

PROTOCOLLO DI INTESA

In coerenza con quanto definito al capitolo sesto del Contratto Integrativo Nazionale siglato il 17.01.1997 tra Renault Italia e le Organizzazioni Sindacali Filcams, Fisascat e UilTucs, le parti dopo aver preso atto che:

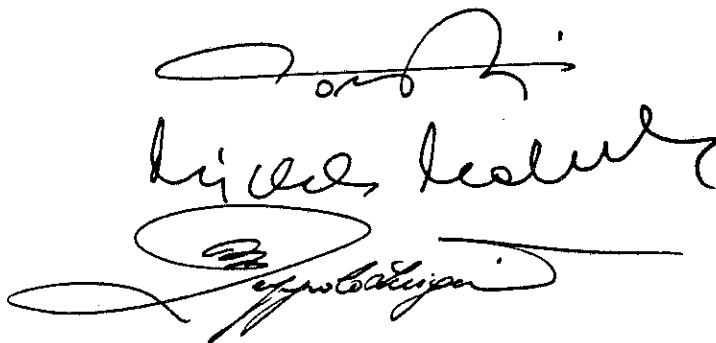
- le adesioni sottoscritte dal personale sono in numero sufficiente per poter stipulare la Polizza di Assistenza Sanitaria con partecipazione aziendale;
- la polizza di Assistenza Sanitaria avrà durata quadriennale e che il relativo premio di L. 300.000 (trecentomilalire) per nucleo familiare resterà invariato per l'intera durata del contratto;
- il premio annuo complessivo della polizza sarà interamente a carico dell'Azienda limitatamente al primo anno, mentre per i successivi tre anni i dipendenti dovranno partecipare con una quota pari L. 100.000 (centomilalire) annue;
- viene fatta salva la facoltà per ciascun dipendente di ampliare la copertura assicurativa della polizza secondo le modalità che verranno negoziate con la Compagnia di Assicurazione;
- le condizioni proposte dalla Compagnia di Assicurazione UNIPOL sono in linea con quanto definito all'interno del contratto integrativo aziendale;

si sono incontrate per formalizzare l'intesa alla stipula del Contratto con la Compagnia di Assicurazione UNIPOL allegato al presente protocollo.

Addì 5 maggio 1997



Renault
G. Belli



Filcams
Fisascat
UilTucs

UNISALUTE

Piano sanitario
dipendenti
Renault Italia

Agenzia 4326

Ramo 194

N. polizza 10000063

Tra Unisalute S.p.A., in seguito denominata "Società", e la "Renault Italia", con sede in Roma, Via Tiburtina 1159, c.a.p. 00156, partita iva 00291240638, in seguito denominata "Contraente", viene stipulato il seguente contratto di assicurazione, avente effetto il 15/4/1997, scadenza prima rata 15/4/1998 e scadenza polizza 15/4/2001, tacitamente rinnovabile in base alle Condizioni Generali di Assicurazione.

La prima rata di premio, computata in base a un numero di 342 dipendenti, corrisponde a un importo di L. 102.600.000 così suddiviso:

Premio rata contante

Ramo malattia

Premio tassabile 92.757.073

Tasse 2.318.927

Totale prima rata 95.076.000

Ramo assistenza

Premio tassabile 6.840.000

Tasse 684.000

Totale prima rata 7.524.000



La rata di premio successiva corrisponde a un importo di L. 102.600.000 così suddiviso:

Premio rata successiva

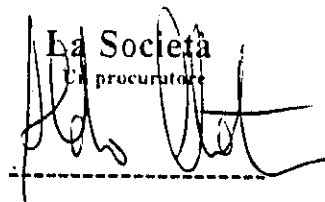
Ramo malattia

Premio tassabile 92.757.073 Tasse 2.318.927
Totale rata successiva 95.076.000

Ramo assistenza

Premio tassabile 6.840.000 Tasse 684.000
Totale rata successiva 7.524.000

Il Contraente
RENAULT ITALIA S.p.A.

La Società
Il procuratore


Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c. il sottoscritto dichiara di conoscere, approvare e accettare specificatamente le disposizioni dei punti sottoelencati

- A.2 Tacita proroga dell'assicurazione
- A.5 Foro competente
- B.3 Limiti di età
- C.1 Denuncia del sinistro
- C.5 Controversie

Il Contraente
RENAULT ITALIA S.p.A.



ATTO DI VARIAZIONE

AGENZIA	COD. AG.		COD. SUBAG.	POLIZZA (RAMO NUMERO)		N. VARIAZ.
ROMA/LABORFIN	1331			194 10000063		2
CONTRAENTE / ASSICURATO	INDIRIZZO		C.A.P. - LOCALITA'			
RENAULT ITALIA						
EFFETTO VARIAZIONE	SCADENZA POLIZZA	1° QUIETANZA DA EMETTERE	FRAZIONAMENTO		DATA EMISSIONE APPENDICE	
18/04/97	15/04/2001	15/04/98	1 ANNUALE			
PREMI	NETTO	TASSABILE	TOTALE			
ANNUO						
	NETTO	ACCESSORI	TASSABILE	TASSE	TOTALE	
RATA CONTANTE . . .					3.000.000	
	NETTO	ACCESSORI	TASSABILE	TASSE	TOTALE	
RATE SUCCESSIVE . . .					102.900.000	

CON IL PRESENTE ATTO DI VARIAZIONE SI PRENDE ATTO TRA LE PARTI CHE:

DALLA DATA DI EFFETTO DELLA PRESENTE APPENDICE VENGONO INCLUSI IN POLIZZA I
 SIGNORI : DI LEO (MATR. 2369) E COLOMBO ALBERTO (MATR. 1585)
 PERTANTO IL NUMERO DEGLI ASSICURATI VIENE ELEVATO A 343.

FERMO IL RESTO

INCA

IL PRESENTE ATTO DI VARIAZIONE:
 - fa parte integrante della polizza suindicata
 - ha effetto mediante l'anticipato pagamento del premio di rata contante

IL CONTRAENTE

UNISALUTE S.p.A.
 UN PROCURATORE

IL PAGAMENTO DEL PREMIO DI RATA CONTANTE È STATO EFFETTUATO IL _____ L'INCARICATO _____

ATTO DI VARIAZIONE

AGENZIA ROMA/LABORFIN		COD. AG. 4326	COD. SUBAG.	POLIZZA (RAMO NUMERO) 194	10000063	N. VARIAZ. 1																												
CONTRAENTE / ASSICURATO RENAULT ITALIA		INDIRIZZO VIA TIBURTINA 1159		C.A.P. - LOCALITA' 00100 ROMA																														
EFFETTO VARIAZIONE	SCADENZA POLIZZA	1° QUIETANZA DA EMETTERE	FRAZIONAMENTO	DATA EMISSIONE APPENDICE																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">PREMI</th> <th>NETTO</th> <th>TASSABILE</th> <th colspan="3">TOTALE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ANNUO</td> <td>NETTO</td> <td>ACCESSORI</td> <td>TASSABILE</td> <td>TASSE</td> <td colspan="2">TOTALE</td> </tr> <tr> <td>RATA CONTANTE . .</td> <td>NETTO</td> <td>ACCESSORI</td> <td>TASSABILE</td> <td>TASSE</td> <td colspan="2">TOTALE</td> </tr> <tr> <td>RATE SUCCESSIVE . .</td> <td>NETTO</td> <td>ACCESSORI</td> <td>TASSABILE</td> <td>TASSE</td> <td colspan="2">TOTALE</td> </tr> </tbody> </table>							PREMI		NETTO	TASSABILE	TOTALE			ANNUO	NETTO	ACCESSORI	TASSABILE	TASSE	TOTALE		RATA CONTANTE . .	NETTO	ACCESSORI	TASSABILE	TASSE	TOTALE		RATE SUCCESSIVE . .	NETTO	ACCESSORI	TASSABILE	TASSE	TOTALE	
PREMI		NETTO	TASSABILE	TOTALE																														
ANNUO	NETTO	ACCESSORI	TASSABILE	TASSE	TOTALE																													
RATA CONTANTE . .	NETTO	ACCESSORI	TASSABILE	TASSE	TOTALE																													
RATE SUCCESSIVE . .	NETTO	ACCESSORI	TASSABILE	TASSE	TOTALE																													

CON IL PRESENTE ATTO DI VARIAZIONE SI PRENDE ATTO TRA LE PARTI CHE:

- 1) A MAGGIOR PRECISAZIONE DEL PUNTO 2 "PERSONE ASSICURATE" DELLE CONDIZIONI DI POLIZZA, SI PRECISA CHE PER L'ADESIONE ALLA POLIZZA NON E' RICHIESTA LA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO DA PARTE DEGLI ASSICURATI.
- 2) A MAGGIOR PRECISAZIONE DEL PUNTO 7 "PREMIO" DELLE CONDIZIONI DI POLIZZA, SI PRECISA CHE IL PREMIO RIMARRA' COSTANTE PER L'INTERA DURATA DEL CONTRATTO.
- 3) A RETTIFICA DEL PUNTO 3.4 "INDENNITA' SOSTITUTIVA", L'INDENNITA' PER GIORNO DI RICOVERO DEVE INTENDERSI DI L.200.000.= E NON DI L. 150.000.=

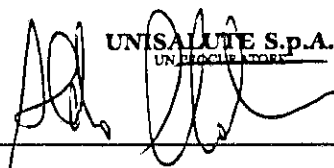
FERMO IL RESTO

IL PRESENTE ATTO DI VARIAZIONE:

- fa parte integrante della polizza suindicata
- ha effetto mediante l'anticipato pagamento del premio di rata contante

IL CONTRAENTE
RENAULT ITALIA S.p.A.

UNISALUTE S.p.A.
 UN BROCCHELLATORE



IL PAGAMENTO DEL PREMIO DI RATA CONTANTE E' STATO EFFETTUATO IL

15.12.87

L'INCARICATO

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NELLA POLIZZA

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Contraente

Il soggetto che stipula la polizza.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Società

Unisalute s.p.a. Compagnia di Assicurazioni

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malformazione / difetto fisico

Alterazione patologica congenita o acquisita che, al momento della stipulazione dell'assicurazione, sia clinicamente e / o anatomicamente stabilizzata, ossia non suscettibile di evoluzione peggiorativa.

Istituto di Cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui Unisalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Grande intervento

Intervento chirurgico contenuto nell'elenco allegato alla polizza.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato.

Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

Carta Unisalute

Tessera personalizzata che consente l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate.

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante per le spese sostenute dagli Assicurati nel caso di ricovero per grande intervento.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali:

a) A strutture sanitarie private e pubbliche convenzionate con la Società.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate, tranne le spese per specifiche garanzie per le quali sia espressamente previsto il rimborso all'Assicurato con gli appositi limiti eventualmente indicati.

b) A strutture sanitarie private non convenzionate con la Società.

In questo caso le spese relative alle prestazioni contenute nel punto 3. "Ricovero" vengono rimborsate all'Assicurato nella misura dell'80% ad eccezione di quelle previste da garanzie per le quali sia espressamente indicato un limite specifico.

c) Al Servizio Sanitario Nazionale

In questo caso le garanzie sono operanti per le eventuali spese o eccedenze di spese restanti a carico dell'Assicurato, compresi i tickets sanitari relativi a prestazioni garantite dalla polizza, che vengono rimborsate entro i massimali assicurati e nei limiti eventualmente previsti dalle singole garanzie.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alla lett. a) "A strutture sanitarie private e pubbliche convenzionate con la Società" o alla lett. b) "A strutture sanitarie private non convenzionate con la Società".

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei dipendenti della Renault Italia, dei loro coniugi o conviventi "more uxorio" e dei figli fino al compimento del 26° anno di età risultanti dallo "stato di famiglia". Per l'annualità 15/4/1997-15/4/1998 l'assicurazione vale per i dipendenti che hanno espresso la volontà di aderire mediante compilazione di apposita scheda di adesione entro il 15/4/1997; per le annualità successive le nuove adesioni devono essere comunicate alla Società entro il mese di febbraio precedente alla scadenza.

L'assicurazione si intende operante finché permane il rapporto di lavoro con la Contraente; nel caso di risoluzione di detto rapporto, la garanzia cessa con effetto dalla prima scadenza annuale successiva dell'assicurazione.

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni :

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite mediche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purchè resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

b) Intervento chirurgico.

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell' assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento .

c) Assistenza medica, medicinali e cure.

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel solo caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata con il limite di L.400.000 al giorno.

Tale limite non opera per le degenze in reparti di terapia intensiva.

e) Assistenza infermieristica

Assistenza infermieristica individuale con il massimo di L.100.000 al giorno e di 30 giorni per ricovero .

f) Accompagnatore.

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura .

Nel solo caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di L. 100.000 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero

g) Post-ricovero.

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purchè resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

3.2 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di ritorno alla propria abitazione con il massimo di L.2.000.000 per ricovero.

3.3 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi conseguente a malattia o a infortunio, la Società liquida le spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero per Grandi Interventi" e 3.2 "Trasporto sanitario" nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.

Nel caso di donazione da persona vivente, la garanzia assicura il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relative al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali e rette di degenza.

3.4 INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, nè per il ricovero nè per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di L. 150.000 per ogni giorno di ricovero per un periodo massimo di 90 giorni per ricovero.

4. PROSECUZIONE DELLA GARANZIA OLTRE LA SCADENZA

Qualora il ricovero abbia inizio prima della scadenza del contratto e prosegua oltre tale data, la garanzia è operante sino a quando l'Assicurato venga dimesso dall'Istituto di cura.

5. MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a L.200.000.000 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

6. SERVIZI DI CONSULENZA E DI ASSISTENZA MEDICA

1) I seguenti servizi di consulenza e di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 167-016633 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30; dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 516389046.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a :

- strutture sanitarie pubbliche e private : ubicazione e specializzazioni.
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, ecc.)
- assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione di prestazioni sanitarie per le strutture sanitarie convenzionate con la Società

c) Consulti medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica urgente da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

d) Indicazioni sanitarie

A richiesta dell'Assicurato, la Centrale Operativa segnala lo specialista o il centro medico più indicati per le specifiche necessità dell'Assicurato.

2) In collaborazione con Europ Assistance, Unisalute vi offre inoltre i seguenti servizi telefonando al numero verde 167-013048; dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 258286753.

e) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo la Centrale Operativa accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

f) Trasporto in autoambulanza

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 200 km.

g) Trasferimento in centro medico attrezzato

Qualora l'Assicurato in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Centrale Operativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale Operativa provvederà a organizzare il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni tra quelli sottoelencati :

- aereo sanitario
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella
- treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto
- autoambulanza senza limiti di percorso

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa.

Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica .

La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assicurato .

h) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa le condizioni di salute dell'Assicurato, accertate mediante contatti diretti e / o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato tra quelli sottoelencati :

- aereo sanitario
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella
- treno, prima classe e, se necessario, in vagone letto
- autoambulanza senza limiti di percorso

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica e / o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa .

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio .

La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato .

i) Viaggio di un familiare

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa metterà a disposizione di un componente della Sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel limite di L. 200.000 per sinistro .

l) Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irreperibili sul posto (semprechè siano commercializzate in Italia), la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo di acquisto dei medicinali .

7. PREMIO

Il premio annuo, comprensivo di imposte, corrisponde a L.300.000 per ogni dipendente e il Suo nucleo familiare come definito all'art.2."Persone assicurate".

A - CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella polizza, se il premio o la prima rata sono stati pagati, diversamente ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.

I premi devono essere pagati alla Società .

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell' art. 1901 c.c..

A.2 TACITA PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno.

L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata all'altra Parte a mezzo raccomandata, almeno due mesi prima della scadenza del contratto.

A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza debbono essere provate per iscritto.

A.4 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

A.5 FORO COMPETENTE

A scelta della parte attrice, il foro competente è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'agenzia cui è assegnata la polizza.

A.6 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

B - LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo secondo le modalità sottoindicate.

Nel caso di permanenza dell'Assicurato all'estero per motivi di lavoro, di studio o di turismo, la garanzia è operante per spese sanitarie sostenute per assistenza medica d'urgenza conseguente a malattia o a infortunio. L'urgenza deve essere certificata dalla struttura sanitaria che fornisce le prestazioni.

Le prestazioni senza carattere d'urgenza erogate all'estero verranno rimborsate integralmente solamente in seguito ad autorizzazione preventiva della Società, che sarà concessa nel caso in cui le terapie mediche e/o chirurgiche di cui l'Assicurato necessita non possano essere ottenute in Italia per la particolare tecnica medica o in tempi che non ne compromettano l'efficacia terapeutica. Qualora l'Assicurato, senza la preventiva autorizzazione, si sottoponga a prestazioni sanitarie all'estero, il rimborso verrà effettuato con l'applicazione delle franchigie e/o degli scoperti previsti per le strutture sanitarie non convenzionate con la Società.

B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per :

- 1) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
- 2) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 3) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 4) gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
- 5) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- 6) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi);
- 7) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- 8) i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- 9) i ricoveri per aborti non terapeutici e per malattie dipendenti da gravidanza, qualora la gravidanza abbia avuto inizio in un momento precedente a quello di effetto dell'assicurazione;

10) le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie nonché, quando non siano rese necessarie da infortunio, le cure dentarie;

11) i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.

Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

12) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

B.3 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° anno di età Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte dell'Assicurato.

Nel caso di pluralità di Assicurati, la cessazione ha effetto soltanto relativamente al rapporto del soggetto assicurato che abbia superato il 75° anno di età.

C - SINISTRI

C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

Nel caso in cui intenda accedere alle strutture sanitarie convenzionate con la Società, l'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di Unisalute al numero verde 167- 016633 (dall'estero numero di prefisso dell'Italia + 516389046) utilizzando per la propria identificazione la carta sanitaria in Suo possesso e specificare la prestazione richiesta.

Nel caso in cui motivi di urgenza non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti C.2 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società", C.3 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e C.4 "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

C.2 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/ o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere il modulo contenente gli impegni da Lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e all'atto delle dimissioni il "modulo di dimissioni" per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione specialistica extraricovero comprese le prestazioni odontoiatriche l'Assicurato dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate con le modalità previste al successivo punto C.3 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

C.3 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente alla sede della Società la documentazione necessaria: modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata. A richiesta dell'Assicurato, la Società restituisce gli originali dei documenti di spesa, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale dei documenti di spesa, al fine di ottenere un rimborso, la Società liquiderà all'Assicurato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere certificato.

C.4 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionate, le spese sostenute rimaste a carico dell'Assicurato vengono rimborsate secondo le modalità indicate al precedente punto C. 3 "Sinistri in strutture non convenzionate".

C.5 CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio medico sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

UNISALUTE

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente.

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEURO CHIRURGIA

Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
Interventi di cranioplastica
Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
Asportazione tumori dell' orbita
Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
Interventi per ernia del disco dorsale e/o per mielopatie di altra natura per via posteriore, laterale o transtoracica
Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

Interventi per neoplasie del globo oculare
Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

Asportazione di tumori maligni del cavo orale
Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale o mascellare
Ricostruzione della catena ossiculare
Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
Interventi per fistole bronchiali
Interventi per echinococchi polmonare
Pneumectomia totale o parziale
Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

Interventi sul cuore per via toracotomica
Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica

Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
Asprtazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
Interventi con esofagoplastica
Intervento per mega-esofago
Resezione gastrica totale
Resezione gastro-digiunale
Intervento per fistola gastro-digiunocolica
Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
Interventi di amputazione del retto-ano
Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perianeale
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
Drenaggio di ascesso epatico
Interventi pr echinococcosi epatica
Resezioni epatiche
Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
Interventi chirurgici per ipertensione portale
Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per laparotomica
Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

Nefroureterectomia radicale
Surrenalectomia
Interventi di cistectomia totale
Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
Cistoprostatovesicolectomia
Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi per costola cervicale

Interventi di stabilizzazione vertebrale

Interventi di resezione di corpi vertebrali

Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni

Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei

Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)

Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite

Correzione chirurgica di megauretere congenito

Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

Tutti