricoveri nei limiti previsti dal punto 2 lettera A dell'art.3 "Prestazioni";
- e) psicoterapia non curata da medico specialista e psicoanalisi;
- f) chirurgia plastica a scopo estetico (salvo quella a scopo ricostruttivo);
- g) agopuntura non effettuata da medico;
- h) Infortuni sofferti in stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili;
- i) in caso di Ricovero, le spese sostenute per l'uso del telefono, della radio e della televisione;
- j) in caso di prestazioni effettuate all'estero, le spese di viaggio e quelle sostenute dall'eventuale accompagnatore.

Le persone colpite da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, sono assicurate limitatamente alle Malattie (anche originate da infortuni) diverse da quelle citate nel presente capoverso e non direttamente derivanti dalle stesse Malattie citate nel presente capoverso.

Art. 3.2 – PERSONE NON ASSICURABILI

Salvo quanto disposto all'art. 3.1 ultimo comma, non sono assicurabili, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

In ogni caso l'Assicurazione cessa con il loro manifestarsi, con l'obbligo dell'Assicuratore di restituire la parte di Premio pagato e non goduto, al netto degli oneri fiscali.

Art. 3.3 – LIMITI DI ETÀ'

La presente Assicurazione può essere stipulata e/o rinnovata solo fino al raggiungimento dell'90° anno di età dell'Assicurato.

SEZIONE 4 – IN CASO DI SINISTRO

Art. 4.1 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

La denuncia della Malattia o dell'Infortunio, corredata da certificazione medica comprovante le cause e la durata del Ricovero, deve essere fatta per iscritto all'Assicuratore, entro 60 giorni dal momento in cui l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità o conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti ed ai controlli medici disposti dall'Assicuratore, fornire allo stesso ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria utile per la liquidazione del Sinistro, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale.

Art. 4.2 - MODALITA' DI RIMBORSO

Il pagamento di tutte le prestazioni sanitarie è a carico dell'Assicurato, il quale provvede al pagamento e successivamente richiede all'Assicuratore il rimborso delle spese indennizzabili a termini di Polizza.

Tutte le richieste di rimborso, per ogni tipo di garanzia, dovranno essere presentate all'Assicuratore.

In caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico anche in regime di Day Hospital, l'Assicurato deve inviare all'Assicuratore, la denuncia di Sinistro, secondo quanto stabilito agli artt. 1910, 1913, 1915 C.C., corredata della relativa documentazione sanitaria e di spesa in originale.

L'Assicuratore rimborserà all'Assicurato, a termini della presente Polizza, le prestazioni, previa detrazione delle eventuali Franchigie previste oppure, in caso di Ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale e in assenza di richieste di rimborso, provvederà al pagamento della diaria sostitutiva prevista all'Art. 2.2, lettera D "Indennità sostitutiva"

Ferma restando l'operatività di quanto sopra, l'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono:

- fornire direttamente o tramite la struttura che ha erogato la prestazione la documentazione medica sulla natura dell'alterazione di salute, copia della cartella clinica completa (in caso di Ricovero o Intervento Chirurgico in Day Hospital), copia degli accertamenti diagnostici e loro esito, prescrizioni mediche delle terapie e dei trattamenti con relative diagnosi;
- sottoporsi ad accertamenti e controlli medici eventualmente disposti dall'Assicuratore fornendo tutte le informazioni necessarie richieste;
- sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;
- presentare gli originali delle fatture e delle notule di spesa fiscalmente regolari e quietanzate. In caso di intervento del S.S.N. o di altro Ente Assicuratore, gli originali possono essere sostituiti da copie con documentazione di quanto erogato dagli Enti predetti. Per cure sostenute all'estero, il rimborso è eseguito in Euro al cambio medio (quotazioni UIC) della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

L'Assicuratore a ricezione di quanto sopra previsto, compiuti gli accertamenti del caso, liquida le spese indennizzabili eccedenti l'eventuale Franchigia e provvede a fare effettuare il relativo pagamento. L'indennizzo viene corrisposto in Italia.

A norma dell'Art. 6 dell'accordo per l'assistenza sanitaria dei funzionari delle Imprese Assicuratrici del 18.07.2003 come modificato in data 17.09.2007, agli effetti del rimborso di cui alla presente Polizza, gli esami di laboratorio, radiologia e terapia fisica, le prestazioni di riabilitazione nonché i Ricoveri od Interventi Chirurgici ambulatoriali debbono essere prescritti dal medico.

Art. 4.3 – ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

L'Assicurato può richiedere un anticipo sulla liquidazione, anche a titolo di cauzione, fino alla concorrenza delle spese effettivamente sostenute e documentate, purché nei limiti del Massimale di Polizza, previa esibizione di certificazione medica provvisoria dell'Istituto di Cura in cui si attesti il Ricovero nonché la natura della Malattia o dell'Infortunio. Tale anticipo verrà corrisposto a condizione che non sorgano contestazioni sulla risarcibilità delle spese di Ricovero; al termine si procederà al conguaglio, attivo o passivo, in base alle spese effettivamente sostenute.

L'anticipo dell'Indennizzo può essere richiesto esclusivamente in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico.

Art. 4.4 – RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

L'Assicuratore rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa contro i responsabili della Malattia o dell'Infortunio.

Art. 4.5 – CONTROVERSIE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro o sulla misura dei rimborsi, le Parti possono demandare per iscritto la decisione ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Qualora la richiesta di convocazione del Collegio Medico sia fatta dall'Assicurato, l'Assicuratore si obbliga ad aderirvi.

Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza anagrafica dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà alle spese e competenze del terzo medico.

I risultati delle operazioni del Collegio Medico devono essere raccolti in un apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ciascuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

L'eventuale rifiuto di uno dei medici di firmare il verbale deve essere comunque attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

Le Parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa delle decisioni del Collegio Medico, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

Art. 4.6 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Non è prevista per l'Assicuratore la possibilità di recedere dall'Assicurazione a seguito di Sinistro.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- anastomosi di vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
- anastomosi endocranica dei nervi cranici
- asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidolari
- asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti)
- asportazione di tumori dell'orbita
- asportazione di tumori ossei della volta cranica
- cordotomia e mielotomia percutanea
- correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale, subdurale ed epidurale
- derivazioni liquorali intra o extracraniche
- emisferectomia
- endoarterectomia della carotide e della vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame traverso
- intervento per craniostenosi
- intervento per encefalomeningocele
- intervento per traumi cranio-cerebrali
- intervento sull'ipofisi per via transfenoidale
- intervento per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica

- interventi sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore e posteriore
- interventi sul plesso brachiale
- laminectomia esplorativa o decompressiva
- plastiche craniche per tessuti extracerebrali
- rizotomia chirurgica e microdecompressione endocranica dei nervi cranici
- trapanazione cranica per puntura o drenaggio ventricolare
- trapanazione per evacuazione di ematoma epidurale e subdurale
- trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi e fistole)
- trattamento di lesioni intramidollari
- somatotomia vertebrale
- spondilolistesi

FACCIA E BOCCA

- asportazione della parotide per tumori maligni (paroditectomia totale)
- interventi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento ganglionare
- operazioni demolitrici per tumori del massiccio frontale con svuotamento orbitario
- resezione del mascellare superiore
- resezione della mandibola

COLLO

- asportazione di tumori giomici timpano-giugulari
- gozzo retrosternale con mediastinotomia
- interventi per diverticolo dell'esofago
- interventi sulle paratiroidi
- linfectomia cervicale bilaterale
- resezione dell'esofago cervicale
- tiroidectomia allargata per neoplasia maligna
- tiroidectomia totale

ADDOME (PARETE ADDOMINALE)

- laparotomia esplorativa se per occlusione con resezione e/o sutura viscerale

PERITONEO

- exeresi di tumori retroperitoneali

ESOFAGO

- esofagoplastica
- interventi per patologie benigne e maligne dell'esofago toracico

STOMACO

- cardioplastica
- gastrectomia totale e allargata
- intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- intervento per megaesofago e esofagite da reflusso
- resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- resezione gastrica
- sutura di perforazioni gastriche ed intestinali

INTESTINO

- colectomia parziale e totale
- enteroanastomosi
- resezione del tenue

FEGATO E VIE BILIARI

- derivazioni biliodigestive
- drenaggio di ascesso epatico
- interventi chirurgici per ipertensione portale
- interventi per echinococchi
- interventi sulla papilla di Vater
- resezione epatica (emiepatectomia)

RETTO-ANO

- interventi per neoplasie a retto-ano anche per via addominoperineale
- megacolon
- proctocolectomia totale

PANCREAS E MILZA

- interventi per cisti, pseudocisti, fistole pancreatiche
- interventi per neoplasie pancreatiche
- interventi per pancreatite acuta e cronica
- splenectomia

PARETE TORACICA

- interventi per tumori maligni della mammella
- trattamento di traumi parietali

MEDIASTINO

- interventi per ascessi
- interventi per tumori

POLMONE

- interventi per echinococcosi
- interventi per ferite, ascessi, fistole
- interventi per tumori della trachea
- pneumectomia
- resezioni segmentarie e lobectomia
- trapianto di polmone

CARDIOCHIRURGIA

a) interventi a cuore chiuso

- applicazione di pace-maker
- atriostomia per trasposizione dei grandi vasi
- commissurotomia per stenosi mitralica
- correzione di coartazione aortica: resezione aorto-plastica, protesi dacron, patch dacron, by-pass dacron
- derivazioni aorto-polmonari tipo Blalock-Waterstone-Potts
- fistole artero-venose del polmone
- pericardiectomia per pericarditi costrittive
- valvulotomia della polmonare secondo Brook

b) interventi a cuore aperto per difetti singoli non complicati

- anuloplastica valvola singola
- by-pass aorto-coronarico singolo
- correzione di difetto del setto interventricolare
- correzione di difetto interatriale
- correzione di stenosi aortica sottovalvolare e diaframma
- embolectomia della polmonare
- sostituzione di valvola singola: aortica, mitralica, tricuspide
- valvulotomia singola o multipla per stenosi polmonare, mitralica, valvolare aortica

c) interventi a cuore aperto per difetti complessi o complicati

- aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio
- aneurismi aorta toracica
- asportazione di tumori intracardiaci
- by-pass aorto-coronarici multipli
- contropulsazione per infarto acuto mediante incanalamento arterioso
- correzione canale atrioventricolare completo
- correzione impianto anomalo coronarie
- correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
- correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi

- correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica
- correzione di:
 - ventricolo unico
 - ventricolo destro a doppia uscita
 - truncus arteriosus
 - coartazioni aortiche
 - stenosi aortiche infundibolari e sopravalvolari
 - trilogia di Fallot
 - tetralogia di Fallot
 - atresia della tricuspide
 - pervietà interventricolare ipertesa, con debanding, con insufficienza aortica
- finestra aorto-polmonare
- fistole arterovenose polmonari
- intervento in ipotermia per coartazione aortica
- interventi neonatali a cuore aperto con ipotermia profonda e arresto circolatorio
- resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto
- riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti
- sostituzioni valvolari multiple
- sostituzioni valvolari con by-pass aorto-coronarico

CHIRURGIA VASCOLARE

- interventi per aneurismi delle arterie carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache
- interventi per innesti di vasi
- interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca
- interventi per stenosi ed ostruzione della carotide extracranica, succlavia e arteria anonima
- operazioni sull'aorta toracica ed addominale

CHIRURGIA PEDIATRICA

- atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare e abbassamento addomino perineale
- atresia dell'ano semplice con abbassamento addomino perineale
- atresia dell'esofago
- cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- cranio bifido con meningoencefalocele
- fistola dell'esofago
- fistola e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale
- idrocefalo ipersecretivo
- megaurtere con resezione e sostituzione di ansa
- megacolon con operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- neurolisi del plesso brachiale per paralisi ostetrica
- occlusione intestinale
- polmone cistico o policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- teratoma sacrococcigeo
- torace ad imbuto e/o torace carenato
- trattamento chirurgico dell'ipertensione portale

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- artrodesi per via anteriore e/o posteriore con o senza impanti
- artroprotesi di anca
- artroprotesi di ginocchio
- artroprotesi di gomito
- asportazione di tumori ossei
- corpectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- disarticolazione interscapolo-toracica
- discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
- emiartroplastica
- emipelvectomy
- endoprotesi di Thompson
- interventi per costola cervicale
- laminectomia decompressiva per neoplasie
- osteosintesi diafisi femorale ed epifisi dorsale

- osteosintesi di omero
- osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari
- resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom-made"
- osteosintesi vertebrale
- protesi cefalica di spalla
- protesi di polso
- protesi totale di displasia d'anca
- protesi totale di spalla
- pulizia focolai osteici
- resezioni artrodiafisarie di ginocchio
- resezioni complete di spalla con salvataggio
- resezioni del femore prossimale artrodiafisaria e sostituzione con protesi speciale
- resezioni del radio distale con trapianto articolare perone proradio
- resezione del sacro
- resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento e trapianti
- scapulopessi
- trattamento delle dismetrie e delle deviazioni degli arti con impianti esterni
- uncoforaminotomia
- vertebrotomia

TENDINI, MUSCOLI, APONERVOSI

- plastiche riparatrici ricostruttive degli arti per lesioni alle superfici flessorie ed estensorie
- pollicizzazione del 2° o altro dito
- ricostruzioni tendinee polso e mano
- sindesmotomia
- tenoraffie complesse

RENE

- nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- nefrotomia bivalve in ipotermia
- nefroureterectomia totale
- resezione renale con clampaggio vascolare
- surrenalectomia

URETERE

- ureteroile o anastomosi mono e bilaterale

VESCICA

- cistoprostatovescicoleotomia con ileo bladder
- cistoprostatovescicoleotomia con ureteroileoureteroanastomosi
- cistoprostatovescicoleotomia con ureterosigmoidostomia
- emitrigonectomia
- plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- riparazione di vescica estrofica con neovescica rettale

APPARATO GENITALE MASCHILE

- orchietomia allargata per tumore maligno (comprensivo di linfadenectomia retroperitoneale bilaterale)
- prostatectomia radicale

APPARATO GENITALE FEMMINILE

- intervento radicale per carcinoma ovarico
- isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale o vaginale
- creazione operatoria di vagina artificiale
- vulvectomia allargata con linfadenectomia

CORNEA

- cheratomilleusi
- epicheratoplastica
- odontocheratoprotesi

OPERAZIONI PER GLAUCOMA

- iridocicloretroazione
- trabulectomia

RETINA

- resezione sclerale

CRISTALLINO

- asportazione di cataratta ed introduzione di cristallino artificiale
- vitrectomia

ORECCHIO

- anastomosi e trapianti nervosi
- asportazione di tumori dell'orecchio medio
- asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa
- atresia auris congenita: ricostruzione
- chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale
- neurinoma dell'VIII paio
- ricostruzione della catena ossiculare
- sezione del nervo cocleare
- sezione del nervo vestibolare
- timpanoplastica in un solo tempo (curativa o ricostruttiva)

NASO E SENI PARANASALI

- asportazione di tumori maligni del naso e dei seni
- intervento per fibroma duro rinofaringeo

CAVO ORALE E FARINGE

- asportazione di tumori maligni con svuotamento laterocervicale

LARINGE

- interventi per paralisi degli abducenti
- laringectomia ricostruttiva
- laringectomia sopraglottica
- laringectomia totale
- laringofaringectomia

TRAPIANTI ED ORGANI

- tutti i trapianti di organi (esclusi i trapianti di cute aventi finalità estetica e quelli di capelli)

Ad integrazione degli interventi sopra elencati, come indicato nell'allegato n.1 "PRESTAZIONI PER GRANDI INTERVENTI", all'accordo per l'assistenza sanitaria dei funzionari delle Imprese Assicuratrici del 18.07.2003 come modificato in data 17.09.2007, per grandi interventi si intendono quelli per i quali la tariffa minima, approvata con D.P.R. 28 dicembre 1965, n. 1763, prevede per il chirurgo operatore un onorario non inferiore a € 41,32.

Sono, inoltre, comprese fra le prestazioni di cui sopra anche le seguenti, per le quali l'onorario del chirurgo operatore, previsto dalla tariffa minima approvata con Decreto 1965 n. 1763, è inferiore a € 41,32:

- cateterismo cardiaco dx e sin.
- Aortografia
- Cardioangiografia
- Pericardiotomia
- Tutta la chirurgia per la tbc, salvo il pneumotorace, toracosopia, l'aspirazione ed il drenaggio
- Toracotomia esplorativa
- Tumori bronchiali per via endoscopica
- Tumori maligni della sottomascellare
- Adenomi della tiroide
- Faringotomia ed esofagotomia
- Gastrotomia, gostrostromia, enterotomia
- Trapanazione cranica con puntura ventricolare
- Angiografia cerebrale

- Pneumoencefalografia
- Colostomia per Megacolon
- Amputazione grandi segmenti (ortopedia)
- Prelievo per trapianto (ortopedia)
- Osteosintesi grandi segmenti
- Ricostruzione tetto cotiloideo

Per interventi non indicati nella tariffa si farà riferimento ai casi analoghi o similari per gravità di intervento.

B. ESTRATTO CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE IMPIEGATI

GLOSSARIO

AMBULATORIO

Struttura o medico attrezzato e regolarmente autorizzato dalla normativa vigente e lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

ANNO ASSICURATIVO

Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza dell'Assicurazione.

ASSICURATO

Le persone iscritte presso la Cassa di Assistenza in regola con il versamento della quota associativa, quali Impiegati a tempo indeterminato di tipo ordinario del Gruppo Net Insurance ed i relativi Nuclei Familiari, indicate nell'elenco degli Assicurati riportato in Polizza, che sono considerati Assicurati secondo quanto indicato all'Art. 2.1 delle Condizioni di Assicurazione.

ASSICURATORE

Net Insurance S.p.A.

ASSICURAZIONE

Il contratto mediante il quale l'Assicuratore, dietro pagamento da parte del Contraente del Premio pattuito, si obbliga a mantenere indenne l'Assicurato, entro i limiti convenuti, dalle conseguenze del danno a lui causato da un Sinistro.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

L'assistenza prestata da persone fornite di specifica qualifica professionale.

CONTRAENTE

La Cassa di Assistenza quale soggetto che stipula l'Assicurazione.

DAY-HOSPITAL

La degenza esclusivamente diurna, ancorché non interrotta, in Istituto di Cura, resa necessaria per l'espletamento di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e/o riabilitativo, che non comportano la necessità di ricovero ordinario, ma che comunque richiedono, per la loro natura e complessità, un regime di assistenza medica ed infermieristica continuativa. La degenza deve essere documentata da cartella clinica dalla quale risultino i giorni di effettiva presenza dell'Assicurato nell'Istituto di Cura.

DATA SINISTRO

Data in cui si è verificato il Ricovero o, se non vi è stato Ricovero, l'Intervento chirurgico in Day-Hospital o in ambulatorio, il parto domiciliare; per le prestazioni sanitarie extra ricovero, la data della prima prestazione sanitaria erogata.

FRANCHIGIA

La parte del danno che rimane a carico dell'Assicurato.

GESSATURA

Fasciatura trattata con gesso, applicazione di docce o di altri apparecchi di contenzione.

INDENNIZZO

La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di Sinistro.

INFORTUNIO

L'evento dovuto a causa accidentale e fortuita, violenta ed esterna che produce all'Assicurato lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

INTERVENTO CHIRURGICO

Atto medico avente una diretta finalità terapeutica, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa, nonché le riduzioni incruente di fratture o lussazioni. Sono considerati Interventi Chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendo come tali quelli che comportano il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e quelli che comportano una cruentazione dei tessuti per l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo.

ISTITUTO DI CURA

Gli ospedali, le cliniche, le case di cura e gli istituti universitari, pubblici o privati, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera.

Per essere considerati tali, gli Istituti di Cura devono inoltre essere sottoposti alla direzione ed al controllo permanente di un medico, devono disporre di adeguate attrezzature diagnostiche e terapeutiche e devono svolgere la loro attività secondo metodi scientifici riconosciuti e sulla base di una documentazione clinica completa.

Agli effetti contrattuali, in ogni caso, non sono considerati Istituti di Cura: gli stabilimenti termali; le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche; gli ospedali, le cliniche e le case di cura per convalescenza o per lunga degenza; le strutture di soggiorno per anziani o per la cura di malati cronici.

MALATTIA

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da Infortunio.

MALFORMAZIONE-DIFETTO FISICO

L'alterazione organica, non evolutiva, congenita o acquisita per Malattia o Infortunio durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile prima della stipulazione della Polizza.

MASSIMALE ASSICURATO

Il Massimale indicato in Polizza rappresenta il massimo Indennizzo per ogni persona assicurata, per Sinistro e/o per Anno Assicurativo.

NUCLEO FAMILIARE

I familiari degli Impiegati indicati nell'elenco degli Assicurati riportato in Polizza, che sono considerati Assicurati secondo quanto indicato all'Art. 2.1 delle Condizioni di Assicurazione.

PARTI

Cassa di Assistenza / Net Insurance SpA.

POLIZZA

Il documento che prova l'Assicurazione.

PREMIO

La somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore quale corrispettivo per l'Assicurazione.

RICOVERO

La degenza ininterrotta, comportante pernottamento, in un Istituto di Cura resa necessaria per l'esecuzione di Interventi Chirurgici oppure di accertamenti e/o terapie non eseguibili in ambulatorio.

RISCHIO

La probabilità del verificarsi del Sinistro.

SCOPERTO

Percentuale dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato.

SINISTRO

Il verificarsi del Ricovero in Istituto di Cura o della degenza in Day-hospital o dell'Intervento Chirurgico in ambulatorio, nonché delle altre prestazioni mediche garantite dal contratto assicurativo, reso necessario da Malattia, Infortunio e parto.

S.S.N.

Servizio Sanitario Nazionale.

TERMINE DI ASPETTATIVA

Il periodo di tempo che intercorre fra la decorrenza del contratto e l'inizio della garanzia.

SEZIONE 1 – NORME GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1.5 – ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre assicurazioni riguardanti gli stessi rischi garantiti dalla presente Assicurazione.

Art. 1.9 – ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 1.12 – ONERE DELLA PROVA

E' a carico di chi domanda l'indennizzo provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto ai termini di Polizza.

Art. 1.13 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana. Per tutto quanto non è espressamente regolato in Polizza valgono le norme legislative e regolamentari vigenti nella Repubblica Italiana.

SEZIONE 2 – GARANZIA RIMBORSO SPESE SANITARIE

Art. 2.1 – ASSICURATI

L'Assicurazione è prestata:

- e. a favore delle persone iscritte presso la Cassa di Assistenza, quali dipendenti a tempo indeterminato di tipo ordinario, con la qualifica di impiegati del Gruppo Net Insurance, e dei relativi familiari a carico – intendendosi per tali quelli per i quali il dipendente ha diritto alle detrazioni d'imposta a norma dell'art.12 del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modificazioni ed integrazioni;
- f. a favore del coniuge anche se non a carico purché lo stesso risulti convivente e non goda di un reddito annuo lordo superiore ad € 36.442,24. Al 1° gennaio di ogni anno tale limite verrà automaticamente adeguato sulla base della variazione dell'indice ISTAT del costo della vita (indice dei prezzi alla consumo per le famiglie di operai ed impiegati) verificatasi nel mese di dicembre rispetto allo stesso mese dell'anno precedente. Con lo stesso criterio il limite suddetto verrà rivalutato negli anni successivi;

Agli effetti dell'applicazione del precedente punto b., si ha riguardo all'entità del reddito percepito dal coniuge alla data del 1° gennaio dell'anno in cui vengono effettuati i rimborsi.

Le garanzie restano sospese nell'anno successivo a quello nel quale il reddito annuo sia risultato superiore a quello indicato al punto b. e riprenderà a decorrere se inferiore come previsto al comma precedente.

Art. 2.2 - PRESTAZIONI

L'Assicuratore assicura, per gli Infortuni e le Malattie compreso parto cesareo, aborto spontaneo, terapeutico, o post traumatico, verificatosi nel corso dell'Anno Assicurativo e qualunque ne sia il numero, sino alla concorrenza del Massimale indicato in Polizza, il rimborso delle spese sostenute per le seguenti prestazioni, con le modalità e nei limiti di seguito indicati. Gli Assicurati, ancorché ricoverati presso Istituti di Cura alla data di effetto delle garanzie, beneficiano delle prestazioni riferite ad eventi indennizzabili a termini di Polizza ed imputabili obiettivamente in data successiva alla decorrenza della garanzia.

H. Prestazioni in caso di Ricovero con o senza intervento Chirurgico

1) Prima del Ricovero

- a. Esami, visite mediche ed accertamenti diagnostici, compresi onorari dei medici e infermieristici ed eventuali rette di degenza per i casi di Day Hospital, effettuati, anche al di fuori dell'Istituto di Cura o dell'Ambulatorio, nei 120 giorni antecedenti il Ricovero o l'Intervento Chirurgico ambulatoriale purché direttamente inerenti la Malattia o Infortunio che ha originato gli stessi.
- b. Trasporto dell'Assicurato e di un suo accompagnatore con autoambulanza all'Istituto di Cura o Ambulatorio; con qualsiasi altro mezzo all'Istituto di Cura o Ambulatorio per Intervento Chirurgico (esclusi i casi di parto). Sino alla concorrenza di € 1.033,00 per Anno Assicurativo.

2) Durante il Ricovero

- c. Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'Intervento, diritti di sala operatoria e materiali di intervento, compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'Intervento.
- d. Assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, cure omeopatiche, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo del Ricovero.
- e. Rette di degenza.
- f. Vitto e pernottamento dell'eventuale accompagnatore nell'Istituto di Cura o in caso di comprovata non disponibilità dello stesso, in una struttura alberghiera, per un periodo massimo di 120 giorni e con il limite giornaliero di € 103,30.
- g. Interventi ambulatoriali.

3) Dopo il Ricovero

- h. Trasporto dell'Assicurato e di un suo accompagnatore per il rientro a casa, o presso altro Istituto di Cura, in autoambulanza o con qualsiasi altro mezzo a seguito di Intervento Chirurgico (esclusi i casi di parto) sino alla concorrenza di € 1.033,00 per Anno Assicurativo.
- i. Nei 120 giorni successivi alla data di dimissione o all'Intervento Chirurgico ambulatoriale purché direttamente inerenti alla Malattia o Infortunio che ha originato gli stessi: accertamenti diagnostici, medicinali, cure omeopatiche, prestazioni mediche e terapie, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, noleggio apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche) sino alla concorrenza di € 1.033,00 per Anno Assicurativo, Assistenza Infermieristica a domicilio, cure termali e relativi Ricoveri (escluse le spese di natura alberghiera).

La garanzia di cui alla presente lettera A, vengono rimborsate previa detrazione di una Franchigia fissa di € 500,00 e con il limite massimo per Anno Assicurativo, per il complesso delle prestazioni, per Nucleo Familiare di € 78.000,00.

I. Prestazioni di rimborso in caso di Day Hospital

Le garanzie previste alla lettera A si intendono estese con le stesse modalità, Franchigie e limiti di Indennizzo, anche in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico in regime Day Hospital.

J. Prestazioni di rimborso per visite ed accertamenti diagnostici senza Ricovero

L'Assicuratore assicura il rimborso delle le spese sostenute per:

1. Onorari dei medici relativi a visite specialistiche anche se non danno luogo a Ricovero, purché abbiano relazione con l'Infortunio o la Malattia sofferta o presunta e a condizione che siano state debitamente prescritte dal medico curante.
2. Esami di laboratorio ed accertamenti diagnostici, compresa diagnostica preventiva, purché debitamente prescritte dal medico curante.

Le garanzie di cui alla lettera C, punti 1 e 2, vengono accordate fino ad un massimo di € 2.600,00 per Nucleo Familiare e per Anno Assicurativo (inteso come sotto limite della copertura assicurativa complessiva di € 78.000,00) ed il rimborso avviene con l'applicazione di uno scoperto del 20% e con un minimo di € 52,00 per evento.

I tickets relativi a tali eventi verranno rimborsati, sempre nell'ambito di predetto Massimale, senza l'applicazione di alcuna Franchigia.

K. Prestazioni di rimborso per terapie senza Ricovero ad alta specializzazione

L'Assicuratore assicura il rimborso delle spese sostenute per:

- C. CHEMIOTERAPIA;
- D. COBALTOTERAPIA;
- E. EMODIALISI (max 12 giorni per nucleo e per anno assicurativo);
- F. RADIOTERAPIA;
- G. LASERTERAPIA;
- H. IMMUNOTERAPIA.

Tale garanzia viene accordata fino ad un massimo di € 5.200,00 per Nucleo Familiare e per Anno Assicurativo (inteso come sotto limite della copertura di € 78.000,00) e il rimborso avviene con l'applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di € 52,00 per Sinistro.

I tickets relativi a tali eventi verranno rimborsati, sempre nell'ambito di predetto Massimale, senza applicazione di alcuna Franchigia.

L. Prestazioni di rimborso aggiuntive

L'Assicuratore assicura il rimborso delle spese sostenute per:

1. Acquisto di lenti correttive di vizi della vista clinicamente accertati (escluse le montature e le lenti a contatto) nonché di protesi sostitutive oculari sino alla concorrenza di € 207,00 per Nucleo Familiare e per Anno Assicurativo ed il rimborso avviene con l'applicazione di uno Scoperto del 20% per Sinistro con il minimo di € 52,00.

2. Acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche.
3. Acquisto di amplificatori acustici.
4. Noleggio di apparecchi per emodialisi.
5. Acquisto o noleggio di carrozzelle ortopediche.

6. Acquisto o noleggio di erogatori portatili di ossigeno per la terapia di malattie broncopolmonari.

Tale garanzia viene accordata fino ad un massimo di € 775,00 per Nucleo Familiare e per Anno Assicurativo (inteso come sotto limite della copertura complessiva di € 78.000,00) ed il rimborso avviene con l'applicazione di uno Scoperto del 20% per Sinistro.

I tickets relativi a tali eventi verranno rimborsati, sempre nell'ambito di predetto Massimale, senza applicazione di Franchigia.

M. Indennità sostitutiva

Se l'Assicurato si avvale del S.S.N. in forma diretta o indiretta, la garanzia vale per le eventuali spese o eccedenza di spesa rimaste a carico dell'Assicurato nei limiti del massimale di € 78.000,00.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto alcun rimborso delle spese inerenti il Ricovero ad eccezione delle spese di trasporto che comunque saranno riconosciute, l'Assicuratore riconoscerà per ogni giorno di Ricovero un'indennità giornaliera di € 78,00 fino ad un massimo di 90 giorni per Anno Assicurativo.

N. Parto fisiologico

L'Assicuratore rimborsa in caso di parto fisiologico (parto senza taglio cesareo) le spese sostenute come previsto alla lettera A del presente Articolo, fino ad un massimo di € 2.600,00 per evento e per Nucleo Familiare.

O. Prestazioni di rimborso spese ambulatoriali a seguito di Infortuni

L'Assicuratore assicura il rimborso delle spese relative alle prestazioni ambulatoriali rese necessarie da Infortunio e sostenute entro 120 giorni dall'accadimento dello stesso sino alla concorrenza della somma assicurata.

P. Gessatura

Se l'Infortunio comporta l'applicazione di gessatura, anche senza Ricovero, l'Assicuratore riconoscerà per tutto il periodo di gessatura con il massimo di:

- 25 giorni per gli arti superiori, il busto ed il collo;
- 75 giorni per gli arti inferiori ed il bacino

un'indennità giornaliera di € 52,00 fino ad un massimo di 150 giorni per Anno Assicurativo.

Q. Trapianto di organi

La garanzia vale anche per i trapianti di organi, esclusi quelli di cute aventi finalità estetiche e quelli di capelli (salvo quelli resi necessari da Infortunio).

Qualora l'Assicurato debba sottoporsi a trapianto di organi, l'Assicurazione è estesa anche a favore del donatore.

In tal caso la somma assicurata costituisce il limite massimo per le spese complessivamente sostenute dall'Assicurato e dal donatore.

La garanzia è altresì estesa ai casi in cui l'Assicurato stesso sia donatore di organi.

R. RADDOPPIO DEL MASSIMALE PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Il massimale di € 78.000,00, previsto alla lettera A del presente articolo, da intendersi quale disponibilità unica per ciascun Anno Assicurativo e per Nucleo Familiare Assicurato, è elevato ad € 156.000,00 nel caso di Grande Intervento Chirurgico come da tabella allegata (A).

Art. 2.3 - NEONATI

L'Assicurazione si intende automaticamente estesa nei confronti dei neonati, figli degli Impiegati del Gruppo Net Insurance, ed è estesa alle cure ed agli Interventi Chirurgici conseguenti a Malformazione e/o Difetti Fisici, purché effettuati entro 5 anni dalla nascita.

Le cure e gli Interventi Chirurgici conseguenti a Malformazioni e/o Difetti Fisici sono inoltre estese ai soggetti Assicurati che non abbiano compiuto il quinto anno di età alla data di presentazione della denuncia di Sinistro.

Art. 2.4 - CLAUSOLA SOCIO ASSISTENZIALE

A. ASSISTENZA SANITARIA PER SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI

Qualora l'Assicurato, si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente – clinicamente accertata – di svolgere in via autonoma alcuna delle seguenti attività quotidiane: lavarsi, vestirsi, nutrirsi e muoversi a seguito di Infortunio occorso o malattia manifestatasi successivamente alla data di stipula del contratto, l'Assicuratore rimborsa le spese sostenute per assistenza sanitaria (anche di natura riabilitativa) fornita a domicilio o in strutture residenziali o semiresidenziali, da

organizzazioni o operatori specializzati e legalmente riconosciuti ed abilitati, fino alla concorrenza di € 7.260,00 per Nucleo Familiare e per Anno Assicurativo.

Il predetto Indennizzo è corrisposto per un massimo di due anni.

Tuttavia, la presente garanzia cessa relativamente All'Assicurato per cui è stata erogata la prestazione, al momento della cessazione del rapporto di lavoro.

B. FORNITURA DI APPARECCHIATURE PER SOGGETTI CON INABILITA'

Qualora l'Assicurato, a seguito di Grande Interventi Chirurgico, conseguente a malattia o infortunio indennizzabili a termini di Polizza, sia temporaneamente inabile a svolgere la propria attività lavorativa (la dichiarazione di inabilità deve essere correlata da apposita certificazione medica), l'Assicuratore rimborsa durante tale periodo di inabilità e comunque, fino a concorrenza di € 2.500,00 per Nucleo Familiare e per Anno Assicurativo, le spese sostenute per:

- Noleggio di apparecchi per trattamenti fisioterapici;
- Acquisto di apparecchi protesici ortopedici;
- Acquisto di protesi acustiche, purché sia certificata dal medico una modificazione del grado uditivo;
- Acquisto/noleggio dei seguenti presidi ortopedici: letto ortopedico, carrozzella, stampelle, girello.

Ciascuna prestazione verrà indennizzata previa detrazione di un importo pari al 30% delle spese effettivamente sostenute e documentate, che rimane a carico dell'Assicurato.

Art. 2.5 - DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI E TERMINI DI ASPETTATIVA

Le garanzie nei confronti dei singoli Assicurati, decorrono dalle ore 24,00 del giorno di effetto dell'Assicurazione (o del successivo inserimento in garanzia), purché in regola con il pagamento del Premio.

Le garanzie nei confronti dei singolo Assicurati, decorrono:

- per gli Infortuni: dalle ore 24,00 del giorno di effetto dell'Assicurazione (o del successivo inserimento in garanzia), purché in regola con il pagamento del Premio,
- per le Malattie: dalle ore 24,00 del 30° giorno dalla data di effetto dell'Assicurazione (o del successivo inserimento in garanzia), purché in regola con il pagamento del Premio,
- per il parto e le patologie dipendenti da gravidanza o puerperio, dalle ore 24,00 del 300° giorno dalla data di effetto dell'Assicurazione (o del successivo inserimento in garanzia), purché in regola con il pagamento del Premio.

L'Assicurazione ha effetto, con riferimento al giorno di decorrenza della garanzia, dal:

- a) giorno stesso in cui è avvenuta l'assunzione a tempo indeterminato o la trasformazione di contratto di lavoro a tempo indeterminato presso il Gruppo Net Insurance, dell'Impiegato Assicurato, per gli Infortuni;
- b) 30° giorno successivo all'avvenuta assunzione o trasformazione di contratto di lavoro di cui al precedente punto a), per le Malattie;
- c) 180° giorno successivo all'avvenuta assunzione o trasformazione di contratto di lavoro di cui al precedente punto a), per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente a tale data, solo però se essi erano conosciuti dal dipendente;
- d) 300° giorno successivo all'avvenuta assunzione o trasformazione di contratto di lavoro di cui al precedente punto a), per il parto e per le Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio. Tuttavia limitatamente a dette Malattie, l'Assicurazione decorre dal 30° giorno successivo all'avvenuta assunzione o trasformazione di contratto di lavoro di cui al precedente punto a), qualora il dipendente comprovi con certificato medico che il concepimento è avvenuto dopo tale data.

SEZIONE 3 – ESCLUSIONI E LIMITI CONTRATTUALI

Art. 3.1 – RISCHI ESCLUSI

L'Assicurazione non vale per:

- k) l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione della Polizza, salvo quanto previsto all'Art. 2.3;
- l) le Malattie mentali e disturbi psichici in genere ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- m) gli Infortuni derivanti da delitti dolosi del dipendente (compresi invece gli infortuni cagionati da colpa grave);
- n) gli Infortuni e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni non assunti a scopo terapeutico;
- o) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica resi necessari da Malattia o Infortunio);
- p) le protesi dentarie, le cure dentarie e le paradontopatie, quando non siano rese necessarie da un Infortunio. Salvo quanto previsto all'Art. 2.2 lettera E;
- q) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici (salvo quelli applicati durante l'Intervento Chirurgico). Salvo quanto previsto all'Art. 2.2 lettera E;
- r) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e le accelerazioni di particelle atomiche;
- s) le conseguenze di guerre, insurrezioni o eruzioni vulcaniche;

- t) gli Infortuni derivanti da sport aerei in genere, o dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- u) i Ricoveri in case di soggiorno o convalescenziari;
- v) le conseguenze dirette di Infortuni, nonché per le Malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti all'Assicuratore con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione dell'Assicurazione.

Le persone colpite da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, sono assicurate limitatamente alle Malattie (anche originate da Infortuni) diverse da quelle citate nel presente capoverso e non direttamente derivanti dalle stesse Malattie citate nel presente capoverso.

Art. 3.2 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone:

- di età superiore ai 75 anni, tuttavia per le persone che raggiungono tale età nel corso del contratto, l'Assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine.
Coloro che superassero tale età potranno presentare un certificato medico attestante lo stato di salute sulla base del quale l'Assicuratore si riserva la facoltà di assumere il dipendente in garanzia;
- affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive.
Salvo quanto disposto all'Art. 3.1 ultimo comma.

SEZIONE 4 – IN CASO DI SINISTRO

Art. 4.1 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

La denuncia della Malattia o dell'Infortunio, corredata da certificazione medica comprovante le cause e la durata del Ricovero, deve essere fatta per iscritto all'Assicuratore, entro 60 giorni dal momento in cui l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità o conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti ed ai controlli medici disposti dall'Assicuratore, fornire allo stesso ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria utile per la liquidazione del Sinistro, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale.

Art. 4.2 - MODALITA' DI RIMBORSO

Il pagamento di tutte le prestazioni sanitarie è a carico dell'Assicurato, il quale provvede al pagamento e successivamente richiede all'Assicuratore il rimborso delle spese indennizzabili a termini di Polizza.

Tutte le richieste di rimborso, per ogni tipo di garanzia, dovranno essere presentate all'Assicuratore.

In caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico anche in regime di Day Hospital, l'Assicurato deve inviare all'Assicuratore, la denuncia di Sinistro, secondo quanto stabilito agli artt. 1910, 1913, 1915 C.C., corredata della relativa documentazione sanitaria e di spesa in originale.

L'Assicuratore rimborserà all'Assicurato, a termini della presente Polizza, le prestazioni, previa detrazione delle eventuali Franchigie previste oppure, in caso di Ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale e in assenza di richieste di rimborso, provvederà al pagamento della diaria sostitutiva prevista all'Art. 2.2, lettera F "Indennità sostitutiva"

Ferma restando l'operatività di quanto sopra, l'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono:

- fornire direttamente o tramite la struttura che ha erogato la prestazione la documentazione medica sulla natura dell'alterazione di salute, copia della cartella clinica completa (in caso di Ricovero o Intervento Chirurgico in Day Hospital), copia degli accertamenti diagnostici e loro esito, prescrizioni mediche delle terapie e dei trattamenti con relative diagnosi;
- sottoporsi ad accertamenti e controlli medici eventualmente disposti dall'Assicuratore fornendo tutte le informazioni necessarie richieste;
- sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;
- presentare gli originali delle fatture e delle notule di spesa fiscalmente regolari e quietanzate. In caso di intervento del S.S.N. o di altro Ente Assicuratore, gli originali possono essere sostituiti da copie con documentazione di quanto erogato dagli Enti predetti. Per cure sostenute all'estero, il rimborso è eseguito in Euro al cambio medio (quotazioni UIC) della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

L'Assicuratore a ricezione di quanto sopra previsto, compiuti gli accertamenti del caso, liquida le spese indennizzabili eccedenti l'eventuale Franchigia e provvede a fare effettuare il relativo pagamento. L'indennizzo viene corrisposto in Italia.

Art. 4.3 – ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

L'Assicurato può richiedere un anticipo sulla liquidazione, anche a titolo di cauzione, fino alla concorrenza delle spese effettivamente sostenute e documentate, purché nei limiti del Massimale di Polizza, previa esibizione di certificazione medica provvisoria dell'Istituto di Cura in cui si attesti il Ricovero nonché la natura della Malattia o dell'Infortunio. Tale anticipo verrà corrisposto a condizione che non sorgano contestazioni sulla risarcibilità delle spese di Ricovero; al termine si procederà al conguaglio, attivo o passivo, in base alle spese effettivamente sostenute.

L'anticipo dell'Indennizzo può essere richiesto esclusivamente in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico.

Art. 4.4 – RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

L'Assicuratore rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa contro i responsabili della Malattia o dell'Infortunio.

Art. 4.5 – CONTROVERSIE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro o sulla misura dei rimborsi, le Parti possono demandare per iscritto la decisione ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Qualora la richiesta di convocazione del Collegio Medico sia fatta dall'Assicurato, l'Assicuratore si obbliga ad aderirvi.

Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza anagrafica dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà alle spese e competenze del terzo medico.

I risultati delle operazioni del Collegio Medico devono essere raccolti in un apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ciascuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

L'eventuale rifiuto di uno dei medici di firmare il verbale deve essere comunque attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

Le Parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa delle decisioni del Collegio Medico, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

Art. 4.6 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Non è prevista per l'Assicuratore la possibilità di recedere dall'Assicurazione a seguito di Sinistro.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- anastomosi di vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
- anastomosi endocranica dei nervi cranici
- asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
- asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti)
- asportazione di tumori dell'orbita
- asportazione di tumori ossei della volta cranica
- cordotomia e mielotomia percutanea
- correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale, subdurale ed epidurale
- derivazioni liquorali intra o extracraniche
- emisferectomia
- endoarterectomia della carotide e della vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame traverso
- intervento per craniostenosi
- intervento per encefalomeningocele
- intervento per traumi cranio-cerebrali
- intervento sull'ipofisi per via transfenoidale
- intervento per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica
- interventi sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore e posteriore
- interventi sul plesso brachiale
- laminectomia esplorativa o decompressiva
- plastiche craniche per tessuti extracerebrali
- rizotomia chirurgica e microdecompressione endocranica dei nervi cranici
- trapanazione cranica per puntura o drenaggio ventricolare
- trapanazione per evacuazione di ematoma epidurale e subdurale
- trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi e fistole)
- trattamento di lesioni intramidollari

- somatotomia vertebrale
- spondilolistesi

FACCIA E BOCCA

- asportazione della parotide per tumori maligni (paroditectomia totale)
- interventi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento ganglionare
- operazioni demolitrici per tumori del massiccio frontale con svuotamento orbitario
- resezione del mascellare superiore
- resezione della mandibola

COLLO

- asportazione di tumori giomici timpano-giugulari
- gozzo retrosternale con mediastinotomia
- interventi per diverticolo dell'esofago
- interventi sulle paratiroidi
- linfectomia cervicale bilaterale
- resezione dell'esofago cervicale
- tiroidectomia allargata per neoplasia maligna
- tiroidectomia totale

ADDOME (PARETE ADDOMINALE)

- laparotomia esplorativa se per occlusione con resezione e/o sutura viscerale

PERITONEO

- exeresi di tumori retroperitoneali

ESOFAGO

- esofagoplastica
- interventi per patologie benigne e maligne dell'esofago toracico

STOMACO

- cardioplastica
- gastrectomia totale e allargata
- intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- intervento per megaesofago e esofagite da reflusso
- resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- resezione gastrica
- sutura di perforazioni gastriche ed intestinali

INTESTINO

- colectomia parziale e totale
- enteroanastomosi
- resezione del tenue

FEGATO E VIE BILIARI

- derivazioni biliodigestive
- drenaggio di ascesso epatico
- interventi chirurgici per ipertensione portale
- interventi per echinococcosi
- interventi sulla papilla di Vater
- resezione epatica (emiepatectomia)

RETTO-ANO

- interventi per neoplasie a retto-ano anche per via addominoperineale
- megacolon
- proctocolectomia totale

PANCREAS E MILZA

- interventi per cisti, pseudocisti, fistole pancreatiche
- interventi per neoplasie pancreatiche

- interventi per pancreatite acuta e cronica
- splenectomia

PARETE TORACICA

- interventi per tumori maligni della mammella
- trattamento di traumi parietali

MEDIASTINO

- interventi per ascessi
- interventi per tumori

POLMONE

- interventi per echinococchi
- interventi per ferite, ascessi, fistole
- interventi per tumori della trachea
- pneumectomia
- resezioni segmentarie e lobectomia
- trapianto di polmone

CARDIOCHIRURGIA

d) interventi a cuore chiuso

- applicazione di pace-maker
- atriosettostomia per trasposizione dei grandi vasi
- commissurotomia per stenosi mitralica
- correzione di coartazione aortica: resezione aorto-plastica, protesi dacron, patch dacron, by-pass dacron
- derivazioni aorto-polmonari tipo Blalock-Waterstone-Potts
- fistole artero-venose del polmone
- pericardiectomia per pericarditi costrittive
- valvulotomia della polmonare secondo Brook

e) interventi a cuore aperto per difetti singoli non complicati

- anuloplastica valvola singola
- by-pass aorto-coronarico singolo
- correzione di difetto del setto interventricolare
- correzione di difetto interatriale
- correzione di stenosi aortica sottovalvolare e diaframma
- embolectomia della polmonare
- sostituzione di valvola singola: aortica, mitralica, tricuspide
- valvulotomia singola o multipla per stenosi polmonare, mitralica, valvolare aortica

f) interventi a cuore aperto per difetti complessi o complicati

- aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio
- aneurismi aorta toracica
- asportazione di tumori intracardiaci
- by-pass aorto-coronarici multipli
- contropulsazione per infarto acuto mediante incanalamento arterioso
- correzione canale atrioventricolare completo
- correzione impianto anomalo coronarie
- correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
- correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
- correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica
- correzione di:
 - ventricolo unico
 - ventricolo destro a doppia uscita
 - truncus arteriosus
 - coartazioni aortiche
 - stenosi aortiche infundibolari e sopravalvolari
 - trilogia di Fallot
 - tetralogia di Fallot
 - atresia della tricuspide

- pervietà interventricolare ipertesa, con debanding, con insufficienza aortica
- finestra aorto-polmonare
- fistole arterovenose polmonari
- intervento in ipotermia per coartazione aortica
- interventi neonatali a cuore aperto con ipotermia profonda e arresto circolatorio
- resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto
- riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti
- sostituzioni valvolari multiple
- sostituzioni valvolari con by-pass aorto-coronarico

CHIRURGIA VASCOLARE

- interventi per aneurismi delle arterie carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache
- interventi per innesti di vasi
- interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca
- interventi per stenosi ed ostruzione della carotide extracranica, succlavia e arteria anonima
- operazioni sull'aorta toracica ed addominale

CHIRURGIA PEDIATRICA

- atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare e abbassamento addomino perineale
- atresia dell'ano semplice con abbassamento addomino perineale
- atresia dell'esofago
- cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- cranio bifido con meningoencefalocele
- fistola dell'esofago
- fistola e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale
- idrocefalo ipersecretivo
- megauretere con resezione e sostituzione di ansa
- megacolon con operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- neurolisi del plesso brachiale per paralisi ostetrica
- occlusione intestinale
- polmone cistico o policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- teratoma sacrococcigeo
- torace ad imbuto e/o torace carenato
- trattamento chirurgico dell'ipertensione portale

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- artrodesi per via anteriore e/o posteriore con o senza impanti
- artroprotesi di anca
- artroprotesi di ginocchio
- artroprotesi di gomito
- asportazione di tumori ossei
- corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- disarticolazione interscapolo-toracica
- discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
- emiartroplastica
- emipelvectomy
- endoprotesi di Thompson
- interventi per costola cervicale
- laminectomia decompressiva per neoplasie
- osteosintesi diafisi femorale ed epifisi dorsale
- osteosintesi di omero
- osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari
- resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom-made"
- osteosintesi vertebrale
- protesi cefalica di spalla
- protesi di polso
- protesi totale di displasia d'anca
- protesi totale di spalla
- pulizia focolai osteici
- resezioni artrodiafisarie di ginocchio

- resezioni complete di spalla con salvataggio
- resezioni del femore prossimale artrodiaphisaria e sostituzione con protesi speciale
- resezioni del radio distale con trapianto articolare perone proradio
- resezione del sacro
- resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento e trapianti
- scapulopessi
- trattamento delle dismetrie e delle deviazioni degli arti con impianti esterni
- uncoforaminotomia
- vertebrotonomia

TENDINI, MUSCOLI, APONERVOSI

- plastiche riparatrici ricostruttive degli arti per lesioni alle superfici flessorie ed estensorie
- pollicizzazione del 2° o altro dito
- ricostruzioni tendinee polso e mano
- sindesmotomia
- tenoraffie complesse

RENE

- nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- nefrotomia bivalve in ipotermia
- nefroureterectomia totale
- resezione renale con clampaggio vascolare
- surrenalectomia

URETERE

- ureteroile o anastomosi mono e bilaterale

VESICICA

- cistoprostatovescicoleotomia con ileo bladder
- cistoprostatovescicoleotomia con ureteroileouretroanastomosi
- cistoprostatovescicoleotomia con ureterosigmoidostomia
- emitrigonectomia
- plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- riparazione di vescica estrofica con neovescica rettale

APPARATO GENITALE MASCHILE

- orchietomia allargata per tumore maligno (comprensivo di linfadenectomia retroperitoneale bilaterale)
- prostatectomia radicale

APPARATO GENITALE FEMMINILE

- intervento radicale per carcinoma ovarico
- isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale o vaginale
- creazione operatoria di vagina artificiale
- vulvectomy allargata con linfadenectomia

CORNEA

- cheratomileusi
- epicheratoplastica
- odontocheratoprosesi

OPERAZIONI PER GLAUCOMA

- iridocicloretrazione
- trabulectomia

RETINA

- resezione sclerale

CRISTALLINO

- asportazione di cataratta ed introduzione di cristallino artificiale
- vitrectomia

ORECCHIO

- anastomosi e trapianti nervosi
- asportazione di tumori dell'orecchio medio
- asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa
- atresia auris congenita: ricostruzione
- chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale
- neurinoma dell'VIII paio
- ricostruzione della catena ossicolare
- sezione del nervo cocleare
- sezione del nervo vestibolare
- timpanoplastica in un solo tempo (curativa o ricostruttiva)

NASO E SENI PARANASALI

- asportazione di tumori maligni del naso e dei seni
- intervento per fibroma duro rinofaringeo

CAVO ORALE E FARINGE

- asportazione di tumori maligni con svuotamento laterocervicale

LARINGE

- interventi per paralisi degli abducenti
- laringectomia ricostruttiva
- laringectomia sopraglottica
- laringectomia totale
- laringofaringectomia

TRAPIANTI ED ORGANI

- tutti i trapianti di organi (esclusi i trapianti di cute aventi finalità estetica e quelli di capelli)

* * *

DICHIARAZIONE DELLE PARTI

Qualora il Fondo di assistenza, in corrispondenza della ricorrenza annuale, non dovesse riconoscere la disponibilità ad erogare le coperture assicurative indicate nelle disposizioni di cui sopra, le Parti concordano sulla necessità di esaminare nuove proposte, al fine di garantire l'assistenza sanitaria prevista nel presente contratto.

Le coperture attualmente prestate dal Fondo di assistenza e non riconosciute eventualmente dallo stesso in occasione della ricorrenza annuale, vengono comunque prestate dal Gruppo Net Insurance nelle more della disamina da parte di quest'ultima di eventuali nuovi accordi.

Resta ferma la cd. "clausola di adattamento" per cui il Gruppo Net Insurance, in caso di mancato rinnovo da parte dell'attuale compagnia assicurativa ed a fronte delle contingenti disponibilità del mercato assicurativo, si impegna, anno per anno, a rinnovare la polizza malattia, anche con altre compagnie, sul presupposto di poter garantire le attuali prestazioni e/o garanzie previste in polizza esclusivamente qualora i costi attuali (anno 2015: € 1.158,25 per impiegato - € 1.260,75 per funzionario) inteso come valore assoluto o come media) non vengano superati.

Le parti concordano, tuttavia, l'aumento del tetto massimo del premio, nei limiti degli importi derivanti dalle percentuali previste dagli indici ISTAT annuali, in caso di disdetta e/o mancato rinnovo della polizza con Gruppo Net Insurance attuale.