

I. PARTE GENERALE

Art. 1

SFERA DI APPLICAZIONE

Il presente Contratto Integrativo Aziendale si applica ai dipendenti in servizio alla data di stipulazione o assunto successivamente nelle imprese del Gruppo Unipol di seguito riportate e destinatarie del CCNL applicato al personale non dirigente dipendente dalle Imprese di Assicurazione, sottoscritto dalle OO.SS. dei lavoratori che sono anche firmatarie del presente CIA.

Qualora durante la vigenza del presente CIA nuove società che applicano il CCNL per il personale non dirigente dipendente dalle Imprese di Assicurazione entrassero nel perimetro del Gruppo Unipol, le Parti si incontreranno per valutare tempi e modalità dell'eventuale applicazione del presente CIA, come già avvenuto in analoghe precedenti situazioni.

ARCA ASSICURAZIONI S.P.A.
ARCA INLINEA S. CONS. A.R.L.
ARCA SISTEMI S.C.A.R.L.
ARCA VITA S.P.A.
BIM VITA S.P.A.
COMPAGNIA ASSICURATRICE LINEAR S.P.A.
FINITALIA S.P.A.
FONDAZIONE UNIPOLIS
INCONTRA ASSICURAZIONI S.P.A.
PRONTO ASSISTANCE S.P.A.
PRONTO ASSISTANCE SERVIZI S.C.R.L. (PAS)
SIAT ASSICURAZIONI S.P.A.
UNIPOL GRUPPO FINANZIARIO S.P.A.
UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.P.A.
UNISALUTE S.P.A.

Art. 2
DEMOCRAZIA D'IMPRESA

La gestione del rapporto di lavoro si basa sul rispetto della persona, sulla correttezza e sul rispetto delle pari opportunità.

Le Parti confermano la centralità del personale dipendente, riconoscono e rispettano i reciproci ruoli e promuovono la diffusione di un corretto sistema di relazioni.

Nello specifico le Parti ribadiscono l'impegno per un ulteriore miglioramento delle relazioni sindacali attraverso il rafforzamento della partecipazione dei lavoratori e delle stesse OO.SS.AA. alla crescita quantitativa e qualitativa (servizio all'utenza, prodotti, costi e risultati economici) di ciascuna Compagnia Assicurativa e dell'intero Gruppo, attraverso il miglioramento dell'informazione e del confronto nel rispetto dei reciproci ruoli e funzioni e attraverso lo sviluppo dell'azione di valorizzazione delle persone e della loro crescita professionale.

Tale reciproco impegno si svolgerà nell'ambito delle norme di Legge, del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro e di quanto pattuito nel presente Contratto Integrativo Aziendale.

Art. 3

PARTECIPAZIONE E INFORMAZIONE

Le Parti confermano la scelta della partecipazione come fondamentale valore condiviso e radicato nella vita del Gruppo.

Le Parti, nell'ambito delle politiche e degli obiettivi aziendali e delle società del Gruppo, si impegnano a migliorare ulteriormente contenuti, modalità e tempi della partecipazione e del coinvolgimento dei lavoratori alla vita dell'Impresa, in un rapporto esplicito teso a sviluppare le competenze, elevare la qualità del servizio, migliorare la qualità del lavoro e la professionalità.

Le Parti convengono sull'esigenza di sviluppare la comunicazione interna rivolta a tutti i dipendenti con l'obiettivo di migliorare la circolazione delle informazioni e delle conoscenze all'interno dell'Impresa per favorire la realizzazione delle strategie ed il conseguimento degli obiettivi aziendali.

Le Parti concordano sull'opportunità di sviluppare ulteriormente la collegialità come criterio di gestione aziendale, coinvolgendo nella elaborazione dei piani, dei programmi e dei progetti tutti i lavoratori all'interno della unità organizzativa di appartenenza.

Nel rapporto diretto con i lavoratori il Gruppo riconferma il proprio impegno a svolgere, a livello di singola Direzione, incontri periodici tra Dirigenti e Funzionari per analizzare e discutere l'attività della Direzione nel contesto delle politiche generali dell'Impresa.

Nel rapporto diretto fra il responsabile di una determinata unità organizzativa ed il suo superiore gerarchico si dovranno tenere incontri periodici finalizzati alla discussione degli obiettivi, alla identificazione delle risorse necessarie, al ruolo che il lavoratore è chiamato ad assolvere per la realizzazione degli stessi, all'andamento del lavoro e ai risultati conseguiti.

Il processo di coinvolgimento dovrà con la gradualità necessaria coinvolgere e interessare ogni singola unità organizzativa allo scopo di:

- migliorare i risultati della gestione;
- migliorare i servizi verso l'utenza sia esterna che interna (tra Uffici e tra Uffici e Agenzie);
- migliorare la professionalità dei lavoratori;
- migliorare il contesto e le condizioni di lavoro;
- innovare le metodologie di lavoro;
- migliorare la funzionalità e l'organizzazione del lavoro.

Le Parti condividono che il lavoro è l'elemento costitutivo dell'impresa e si realizza nel rispetto degli accordi e delle regole con l'obiettivo di sviluppare un'impresa responsabile verso se stessa e verso il mondo esterno.

In tal senso, anche in relazione a quanto previsto dall'art. 13 del CCNL, saranno promossi momenti di confronto tra le Parti sui temi della responsabilità sociale, degli andamenti generali della Compagnia in rapporto alle strategie e al mercato, degli assetti organizzativi e dell'organizzazione del lavoro.

Nell'ambito dei sistemi di comunicazione interna, alle OO.SS.AA. viene messa a disposizione una bacheca elettronica accessibile ai dipendenti, in cui dare comunicazioni tempestive ed inserire pubblicazioni, testi e comunicazioni inerenti a materie di interesse sindacale e del lavoro.

a – INFORMAZIONE GENERALE

Allo scopo di favorire ulteriormente i processi partecipativi l'Impresa riconferma il proprio impegno a fornire al Sindacato le informazioni riguardanti le principali variabili aziendali e precisamente:

- politiche e obiettivi della Compagnia;
- budget aziendale;
- piani industriali;
- rapporti tecnici;
- attività date in appalto;
- investimenti tecnologici.

Tali informazioni, corredate dalla documentazione necessaria, saranno fornite almeno una volta all'anno e quando, eventualmente, le OO.SS.AA. ne facciano richiesta.

Contestualmente, saranno fornite anche le seguenti informazioni:

- contratti part-time per sede e tipologie;
- premi lavoro diretto;
- denunce sinistri;
- spese per lavoro autonomo non imputabile al lavoro peritale.

b - INFORMAZIONI SPECIFICHE

Le informazioni specifiche che l'Impresa fornirà tempestivamente alle OO.SS.AA. verteranno sui seguenti temi.

b.1) Progetti organizzativi ed informatici. L'Impresa per quanto riguarda i progetti che hanno rilevanza sulla Organizzazione del Lavoro, occupazione e professionalità, fornisce le informazioni necessarie ed una documentazione di sintesi utile ad una reale comprensione degli stessi (in particolare obiettivi e contenuti) prima dell'avvio della fase di realizzazione.

Sullo stato di avanzamento dei progetti le OO.SS.AA. possono chiedere ulteriori informazioni.

L'informativa verterà principalmente: sulla descrizione delle aree di attività delle unità organizzative e delle conseguenti funzioni prevalenti; sui criteri organizzativi del progetto e su eventuali modifiche della struttura; sui ritorni di produttività attesi con la realizzazione del progetto.

b.2) Organici. Mensilmente verranno consegnate alle OO.SS.AA. le informazioni su assunzioni (area professionale, livello retributivo, provenienza da altre Società del Gruppo), cessazioni (con indicazione di passaggi ad altre Società del Gruppo), distacchi, trasferimenti di sede, movimentazioni, passaggi di livello retributivo, variazioni di contratto, assunzioni di disabili di cui alla legge n° 68 del 12 marzo 1999 e lavoratori in somministrazione per settore di collocazione, lavoro straordinario e lavoro supplementare effettuato.

b.3) Informazioni specifiche verranno fornite in merito alle aree commerciale e servizi di liquidazione relativamente alle linee generali delle politiche aziendali e ai principali processi di cambiamento. Nello specifico saranno illustrate eventuali variazioni della struttura organizzativa, eventuali modifiche dei livelli occupazionali e verranno fornite, per la rete di liquidazione, informazioni sull'andamento del denunciato. A tale proposito, a richiesta delle OO.SS.AA., potranno essere attivati appositi tavoli tecnici su progetti organizzativi specifici, composti da un numero massimo di tre membri designati dall'Impresa e da due membri per ogni organizzazione sindacale aziendale.

b.4) Su richiesta delle OO.SS.AA., verranno fornite informazioni sulla rete di vendita e la distribuzione tramite banche.

b.5) Annualmente l'Impresa consegnerà alle OO.SS.AA. un rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile e il costo del personale disaggregato per sesso secondo i criteri stabiliti dalla normativa tempo per tempo vigente.

b.6) Con riferimento all'art. 174 del vigente CCNL relativo al trattamento economico della sezione seconda, parte terza, l'impresa si impegna entro il 31 gennaio dell'anno successivo a fornire la comunicazione annuale dei dati relativi alle medie provvigionali pagate.

b.7) Su richiesta delle OO.SS.AA., in sede aziendale verranno fornite informazioni specifiche per l'analisi di nuove professionalità e per una valutazione dell'evoluzione di quelle presenti anche alla luce di eventuali novazioni introdotte in sede di contrattazione

nazionale, per assicurare altresì la necessaria coerenza ai percorsi professionali nell'ambito delle esigenze produttive aziendali.

c – CONFRONTO

I temi dell'informazione generale e specifica possono essere oggetto di confronto fra le Parti su richiesta di una di esse.

Per quanto riguarda il confronto sui temi relativi a:

- tempi e modalità dei progetti significativi;
- metodi e criteri adottati e finalità nei cambiamenti organizzativi;
- nuove procedure meccanizzate;
- carichi di lavoro;
- progetti di inserimento mirato per lavoratori con handicap;
- progetti e attività afferenti i Call Center;
- nuove professionalità ed evoluzione di quelle presenti

L'Impresa fornirà la necessaria documentazione fissando un incontro da tenersi non oltre 15 giorni dalla data di trasmissione della documentazione stessa. Dopo tale incontro possono essere richiesti ulteriori approfondimenti da esaurirsi entro 10 giorni dalla richiesta e comunque entro 30 giorni dalla data di trasmissione della documentazione.

d – CONTRATTAZIONE

L'Impresa, in conseguenza di cambiamenti organizzativi delle strutture e di cambiamenti tecnologici, contratta con le OO.SS.AA.:

- la distribuzione dell'orario;
- il cambiamento e la riconversione professionale;
- la mobilità anche territoriale;
- gli effetti sull'occupazione;
- la formazione finalizzata alla riconversione professionale.

La contrattazione deve iniziare di norma entro 10 giorni dalla data di informazione scritta o orale fornita alle OO.SS.AA.

Art. 4

RUOLO DEI FUNZIONARI

Il Gruppo riconosce e intende valorizzare il significativo ruolo svolto dai propri Funzionari nell'ambito aziendale, favorendo lo sviluppo del loro apporto professionale, attraverso l'assegnazione di specifiche responsabilità coerenti con i programmi, gli obiettivi aziendali ed il livello di professionalità acquisita.

Con questo spirito il Gruppo intende utilizzare gli incontri con i propri Funzionari, di cui all'art. 139 del vigente CCNL, nell'intento di favorire un progressivo e responsabile coinvolgimento degli stessi nei processi organizzativi e produttivi aziendali.

Tali incontri saranno anche tesi ad approfondire le tematiche relative ai processi di formazione e aggiornamento professionale ed i conseguenti piani formativi saranno oggetto di confronto con le OO.SS.

L'Azienda concederà n. 4 giorni di permesso retribuito ai funzionari che intendano partecipare a corsi di istruzione e formazione esterni, relativi a materie assicurative e/o di gestione d'Impresa, concordati preventivamente con l'Azienda, ed il cui costo sarà a carico del funzionario interessato.

Art. 5

FORMAZIONE PROFESSIONALE

Le Parti confermano che la formazione rappresenta uno strumento importante per la crescita professionale dei lavoratori e per la valorizzazione delle persone; inoltre riconoscono che, in un contesto caratterizzato da forti cambiamenti, la formazione è un importante ausilio per la condivisione delle conoscenze e per il miglioramento della qualità e dell'efficienza del servizio.

Il Gruppo conferma il suo rilevante impegno in direzione della formazione professionale che considera elemento saliente delle sue politiche e delle sue peculiarità.

L'impegno del Gruppo, delle OO.SS.AA. e dei lavoratori è volto a creare un sistema formativo "globale" che oltre gli specifici corsi permei l'intera attività lavorativa dalle relazioni intersoggettive allo scambio di conoscenze professionali ed allo sviluppo delle competenze personali.

Le parti concordano inoltre che lo sviluppo della professionalità e delle competenze professionali è determinato dalle opportunità formative relative a:

- corsi di formazione d'aula;
- supporto e affiancamento sul lavoro;
- supporti multimediali per l'autoformazione;
- formazione a distanza;
- partecipazione a progetti di sviluppo;
- partecipazione a iniziative seminariali esterne su temi specifici.

Pertanto le riunioni di strutture, uffici, gruppi, gli inserimenti ed affiancamenti di personale, la circolazione dei materiali di informazione (circolari, documentazione, ecc.) dovranno costituire momenti reali e permanenti di formazione individuale e collettiva.

Alla luce delle finalità sopra evidenziate, particolare attenzione dovrà essere dedicata alla formazione programmata, soprattutto con riferimento a quella prevista da disposizioni di Legge o emanate dalle Autorità di Controllo del settore.

Rispetto alla formazione d'aula, l'Impresa provvede a programmare ogni anno:

- corsi di formazione per i neo-assunti;
- corsi di formazione di base;
- corsi di aggiornamento professionale di natura tecnico-specialistica;
- corsi di sviluppo delle competenze relazionali, di organizzazione del lavoro e di project management;
- eventuali corsi di selezione.

Corsi di formazione saranno effettuati nei casi di rilevanti ristrutturazioni aziendali anche derivanti da innovazioni tecnologiche che comportino significative modifiche nello svolgimento della prestazione lavorativa.

Tali corsi saranno rivolti a quei lavoratori che, per effetto delle ristrutturazioni e/o innovazioni di cui sopra, saranno interessati da significative modificazioni delle loro prestazioni lavorative.

Anche in attuazione dell'art. 66 del vigente CCNL per il personale delle Società cui si applica il presente CIA saranno istituiti interventi formativi pari a un monte ore complessivo annuo di almeno 10.000 ore.

Nell'ambito del suddetto monte ore, le Società ne destineranno il 12% a corsi formativi e/o addestrativi a beneficio del Personale cui si applicano gli artt. 97 e 98 del CCNL vigente.

Nelle iniziative di formazione sarà garantita un'uguale possibilità di partecipazione sia tra uomo e donna nel rispetto della normativa tempo per tempo vigente, sia tra il personale delle diverse Società cui si applica il presente CIA, attraverso un'equilibrata distribuzione della formazione erogata su tutto il personale delle diverse Società.

Nell'organizzazione dei corsi il Gruppo presterà particolare attenzione al personale con maggior anzianità nello stesso livello d'inquadramento e al personale che osserva orario di lavoro a tempo parziale.

Saranno organizzati corsi specifici rivolti a coloro che hanno la responsabilità di gestione di risorse umane. Particolari iniziative distinte per ambiti di problematicità saranno destinate, stante la specificità dei ruoli, ai funzionari, ai 6° livello Quadri, nonché ai 6° livello che siano preposti in via permanente quali responsabili ad attività di coordinamento, pianificazione e controllo di un gruppo di lavoratori/trici.

Le Parti concordano che, per quanto riguarda la formazione e l'istruzione professionale dei collaboratori dei responsabili sopra indicati, vi sia un fattivo coinvolgimento di questi ultimi sia per evidenziare le necessità di interventi formativi sia per la migliore finalizzazione dei programmi di apprendimento.

Il Gruppo si dichiara inoltre disponibile, in presenza di valide condizioni organizzative e quando si verifichi un reale interessamento del dipendente per una qualificata crescita professionale, a prendere in considerazione richieste individuali di partecipazione ai corsi di formazione ed istruzione professionale sostenendone anche i relativi costi. I corsi saranno tenuti di norma in orario di lavoro.

Il Gruppo infine dichiara la propria disponibilità a promuovere e a sottoscrivere apposite convenzioni con Università, anche telematiche, per favorire l'avvio e/o il

completamento degli studi universitari in discipline afferenti i business aziendali da parte dei dipendenti interessati.

Nei corsi di formazione per i neo-assunti sono 2 le ore d'aula riservate alle OO.SS.AA.

Per gli operatori assunti a tempo indeterminato nelle Centrali operative, saranno previste 2 ore complessive di incontro con le OO.SS.AA. nel caso in cui non abbiano fruito dei corsi per neoassunti.

Le Parti si incontreranno almeno una volta all'anno per esaminare l'attività formativa svolta e i futuri programmi di formazione.

Per tutte le imprese firmatarie del presente Contratto Integrativo Aziendale è attiva un'unica Commissione bilaterale tra le Società e le OO.SS.AA. per approfondire le tematiche sempre più specialistiche relative alla formazione e alla realizzazione dei piani formativi anche attraverso l'impiego del *Fondo Banche Assicurazioni* – F.B.A.

La Commissione potrà anche approfondire la rilevazione dei fabbisogni formativi in particolare per il personale che da tempo non è interessato da piani formativi e da sviluppi professionali.

Tale Commissione è composta da un numero massimo di tre membri designati dalle Imprese e 10 membri designati dalle OO.SS.AA., che saranno rinominati entro un mese dalla data di stipulazione del presente CIA.

La Commissione potrà essere convocata in tempi rapidi anche su iniziativa di una delle Parti e, con particolare riferimento ai piani formativi legati agli avvisi F.B.A., esaminerà le proposte, con l'obiettivo di rispettare le scadenze previste per l'accesso ai finanziamenti. In caso di convocazione su iniziativa dell'Impresa, la stessa fornirà in tempo utile la necessaria documentazione.

Art. 6
MOBILITÀ PROFESSIONALE

Le Parti considerano la mobilità professionale uno strumento importante per la migliore organizzazione aziendale, per la valorizzazione delle risorse umane e per l'arricchimento delle esperienze professionali e convengono che la stessa possa svolgersi tra tutte le Società ed i diversi comparti del Gruppo, ferme restando tutte le tutele individuali derivanti da leggi e da contratti.

I criteri fondamentali che regolano la mobilità sono:

- corrispondenza dei requisiti di scolarità richiesti dalla posizione;
- corrispondenza dei requisiti tecnico/professionali;
- partecipazione ai corsi di formazione;
- anzianità aziendale.

I lavoratori possono segnalare per iscritto la loro disponibilità alla mobilità, che costituisce ulteriore criterio di valutazione. A fronte di specifica richiesta, la Direzione del Personale si impegna ad incontrarli in tempi rapidi e comunque entro 45 giorni per approfondire gli aspetti legati alla propria situazione lavorativa ed alle possibilità di sviluppo/mobilità professionale.

Le Società del Gruppo, ove si determinino esigenze di organico, faranno prioritariamente riferimento, compatibilmente con le professionalità richieste, a personale già dipendente, anche facendo ricorso ad apposite ricerche interne (job posting con previsione anche di colloqui individuali) rese note sotto forma di avvisi di pubblicazione tramite gli strumenti di comunicazione interna del Gruppo. L'esito della selezione verrà comunicato tempestivamente attraverso i suddetti strumenti di comunicazione interna. In tal senso verrà data priorità al personale inquadrato nella Disciplina Speciale Parte Terza del CCNL.

La mobilità infragruppo sarà effettuata tramite cessione di contratto ovvero tramite cessazione del rapporto di lavoro in essere presso la società di provenienza e la contestuale assunzione nella società di destinazione.

Con riferimento alle mobilità infragruppo riguardante i dipendenti assunti prima del 7 marzo 2015 (data di entrata in vigore del decreto legislativo n° 23 del 4 marzo 2015), si precisa che continueranno ad essere applicate le norme nella formulazione tempo per tempo vigente riferite ai rapporti di lavoro instaurati prima dell'entrata in vigore del predetto decreto.

Art. 7
PARI OPPORTUNITÁ

Nell'ambito delle normative in materia di pari opportunità, fra aziende e OO.SS.AA. è attiva la commissione bilaterale.

Tale commissione ha lo scopo di approfondire i contenuti della legge ed elaborare e promuovere idee e progetti di azioni positive volte al superamento degli ostacoli anche indiretti che impediscono la valorizzazione del personale femminile.

Tramite detta Commissione, al fine di promuovere forme innovatrici e adattabili di organizzazione del lavoro e di articolazione della prestazione lavorativa volte al miglioramento della qualità e della produttività del lavoro, l'Azienda si impegna ad elaborare, congiuntamente con le OO.SS.AA., progetti di azioni positive finanziabili con i contributi previsti dalla normativa tempo per tempo vigente e/o da altre normative vigenti in materia, nonché a condurre altri studi di fattibilità anche non finanziabili, comunque inerenti al tema.

Le attività della Commissione riguarderanno anche la promozione e la verifica dei progetti di supporto allo svolgimento dell'attività lavorativa per i lavoratori diversamente abili.

Tale Commissione è composta da un numero massimo di tre membri designati dalle Società e 10 membri designati dalle OO.SS.AA., e potrà essere convocata in tempi rapidi anche su iniziativa di una delle parti.

Le Parti si danno reciproca facoltà di invitare ai lavori della Commissione propri esperti.

Art. 8

SERVIZI DI ASILO NIDO

Il Gruppo dichiara la propria disponibilità a promuovere accordi con gli enti pubblici competenti per garantire la disponibilità di alcuni posti nei servizi di asilo nido, gestiti in appositi locali posti nelle vicinanze delle sedi aziendali.

L'accesso al servizio da parte dei figli dei dipendenti interessati sarà regolato in base ai criteri stabiliti dagli Enti Pubblici competenti.

L'importo del contributo a carico del dipendente che fruirà del servizio sarà regolato in base alle tariffe stabilite dagli Enti Pubblici competenti.

Art. 9
MOBBING

Il Gruppo afferma che la salvaguardia della integrità morale e fisica del dipendente è condizione necessaria per lo svolgimento dell'attività lavorativa e che una cultura del lavoro che ponga al centro il rispetto della personalità di ogni collaboratore rappresenta la base per un positivo clima aziendale così come previsto dal Codice delle Buone Prassi sottoscritto in data 30 luglio 2013, a cui si rinvia.

Qualunque atteggiamento lesivo della dignità individuale, che si manifesti attraverso comportamenti, parole, atti, scritti capaci di arrecare offesa alla personalità, alla dignità o all'integrità fisica o psichica di una persona, costituisce una violazione dei diritti personali e non è compatibile con il normale svolgimento del rapporto di lavoro.

Le Parti riconoscono l'importanza dei temi connessi alle violenze morali e psicologiche nell'ambiente di lavoro e manifestano l'intenzione di svolgere azioni di prevenzione e tutela dei lavoratori verso i fenomeni di mobbing e straining.

Per tutte le imprese firmatarie del presente Contratto Integrativo Aziendale viene istituito un unico Organismo bilaterale tra le Società e le OO.SS.AA. al quale viene affidato il compito di individuare percorsi di approfondimento della materia per proporre iniziative comuni mirate ad una diffusione e ad una sensibilizzazione sull'argomento al fine di prevenire l'insorgere di azioni lesive della dignità individuale, e di identificare le azioni da intraprendere in caso di situazioni in cui si ravvisino forme di mobbing.

Tale Organismo è composto da un numero massimo di tre membri designati dalle Società e 10 membri designati dalle OO.SS.AA. che saranno nominati e apriranno i lavori entro tre mesi dalla data di stipulazione del presente CIA.

Le Parti si danno reciproca facoltà di invitare ai lavori dell'Organismo propri esperti.

Art. 10

TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA NELL'AMBIENTE DI LAVORO

Ferma l'applicazione delle norme vigenti in materia di sicurezza sul lavoro e dell'art. 50 del vigente CCNL, il Gruppo conferma che la valutazione dei rischi di cui agli articoli 17 e 28 del Decreto Legislativo 81/2008 riguarderà tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato.

Inoltre, il Gruppo sostiene la fondamentale funzione delle iniziative di prevenzione in materia di salute e sicurezza e conferma il suo impegno ad intervenire ove necessario per migliorare le condizioni ambientali, igieniche e di sicurezza nei luoghi di lavoro, fornendo periodiche informazioni ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza sull'andamento dei programmi di intervento e con informazioni preventive rispetto a modifiche dei programmi o cambiamenti di sedi.

In tal senso, il Gruppo intende sviluppare una cultura della Sicurezza e si impegna a promuovere insieme ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza iniziative rivolte alla tutela della salute dei dipendenti quali a titolo esemplificativo:

- il miglioramento dei presidi di prevenzione incendio e di pronto soccorso,
- iniziative rivolte all'approfondimento di aspetti legati alla salute psico-fisica dei dipendenti,
- la misurazione di parametri ambientali nei luoghi di lavoro,
- il miglioramento dell'informazione in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro.

Nell'ottica di quanto sopra, il Gruppo dichiara la propria disponibilità a proseguire nell'attivazione di campagne specifiche di prevenzione, quali ad esempio campagne annuali anti-influenzali, campagne contro il fumo, esame cute-nei, campagne riguardanti le malattie cardiovascolari.

A tal fine le Parti prendono atto che la materia è organicamente disciplinata dal D.lgs. n. 81/2008 e successive modifiche e/o integrazioni e che alle disposizioni ed ai soggetti in esso contemplati occorre rinviare per individuare le concrete modalità di attuazione delle tutele in materia di sorveglianza sanitaria.

Qualora nell'ambito della sorveglianza sanitaria emerga la necessità di ulteriori accertamenti specialistici, fermo quanto già disposto dal D.lgs. n. 81/2008, la relativa spesa sarà a carico dell'Azienda.

Con particolare riferimento al D.Lgs. 151/2001 e D.Lgs 81/2008, l'Impresa metterà in atto le misure preventive e protettive che - ai sensi della normativa vigente - saranno

declinate in stretta collaborazione con i Medici del Lavoro e dovranno essere adottate dalle lavoratrici in gravidanza e puerperio.

Nell'eventualità in cui le risultanze dei controlli siano tali da consigliare che il lavoratore non venga più adibito alle mansioni fino a quel momento svolte, lo stesso sarà adibito a mansioni diverse nell'ambito del livello di appartenenza.

Gli accertamenti sanitari, la cui obbligatorietà non è prevista dalla normativa vigente, potranno essere effettuati su base esclusivamente volontaria e sotto la piena ed esclusiva responsabilità del lavoratore.

L'Impresa fornirà rispettivamente alle RSA e agli RLS, in occasione di incontri annuali, i dati anonimi collettivi concernenti i controlli sanitari effettuati.

Non potranno essere divulgate informazioni lesive del diritto del lavoratore alla riservatezza su fatti attinenti alla sua vita privata.

Art. 11

ASSUNZIONE FAMILIARI

L'Azienda dichiara di mantenere la disponibilità a valutare con ogni attenzione la possibilità di assunzione del coniuge o di un figlio di ex dipendenti deceduti in servizio o di dipendenti che, a causa di grave invalidità permanente, siano cessati dal rapporto di lavoro.

II. PARTE NORMATIVA

Art. 12

ORARIO DI LAVORO A TEMPO PIENO

a - DURATA E DISTRIBUZIONE

Per tutto il personale l'orario di lavoro settimanale è, salvo quanto previsto dalle specifiche regolamentazioni in materia, pari a 37 ore così come previsto dal vigente CCNL.

Di norma, tutte le unità organizzative effettuano otto ore giornaliere di lavoro dal lunedì al giovedì e cinque ore giornaliere al venerdì.

A far data dall'1/7/2016 – fatto salvo quanto previsto dalla Norma Transitoria riportata in calce al presente articolo – l'orario di riferimento contrattuale è così articolato:

- da lunedì a giovedì: dalle ore 8.30 alle ore 12.30 e
 dalle ore 13.30 alle ore 17.30
- venerdì: dalle ore 8.00 alle ore 13.00
- giornate semifestive: dalle ore 8.30 alle ore 12.00 (da lunedì a giovedì)
 dalle ore 8.00 alle ore 12.00 (venerdì)

L'orario di riferimento contrattuale è l'orario teorico che si applica in caso di assenze, qualunque ne sia la causa, per conteggiarne i tempi.

b - FLESSIBILITÀ DI ORARIO

A far data dall'1/7/2016 – secondo quanto previsto in materia di regime di timbrature dall'allegato 1 e fatto salvo quanto previsto dalla Norma Transitoria riportata in calce al

presente articolo – per il personale che non opera secondo turni di lavoro è possibile usufruire della flessibilità di orario di lavoro secondo le seguenti modalità:

dal lunedì al giovedì	7,45	9,15	in entrata
	16,45	18,30	in uscita
il venerdì	7,45	9,15	in entrata
	12,00	16,00	in uscita
giornate semifestive	8,00	9,15	in entrata

L'intervallo per il pranzo è previsto di 1 ora e può essere ridotto fino ad un periodo non inferiore a 30 minuti ed incrementato fino ad un periodo non superiore ai 90 minuti, nella fascia oraria compresa tra le 12,00 e le 14,00, fermo restando che sulla base di motivate esigenze tecnico-produttive sarà garantita la copertura di quelle unità organizzative preposte ad un servizio continuativo.

Nell'esercizio dell'orario flessibile il saldo al mese delle ore in più o in meno, compreso cioè il riporto dei mesi precedenti, non può in ogni caso superare le 13 ore in eccesso e le 10 ore in difetto. Ogni mese le ore effettuate in più o in meno saranno riportate nel mese successivo come saldo complessivo.

Il tempo eccedente il saldo negativo di 10 ore è trattenuto dalla retribuzione e costituisce un'inosservanza delle norme contrattuali. Viene, inoltre, data la possibilità di recuperare l'eventuale monte ore negativo nei primi giorni del mese successivo in caso di assenza per malattia negli ultimi giorni del mese.

Il tempo eccedente il saldo positivo delle 13 ore, fatto salvo quanto previsto agli art. 15 e 16 "Lavoro supplementare" e "Lavoro Straordinario", sarà considerato contrattualmente non consentito e non richiesto dall'Impresa e quindi non verrà in alcun modo retribuito.

I ritardi devono rappresentare un'eccezione e devono essere motivati. L'entrata dopo il termine della fascia flessibile in ingresso e dopo il periodo di intervallo per il pranzo costituisce ritardo. I ritardi che superano il monte di dieci minuti mensili verranno trattenuti dalla retribuzione.

Per i dipendenti operanti presso la struttura “Assistenza di 1° livello Agenzie” (ex Customer Care) si applica in tutte le sedi la disciplina in materia di orario di lavoro riportata nell'allegato 2.

Sulla base delle esigenze di alcune unità organizzative l'Impresa potrà richiedere una presenza fino alle ore 18,30. Laddove dovessero insorgere problemi per la copertura degli orari richiesti, la soluzione degli stessi verrà ricercata preventivamente con le OO.SS.AA.

In caso di rientro da una missione avvenuto, per comprovate ragioni di servizio, dopo le ore 22, il dipendente avrà la facoltà di riprendere il servizio trascorso un intervallo di 12 ore tra il rientro presso il proprio domicilio e l'inizio dell'attività lavorativa.

Fino al 30/6/2016 restano in vigore le condizioni in essere alla data di stipulazione del presente CIA.

NORMA TRANSITORIA

Con riferimento al personale cui si applicava il CIA Fonsai 24/6/2010, i regimi d'orario (compresi gli istituti normativi ad esso correlati) in essere alla data di stipulazione del presente CIA resteranno temporaneamente in vigore sino a tutto il 31/12/2016.

Art. 13

ORARIO DI LAVORO A TURNI

a - DURATA E DISTRIBUZIONE

In considerazione delle particolari esigenze di taluni servizi, sono stabiliti turni di lavoro settimanali per le seguenti categorie di lavoratori:

- addetti ai centralini telefonici;
- addetti ai Call Center del Gruppo

Nell'allegato 4 e negli Accordi specifici sono riportati gli orari dei turni.

Agli addetti al Call Center verrà fornito un calendario trimestrale dei turni di lavoro che potrà essere modificato per esigenze tecnico–produttive con un preavviso di almeno 30 giorni.

L'introduzione di nuovi turni di lavoro sarà oggetto di confronto con le OO.SS.AA. secondo i tempi previsti dall'art. 3 del CIA.

Le Parti si incontreranno entro e non oltre il 30 novembre 2016 per verificare che – tramite la reperibilità strutturale così come disciplinata al successivo art. 17 del presente CIA – sia garantita completa ed efficace risposta alle specifiche esigenze di copertura del servizio da parte della Direzione Servizi Informatici.

Qualora l'istituto della reperibilità strutturale non consenta di soddisfare le predette esigenze, le Parti – previa apposita negoziazione – definiranno tramite accordo sindacale i turni di lavoro, che saranno applicati dal 1° gennaio 2017 agli addetti all'Erogazione Servizi Informatici e Infrastrutture Tecnologiche.

b - FLESSIBILITÀ DI ORARIO

Per il lavoro a turni non è prevista flessibilità di orario, fatto salvo quanto previsto negli Accordi specifici.

Per i turnisti con flessibilità di orario è considerato ritardo l'ingresso oltre la fascia di flessibilità relativa al proprio orario di lavoro.

Per i turnisti senza flessibilità di orario è considerato ritardo l'ingresso oltre gli orari di entrata previsti nei singoli turni.

Art. 14

ORARIO DI LAVORO A PART-TIME

a - DURATA E DISTRIBUZIONE

Per il personale a part-time l'orario di riferimento contrattuale è quello previsto nella lettera di assunzione o di trasformazione a part-time. Nelle giornate semifestive previste dal CCNL la durata dell'orario di lavoro è ridotta al 50%, fermo restando l'orario di ingresso previsto.

La durata del part-time viene di norma articolata in part-time a durata determinata e non potrà avere durata inferiore ad un anno e superiore a tre anni.

In via straordinaria, a fronte di particolari e comprovate esigenze di carattere personale e/o familiare, potrà essere accordato un orario a part time a durata indeterminata.

Il lavoratore a part-time a durata determinata, qualora tale regime orario non venga rinnovato, dovrà rientrare all'orario a tempo pieno al termine del periodo definito.

Il lavoratore con un orario di lavoro a part time a durata indeterminata, potrà chiedere il rientro all'orario a tempo pieno previo preavviso di un mese.

Tale rientro verrà concesso o meno, in ragione delle esigenze aziendali, organizzative e di organici. Il richiedente ha comunque diritto di precedenza rispetto alle nuove assunzioni sempre della stessa area professionale di appartenenza e dello stesso livello retributivo.

L'orario settimanale del part-time potrà andare da 20 a 30 ore e l'eventuale intervallo per il pranzo è previsto di 1 ora, che a far data dall'1/7/2016 può essere ridotto fino ad un periodo non inferiore a 30 minuti ed incrementato fino ad un periodo non superiore ai 90 minuti.

Il rapporto di lavoro part-time può essere di tipo orizzontale, verticale o misto, di norma secondo gli schemi orari di riferimento riportati nell'allegato 5.

A tali schemi orari si farà di norma riferimento per le nuove trasformazioni da tempo pieno a tempo parziale, per gli eventuali rinnovi dei part time a durata determinata ed in caso di nuove assunzioni a part time.

Si precisa che il personale con orario a part time in essere alla data di sottoscrizione del presente CIA continuerà a mantenere le articolazioni orarie e le flessibilità d'orario fino all'eventuale scadenza dell'orario a tempo ridotto.

Con riferimento al personale a part time con durata a tempo indeterminato, si specifica che - nell'ipotesi di richiesta da parte del dipendente di variazione delle articolazioni orarie e delle flessibilità d'orario - si applicherà quanto previsto nel presente articolo, fermo restando la predetta tipologia temporale del contratto.

b - FLESSIBILITÀ DI ORARIO

I lavoratori a part time possono usufruire di una:

- flessibilità in anticipo fino a 15 minuti ed in posticipo fino a 30 minuti rispetto sia all'orario di ingresso sia a quello di uscita indicato nel contratto per le giornate lavorative con orario inferiore alle 8 ore,

- flessibilità pari a quella prevista per i lavoratori a tempo pieno nelle giornate lavorative con orario pari a 8 ore.

La fascia di flessibilità in entrata non potrà determinare un orario di ingresso oltre le ore 9,15.

Nell'esercizio dell'orario flessibile il saldo al mese, in più o in meno, compreso cioè il riporto dei mesi precedenti, non può in ogni caso superare le 8 ore. Ogni mese le ore effettuate in più o in meno saranno riportate nel mese successivo come saldo complessivo.

Viene, inoltre, data la possibilità di recuperare l'eventuale monte ore negativo nei primi giorni del mese successivo in caso di assenza per malattia negli ultimi giorni del mese.

E' considerato ritardo l'ingresso oltre la fascia di flessibilità relativa al proprio orario di lavoro.

c - TRATTAMENTO ECONOMICO E NORMATIVO

Il trattamento economico e normativo sarà matematicamente proporzionale all'orario effettuato.

Fermi i divieti di discriminazione diretta ed indiretta previsti dalla legislazione vigente e in un'ottica di concreta attuazione dei principi di Responsabilità Sociale, il lavoratore a tempo parziale non deve ricevere un trattamento meno favorevole rispetto al lavoratore a tempo pieno comparabile, intendendosi per tale quello inquadrato nello stesso livello, in forza dei criteri di classificazione stabiliti dalla contrattazione collettiva, per il solo motivo di lavorare a tempo parziale.

Al momento della variazione in diminuzione dell'orario settimanale di lavoro, il saldo ferie a giorni viene mantenuto con effettuazione del relativo conguaglio economico. In caso di variazione in aumento dell'orario settimanale di lavoro il saldo ferie a giorni viene proporzionalmente ridotto.

I lavoratori a part-time hanno diritto al buono pasto nel caso in cui l'orario di lavoro preveda il rientro pomeridiano con un intervallo di almeno 30 minuti.

In concomitanza con le giornate semifestive il personale a part time potrà essere esentato dalla prestazione lavorativa, fruendo dell'istituto delle ferie, delle ex festività e dei permessi ex art. 39 CCNL compatibilmente con la loro disciplina.

d - CRITERI DI ACCESSO

Allo scopo di agevolare l'accesso al part-time l'Impresa registrerà le domande scritte pervenute dai singoli lavoratori. L'Impresa si impegna a dare risposta, sia essa positiva o negativa, alle domande di part-time entro 3 mesi dalla loro presentazione.

Ad integrazione di quanto previsto in materia di priorità al part time dal D.lgs. n.81/2015, l'accesso al part-time viene regolamentato sulla base dei seguenti criteri elencati in ordine di importanza:

- comprovati motivi di salute;
- comprovati e gravi motivi familiari;

- altre esigenze di ordine personale.

A parità di condizioni nei suddetti criteri la precedenza sarà riservata ai dipendenti con maggiore anzianità aziendale.

In tutti i casi la concessione del part-time è subordinata alla condizione che essa non determini disfunzioni organizzative nell'unità di appartenenza.

Il lavoratore a cui verrà concesso il part-time potrà essere movimentato, nell'ambito della propria sede di lavoro, in altre attività coerenti con il livello di appartenenza.

e - PART TIME D'URGENZA

A fronte di comprovate situazioni di particolare gravità, di salute, personali o familiari:

- necessità familiari derivanti dal decesso del coniuge,
- patologie acute, documentate, che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale del coniuge o convivente, dei figli, dei genitori, parenti e affini entro il 2° grado e che richiedono assistenza continuativa da parte del familiare/dipendente,

sarà concesso un part-time a durata determinata con una durata fino a sei mesi.

L'impresa si impegna a dare risposta entro quindici giorni dalla presentazione della richiesta.

Il lavoratore potrà richiedere il rientro all'orario precedentemente in essere in anticipo rispetto alla scadenza prevista.

Art. 15
LAVORO SUPPLEMENTARE

a - DISCIPLINA COMUNE

A far data dall'1/7/2016, fatto salvo quanto previsto dalla Norma Transitoria riportata in calce all'articolo 12, il lavoro supplementare è utilizzabile – a seguito di opzione del lavoratore - in alternativa al lavoro straordinario e viene effettuato su richiesta e autorizzazione del responsabile diretto.

Il lavoro supplementare può essere effettuato dal personale a tempo pieno, assunto a tempo indeterminato o determinato, che non ha responsabilità gerarchiche e adotta il regime delle 4 timbrature e nella sola giornata di sabato anche dal personale che adotta il regime delle 2 timbrature.

Il lavoro supplementare può essere effettuato anche dal personale a part time, assunto a tempo indeterminato o determinato.

Per il personale a part time il lavoro supplementare viene utilizzato in ragione di punte di più intensa attività lavorativa e/o indifferibili esigenze di mercato.

Il lavoro supplementare viene effettuato dopo aver completato le ore contrattualmente previste per quella giornata e dopo il termine della fascia rigida d'orario.

Le prestazioni di lavoro supplementare vengono riconosciute solo se di durata superiore a 15 minuti e sono conteggiate a multipli di 15 minuti.

In presenza di un saldo negativo del monte ore flessibile, il conteggio delle ore di lavoro supplementare viene effettuato solo dopo aver compensato la flessibilità negativa.

Il lavoro supplementare viene recuperato fruendo di permessi equivalenti alle prestazioni effettuate a frazioni minime di 15 minuti. I recuperi possono essere effettuati utilizzando anche mezze giornate o giornate intere, d'intesa con il responsabile diretto, al di fuori dalla programmazione ordinaria delle ferie.

Quando il recupero del lavoro supplementare avviene utilizzando una mezza giornata o una giornata intera, quindi senza effettuare il rientro pomeridiano, il dipendente non ha diritto all'erogazione del buono pasto.

Il recupero delle ore di lavoro supplementare deve essere effettuato di norma entro il mese di dicembre dell'anno successivo, fatti salvi i casi di oggettiva difficoltà per i quali d'intesa con il responsabile diretto potrà essere riportato ulteriormente all'anno seguente.

La programmazione del lavoro supplementare e le modalità del recupero per gli uffici o i settori interessati all'attività che presentino fenomeni di "punte" di lavoro per periodi prolungati dovranno essere concordati fra le parti.

Fino al 30/6/2016 restano in vigore le condizioni in essere alla data di stipulazione del presente CIA.

b - LAVORATORI A TEMPO PIENO

Il lavoro supplementare è stabilito nella misura massima di 230 ore annue e 5 ore settimanali.

c - LAVORATORI A PART-TIME VERTICALE

Il lavoro supplementare è stabilito nella misura massima di 150 ore annue.

Il dipendente potrà optare tra il pagamento e il recupero delle ore di lavoro supplementare effettuate.

Le ore di lavoro supplementare eccedenti il limite annuo indicato in precedenza verranno maggiorati del 25% rispetto al normale compenso orario.

d - LAVORATORI A PART-TIME ORIZZONTALE

Il lavoro supplementare è stabilito nella misura massima di 150 ore annue e non deve superare giornalmente la differenza tra le 8 ore giornaliere e il tempo parziale.

Per il solo personale a tempo determinato part-time il monte ore è di 100 annue.

A fronte di particolari e oggettive esigenze tecnico-organizzative, le Parti convengono che potranno essere superati i suddetti limiti annui, previo confronto fra l'Impresa e le R.S.A.

Il dipendente potrà optare tra il pagamento e il recupero delle ore di lavoro supplementare effettuate.

Le ore di lavoro supplementare eccedenti il limite annuo indicato in precedenza verranno maggiorati del 25% rispetto al normale compenso orario.

e - LAVORATORI A PART-TIME DEL CALL CENTER

Il lavoro supplementare è stabilito nella misura massima di 150 ore annue e non deve superare giornalmente la differenza tra le 8 ore giornaliere e il tempo parziale.

A fronte di particolari e oggettive esigenze tecnico-organizzative, le Parti convengono che potrà essere superato il suddetto limite annuo, previo confronto fra l'Impresa e le R.S.A.

Il dipendente potrà optare tra il pagamento e il recupero delle ore di lavoro supplementare effettuate.

Le ore di lavoro supplementare comprese tra le 51 ore e le 120 ore annue verranno maggiorate del 25% rispetto al normale compenso orario.

Le ore di lavoro supplementare eccedenti le 120 ore annue verranno maggiorate del 30% rispetto al normale compenso orario.

Art. 16
LAVORO STRAORDINARIO

A far data dall'1/7/2016, fatto salvo quanto previsto dalla Norma Transitoria riportata in calce all'articolo 12, le prestazioni di lavoro straordinario vengono effettuate su richiesta del responsabile diretto, che provvede all'autorizzazione.

Il lavoro straordinario può essere effettuato dal personale a tempo pieno ovvero a part time verticale o misto, assunto a tempo indeterminato o determinato, che non ha responsabilità gerarchiche e adotta il regime delle 4 timbrature.

Il lavoro straordinario viene effettuato dopo aver completato le ore contrattualmente previste per quella giornata e dopo il termine della fascia rigida d'orario.

Le prestazioni di lavoro straordinario vengono riconosciute solo se di durata superiore a 15 minuti e sono conteggiate a multipli di 15 minuti.

In presenza di un saldo negativo del monte ore flessibile, il conteggio delle ore di lavoro straordinario viene effettuato solo dopo aver compensato la flessibilità negativa.

Il lavoro straordinario viene integralmente retribuito, fatto salvo quanto previsto dalla Banca Ore. Le maggiorazioni dello straordinario per le diverse fattispecie (normale, festivo, notturno, notturno festivo) sono regolate secondo le percentuali indicate dal CCNL.

La Banca Ore viene recuperata fruendo di permessi equivalenti alle prestazioni effettuate a frazioni minime di 15 minuti. I recuperi possono essere effettuati utilizzando anche mezze giornate o giornate intere, d'intesa con il responsabile diretto, al di fuori dalla programmazione ordinaria delle ferie.

Quando il recupero della Banca Ore avviene utilizzando una mezza giornata o una giornata intera, quindi senza effettuare l'intervallo pranzo, il dipendente non ha diritto all'erogazione del buono pasto.

Il recupero della Banca Ore deve essere effettuato di norma entro il mese di dicembre dell'anno successivo, fatti salvi i casi di oggettiva difficoltà per i quali d'intesa con il responsabile diretto potrà essere riportato ulteriormente all'anno seguente.

Fino al 30/6/2016 restano in vigore le condizioni in essere alla data di stipulazione del presente CIA.

Art. 17

REPERIBILITA' NEI SISTEMI INFORMATIVI

L'applicazione del presente articolo avviene a far data dall'1/7/2016. Fino al 30/6/2016 restano in vigore le condizioni in essere alla data di stipulazione del presente CIA.

Gli interventi saranno effettuati possibilmente a distanza o, laddove necessario, dalla sede aziendale. Per permettere ai dipendenti di effettuare gli interventi durante le fasce di reperibilità, l'azienda fornirà agli interessati un telefono cellulare e un p.c. portatile per l'effettuazione dei collegamenti.

1. Il ricorso alla reperibilità è normato secondo quanto previsto all'art. 108 del vigente CCNL, con il quale, tra l'altro, il lavoratore si rende disponibile, in modo volontario, per assicurare la continuità dei servizi e/o la funzionalità degli impianti.

2. Durante gli orari di reperibilità come di seguito definiti ai dipendenti chiamati ad operare interventi sui sistemi informatici verrà riconosciuta un'indennità di intervento retribuita secondo quanto previsto agli artt. 110, 111 e 112 del vigente CCNL con l'esclusione delle norme riguardanti la banca ore.

Si precisa che il computo della prestazione di lavoro decorre dal momento del collegamento al sistema centrale e cessa all'interruzione del collegamento stesso.

Il tempo della prestazione di lavoro sarà riconosciuto a frazioni di 15 minuti con un minimo giornaliero di un'ora di prestazione comunque riconosciuta per intervento fuori sede ovvero di due ore per intervento anche presso le sedi aziendali nelle fasce orarie serali / notturne oppure nelle giornate di sabato e festive.

3. Nel caso in cui l'intervento debba essere effettuato presso la sede aziendale, verrà riconosciuto il rimborso delle spese a pie' di lista. I rischi relativi agli infortuni in itinere per il raggiungimento della sede di lavoro saranno assicurati secondo quanto già previsto dai contratti in essere nel quadro delle coperture professionali.

4. Se viene richiesto l'intervento di un dipendente in reperibilità ed il dipendente non risulta effettivamente reperibile, non spettano le erogazioni di cui al punto 6 per l'intera reperibilità.

5. Qualora si registrassero problemi per assicurare la continuità dei servizi e/o la funzionalità degli impianti e/o per valutare sviluppi nelle esigenze di reperibilità le Parti si incontreranno per valutare le misure necessarie.

6. Ai dipendenti che garantiranno la reperibilità verrà riconosciuta un'indennità lorda non accantonabile ai fini del T.F.R. secondo i seguenti profili orari:

a) REPERIBILITA' OCCASIONALE

Per ogni giornata di reperibilità:

- | | |
|--------------------------------------------------------------|------|
| - giornaliero diurno: sabato o festivo dalle 8.00 alle 22.00 | € 70 |
| - notturno: da lunedì a domenica dalle 22.00 alle 8.00 | € 90 |
| - pomeridiano: venerdì o semifestivo dalle 13.00 alle 22.00 | € 50 |
| - mattutino: sabato o festivo dalle 8.00 alle 14.00 | € 40 |

b) REPERIBILITA' STRUTTURALE

Verrà riconosciuta la somma di € 460,00 lordi per ogni settimana di reperibilità (da lunedì a domenica), che comprende anche l'attività di verifica quotidiana da remoto del corretto funzionamento delle infrastrutture tecnologiche e dei programmi all'atto dell'avvio e della chiusura dell'erogazione dei servizi informatici, nonché dei processi specifici ritenuti rilevanti da parte della Direzione Servizi Informatici.

Agli interventi, che dovessero essere effettuati all'esito della suddetta attività di verifica, sarà applicata l'indennità d'intervento di cui al punto 2 del presente articolo.

La somma di € 460,00 lordi viene incrementata del 5% per il personale a cui l'Impresa ha assegnato l'incarico di referente operativo per poter indirizzare la diagnosi e la correzione tempestiva delle problematiche emerse.

In caso di particolari necessità personali ed in accordo con il proprio responsabile, il periodo settimanale di reperibilità potrà essere "spezzato" fra due dipendenti e la relativa indennità sarà conseguentemente riproporzionata.

Art. 18
PERMESSI

L'applicazione del presente articolo avviene a far data dall'1/7/2016, fatto salvo decorrenze temporali diverse indicate all'interno di ciascun punto. Fino al 30/6/2016 restano in vigore le condizioni in essere alla data di stipulazione del presente CIA.

a - PERMESSI RETRIBUITI

a.1) I responsabili diretti hanno la possibilità di concedere permessi retribuiti da recuperare, che vengono computati nell'ambito della flessibilità d'orario. Di norma ciascun permesso non può essere di durata tale da determinare mezza giornata di assenza e per tale motivo non è fruibile congiuntamente con altri tipi di permesso, ad eccezione di quelli per visita medica e/o ai sensi della legge 104/1992 e/o riposi per allattamento e/o assemblea.

Il personale a tempo pieno può usufruire di permessi da recuperare per un massimo di 12 ore mensili. I responsabili diretti potranno concedere permessi, in via del tutto eccezionale e d'intesa con la Direzione del Personale, fino al limite delle 5 ore anche in via continuativa, solo dopo l'esaurimento dei 5 giorni di ferie non programmabili.

Il personale a part-time può usufruire di permessi da recuperare per un massimo di 8 ore mensili.

Potranno inoltre essere concessi permessi retribuiti, per il tempo strettamente necessario e debitamente documentati, per ritardi determinati da cause di forza maggiore (Es. calamità naturali, guasto meccanico del mezzo pubblico).

a.2) Verranno concessi permessi retribuiti per visite mediche e/o analisi cliniche e/o cure terapeutiche, cure dentarie e prestazioni ambulatoriali che dovranno essere successivamente giustificati da idonea documentazione in relazione alla durata della prestazione rilasciata dal personale medico o paramedico che ha effettuato la prestazione o dalla struttura riportante il titolo/abilitazione del suddetto personale medico o paramedico.

Il permesso sarà di durata pari al tempo della prestazione e al tempo di viaggio rispetto alla sede di lavoro e, per ogni evento e per comprovate necessità, di norma non potrà essere superiore ad una giornata lavorativa.

Fra le cure terapeutiche non sono comprese le cure idrotermali per cui vige la specifica disposizione di legge e di contratto.

a.3) Per i decessi del coniuge, anche legalmente separato, o del convivente che risulti tale da certificazione anagrafica o di un parente entro il secondo grado l'Impresa riconoscerà un giorno di permesso retribuito aggiuntivo rispetto alle previsioni di legge di cui all'art. 4 della Legge 53/2000 e all'art. 1 del Decreto Ministeriale 278/2000.

Si precisa che la fruizione del permesso di legge per decesso può avvenire anche qualora il dipendente abbia già fruito nel corso dello stesso anno del permesso retribuito di tre giorni lavorativi in caso di documentata grave infermità, previsto sempre dall'art. 4 della Legge 53/2000, ovvero del permesso di legge per un precedente decesso.

Per i decessi della nuora, del genero, dei suoceri, dei cognati e dei nonni del coniuge del dipendente (affini di primo e secondo grado) o dei parenti di primo e secondo grado del convivente, l'impresa concederà un giorno di permesso retribuito.

a.4) A far data dall'1/1/2017, con riferimento alle festività previste dall'art. 30 del vigente CCNL, l'Impresa concederà nel corso di ogni anno solare una giornata di permesso retribuito per ognuna delle festività nazionali del 25 aprile, 1 maggio e 2 giugno eventualmente coincidenti con la domenica.

Le suddette giornate di permesso devono essere fruito d'intesa con il responsabile diretto e comunque non oltre il 31 dicembre dell'anno di maturazione.

Sempre a far data dall'1/1/2017 l'Impresa considererà non lavorativa la giornata semifestiva del 24 dicembre di ogni anno, fermo restando la copertura dei servizi essenziali e dei call center per la mattina del 24 dicembre tramite l'istituto dello straordinario festivo.

Fino al 31/12/2016 restano in vigore le condizioni in materia in essere alla data di stipulazione del presente CIA.

a.5) Ai lavoratori/trici portatori di handicap in situazione di gravità ed a coloro che abbiano familiari o siano affidatari di soggetti portatori di handicap in situazione di gravità o bisognosi di assistenza riabilitativa continua, a condizione che tali persone non siano ricoverate a tempo pieno, verranno concessi i permessi e le agevolazioni previste dall'art. 33 della legge 104/1992 (e successive modificazioni ed integrazioni) e dall'art. 55 del CCNL vigente, nonché 2 giorni di permesso retribuiti mensili (fruibili anche ad ore o a mezze giornate dal lunedì al giovedì) aggiuntivi rispetto a quelli riconosciuti dalla legge n. 104, per complessive 5 giornate al mese, comprensivi della contribuzione piena.

Si precisa che per il personale a cui si applicava il CIA Unipol 8/10/2011 la fruizione dei 2 giorni di permesso retribuiti mensili verrà estesa con la seguente articolazione temporale:

- da 1/7/2016: 1 giorno retribuito mensile;
- da 1/1/2017: 2 giorni retribuiti mensili.

L'accertamento dell'handicap nonché della situazione di gravità che dia diritto ai permessi di cui sopra dovrà essere determinato dalle competenti strutture pubbliche in conformità all'art. 4 della legge n. 104/1992.

Al personale a part time verticale e misto le ore saranno attribuite in proporzione al proprio orario settimanale rispetto a quello a tempo pieno.

a.6) A far data dall'1/1/2017, verranno concessi fino a 40 ore annue di permessi da recuperare per le assenze connesse alla malattia dei figli di età non superiore a 12 anni e/o per accompagnare a visite mediche e/o analisi cliniche e/o cure terapeutiche i figli di età non superiore a 12 anni.

Tale monte ore si ricostituisce in funzione del recupero effettuato per le ore precedentemente utilizzate. In ogni caso il saldo fra permessi fruiti e permessi recuperati non potrà mai essere superiore alle 40 ore.

Il permesso può essere tale da determinare anche giornate intere o mezze giornate di assenza e dovrà essere recuperato entro il 31/12 dell'anno successivo. Qualora il permesso non fosse recuperato entro il 31/12 dell'anno successivo, potrà essere eventualmente compensato fino a capienza con flessibilità positiva e/o recupero banca ore e/o recupero lavoro supplementare e/o residuo ex festività e/o residuo permessi ex art. 39 del CCNL.

Per la fruizione di tali permessi il lavoratore è tenuto a presentare il certificato di malattia rilasciato dal medico specialista del SSN, o con esso convenzionato, che attesti la malattia del figlio ovvero idonea documentazione in relazione alla durata della prestazione rilasciata dall'erogatore del servizio.

Fino al 31/12/2016 restano in vigore le condizioni in materia in essere alla data di stipulazione del presente CIA.

a.7) In occasione della nascita di figli, viene riconosciuto un giorno di permesso retribuito da fruire entro una settimana dalla data di nascita ed aggiuntivo rispetto alle previsioni di legge.

In occasione di adozione legale o di affidamento, viene riconosciuto un giorno di permesso retribuito al genitore che non usufruisca del congedo di maternità, da utilizzare entro una settimana dalla data di affidamento del/la bambino/a.

a.8) Saranno altresì accordati permessi retribuiti in caso di adempimenti obbligatori richiesti dall'Autorità Giudiziaria o dalla Pubblica Amministrazione, purché non retribuiti da tali Enti ed adeguatamente documentati.

a.9) In materia di fruizione dei congedi parentali su base oraria, qualora la materia non venisse eventualmente disciplinata a livello normativo nazionale, le Parti s'incontreranno entro 6 mesi dalla sottoscrizione del presente CIA per dare attuazione in sede di Gruppo allo specifico rinvio alla contrattazione collettiva contenuto nell'art. 32 comma 1 bis del decr. Legisl. 151/2001.

b - PERMESSI NON RETRIBUITI

b.1) È istituito, per ogni dipendente a tempo pieno, un monte di 100 ore annue di permessi non retribuiti, fruibili solo in giornate intere o mezze giornate e il cui utilizzo consecutivo non potrà superare i dieci giorni lavorativi. Fino al limite massimo di 10 ore i permessi potranno essere fruibili anche ad ore.

Per il personale part time tra le 25 e le 30 ore settimanali il monte ore annuo è di 80 ore, di cui 8 da fruire anche a singole ore.

Per il personale part time con un orario inferiore alle 25 ore settimanali il monte ore annuo è di 65 ore, di cui 6 da fruire anche a singole ore.

Il lavoratore potrà usufruire dei permessi, previo adeguato preavviso solo dopo aver esaurito i giorni di ferie arretrate a sua disposizione.

b.2) Con riferimento alla malattia dei figli, l'Impresa dichiara di applicare la Raccomandazione dell'ANIA alle Imprese, di cui all'art. 39 del CCNL 17 settembre 2007, in relazione alle malattie del bambino sino al compimento del 14° anno d'età.

E' istituito, per ogni dipendente a tempo pieno, un ulteriore monte di 100 ore annue di permessi non retribuiti, utilizzabili indipendentemente dalle ferie, in caso di comprovata e documentata necessità connessa a malattia dei conviventi o dei genitori e figli di età superiore ai 14 anni anche non conviventi.

Per il personale part time tra le 25 e le 30 ore settimanali il monte ore annuo è di 80 ore, di cui 8 da fruire anche a singole ore.

Per il personale part time con un orario inferiore alle 25 ore settimanali il monte ore annuo è di 65 ore, di cui 6 da fruire anche a singole ore.

b.3) E'istituito uno specifico monte di 74 ore annue non retribuite per il personale a tempo pieno – da riproporzionarsi per i part time - da utilizzare per attività socialmente utili, che potranno essere fruite dal personale operante nelle organizzazioni di volontariato sociale che verranno individuate dalla Commissione per le Pari Opportunità nell'ambito del tema della conciliazione tempi di vita e tempi di lavoro.

c - PERMESSI PER LAVORATORI STUDENTI

c.1) Fermo restando quanto previsto dalle leggi e dalle norme in vigore i lavoratori studenti iscritti e frequentanti corsi regolari di studio in scuole di istruzione primaria, secondaria o di formazione professionale, statali, parificati o legalmente riconosciute, comunque abilitate al rilascio di titoli di studio aventi valore legale, usufruiranno di

permessi retribuiti per sostenere le prove di esame e di ulteriori permessi secondo le seguenti modalità:

- Studenti istituti secondari inferiori

15 giorni complessivi annui di permessi retribuiti – da fruire a ritroso in modo continuativo dal giorno lavorativo precedente ciascuna prova d'esame.

- Studenti istituti secondari superiori

- I. 150 ore di permessi retribuiti complessivi annui - da riproporzionarsi per i lavoratori a part time – da fruire a ritroso in modo continuativo dal giorno lavorativo precedente ciascuna prova d'esame,
- II. 120 ore di permesso non retribuito - da riproporzionarsi per i lavoratori a part time - fruibili esclusivamente nell'anno in cui viene sostenuto l'esame.

Le agevolazioni di cui sopra saranno attribuite anche ai lavoratori studenti che frequentino corsi di recupero con programmi pluriennali e sostengano positivamente i relativi esami di idoneità alla classe superiore.

c.2) Agli studenti universitari, per la preparazione di un esame sostenuto per la prima volta nell'ambito del conseguimento della prima laurea e costituito da più prove, viene riconosciuto il diritto di usufruire di un giorno lavorativo di permesso retribuito per la giornata della prova d'esame e di un ulteriore giorno lavorativo di permesso retribuito da fruire nel giorno lavorativo precedente la prova di esame, fino a concorrenza di 5 giorni lavorativi complessivi in caso di sostenimento di almeno due prove d'esame.

Nel caso in cui l'esame sia costituito da un'unica prova, viene riconosciuto il diritto di usufruire di un giorno lavorativo di permesso retribuito per la giornata della prova d'esame e di ulteriori 4 giorni lavorativi di permesso retribuito da fruire in modo continuativo dal giorno lavorativo precedente la prova d'esame.

c.3) Agli studenti universitari, nel caso di ripetizione di un esame nell'ambito del conseguimento della prima laurea o nel caso di esami per il conseguimento di titoli di studio oltre la prima laurea, verrà riconosciuto un giorno lavorativo di permesso retribuito per sostenere la prova d'esame.

c.4) Per la discussione della tesi di laurea viene riconosciuto il diritto di usufruire di un giorno lavorativo di permesso retribuito per la giornata della prova d'esame e di ulteriori 120 ore di permesso retribuito - da riproporzionarsi per i lavoratori a part time - da fruire anche in modo continuativo fra la data di deposito della tesi di laurea e la data di sostenimento della discussione.

Vengono riconosciute ulteriori 120 ore di permesso non retribuito - da riproporzionarsi per i lavoratori a part time - sempre per la preparazione della tesi di laurea e da usufruirsi nel periodo intercorrente dal giorno di assegnazione della tesi al giorno in cui avrà luogo l'esame di laurea.

c.5) I laureati che sosterranno l'Esame di Stato per l'abilitazione professionale in una disciplina afferente i business aziendali, potranno usufruire, per una sola volta, di permessi retribuiti nel limite di 40 ore - da riproporzionarsi per i lavoratori a part time - comprensivi dei giorni della prova di abilitazione.

c.6) Tutti i lavoratori studenti potranno richiedere ulteriori dieci giorni lavorativi di permesso non retribuito l'anno.

Tutti i permessi dovranno essere idoneamente documentati dal lavoratore che ne ha usufruito.

Art. 19
ASPETTATIVE

a - ASPETTATIVA PREVISTA DALL'ART. 37 DEL CCNL

L'aspettativa prevista dall'art. 37 del CCNL viene incrementata di 2 mesi e potrà essere frazionata fino a 4 periodi, ciascuno dei quali non può comunque essere inferiore a 7 giorni di calendario.

Al personale che abbia già esaurito i congedi di maternità/paternità ed i congedi parentali previsti dalla Legge nonché l'aspettativa prevista dall'art. 37 del vigente CCNL così come integrata al presente punto e da intendersi per ogni figlio, verrà concesso un ulteriore periodo di aspettativa non retribuita di 1 mese per ogni figlio. In tutti i casi l'aspettativa cessa con il raggiungimento del dodicesimo anno di età del bambino.

b ASPETTATIVA PER LA FORMAZIONE

Con riferimento a quanto previsto dall'art. 5 della L. 53/2000, i dipendenti con almeno 3 anni di anzianità aziendale possono richiedere, con preavviso di 30 giorni, un'aspettativa non retribuita per formazione, per un periodo non superiore a 11 mesi nell'arco di tutta la vita lavorativa: il suddetto periodo può anche essere frazionabile in periodi comunque non inferiori a 15 giorni di calendario. In relazione ai periodi di tirocinio o stage previsti per il conseguimento della laurea, per i dipendenti assunti a tempo indeterminato non è richiesto il requisito di anzianità aziendale.

Tale aspettativa sarà concessa compatibilmente con le esigenze aziendali e/o dell'area in cui il dipendente opera. Il numero massimo di lavoratori che possono avvalersi dell'aspettativa è pari all'1% dei dipendenti in servizio al 31/12 dell'anno precedente. A parità di condizioni, la precedenza sarà riservata ai dipendenti con maggiore anzianità aziendale.

c - TRATTAMENTO ECONOMICO

Le aspettative previste nel presente articolo ai punti *a)* e *b)* non comportano alcuna corresponsione di trattamento economico né maturazione dell'anzianità ad alcun effetto.

Art. 20
ASSEMBLEE SINDACALI

L'Impresa riconosce ai lavoratori, in aggiunta a quanto previsto dall'art. 20 della Legge 300/70, due ore di permesso retribuito per assemblee sindacali. Pertanto, complessivamente, le ore di permesso retribuito per assemblee sindacali sono 12.

In occasione di assemblee indette al di fuori della propria sede di lavoro, i partecipanti fruiranno di un monte ore aggiuntivo per le percorrenze, rispetto a quello indicato nella convocazione, da non imputare al monte ore annuo di cui al presente articolo.

La durata del tempo di trasferimento sarà concordata, di volta in volta, con le OO.SS. e comunicata ai dipendenti unitamente alle eventuali modalità di timbratura.

In caso di assemblee che prevedano la partecipazione di personale diversamente abile per motivi uditivi, l'impresa fornirà apposito servizio di traduzione simultanea.

Art. 21
ATTIVITÀ DI PATRONATO

L'Impresa riconosce alle OO.SS.AA. un monte annuo complessivo di 240 ore retribuite per l'attività di assistenza di patronato.

Tali ore potranno essere usufruite solo dai lavoratori espressamente designati dalle OO.SS.AA. per attività di patronato.

Art. 22
FERIE e FESTIVITA' ABOLITE

a - FERIE

A far data dall'1/1/2017, annualmente sarà possibile utilizzare due giornate di ferie anche ad ore. Tale utilizzo ad ore potrà andare a copertura di non più di due venerdì all'anno, fatta eccezione per i lavoratori a part time. Le rimanenti giornate di ferie potranno essere utilizzate anche a mezza giornata, nel caso in cui l'assenza sia pari al 50% del proprio orario di lavoro previsto in quella giornata.

Ad integrazione di quanto previsto dall'art. 33 del vigente CCNL, nell'anno di effettiva maturazione di 5 anni di anzianità aziendale il lavoratore avrà diritto a tanti dodicesimi della quinta settimana di ferie quanti sono i mesi mancanti al 31 Dicembre dell'anno stesso.

Nella programmazione annuale delle ferie potranno essere stralciate 5 giornate, destinate ad esigenze non previste.

Fino al 31/12/2016 restano in vigore le condizioni in essere alla data di stipulazione del presente CIA.

Secondo quanto previsto dall'art. 24 del D.lgs. 151/2015, un lavoratore può cedere a titolo gratuito i giorni di ferie (con riferimento alla spettanza annuale eccedente il periodo annuale minimo di 4 settimane previsto dall'art. 10 del D.lgs. 66/2003) ad un lavoratore della stessa impresa che abbia esaurito tutte le ferie anche di competenza dell'anno in corso, al fine di consentire a quest'ultimo di assistere i figli minori che per le particolari condizioni di salute necessitano di cure costanti appositamente documentate.

La predetta cessione non potrà mai concretizzare ipotesi di una monetizzazione e comporta la completa estinzione a tutti i fini diretti ed indiretti di qualsivoglia correlato diritto e prerogativa derivante da legge/contratto nei confronti del donante.

b - FESTIVITA' ABOLITE

Nell'ambito della programmazione annuale delle ferie, le festività abolite di cui all'allegato 7 del vigente CCNL potranno essere fruito ad ore. Tali ore saranno usufruite d'intesa con il responsabile diretto e non oltre il 31 dicembre dell'anno di maturazione, fatte salve le situazioni di congedo di maternità o di assenza prolungata e continuativa per malattia per le quali – a fronte specifica richiesta - potranno essere fruito entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di maturazione.

A far data dall'1/1/2017, al personale a tempo pieno saranno attribuite 8 ore per ogni giornata di ex festività maturata secondo le previsioni dell'allegato 7 del vigente CCNL e comunque non meno di 32 ore annue.

Al personale a part time orizzontale e misto le ore saranno attribuite in proporzione al proprio orario settimanale rispetto a quello a tempo pieno.

Al personale a part-time verticale sarà attribuito un numero di ore pari al proprio orario previsto per ogni giornata di ex festività maturata secondo le previsioni dell'allegato 7 del vigente CCNL e comunque in proporzione al minimo di 32 ore previsto annualmente per il personale a tempo pieno.

Fino al 31/12/2016 restano in vigore le condizioni in materia in essere alla data di stipulazione del presente CIA anche con riferimento a quanto previsto alla voce "permessi retribuiti personali" nel punto 4 dell'art. 8 del CIA Fonsai del 24-6-2010.

Art. 23

TRASFERIMENTI DI SEDE

La Capogruppo nei processi riorganizzativi tempo per tempo in atto nelle Società del Gruppo conferma l'orientamento all'ottimizzazione delle risorse, mediante l'adozione di piani organizzativi volti a salvaguardare la professionalità acquisita ed a contenere per quanto possibile la mobilità territoriale dei lavoratori.

Nell'eventualità di richieste o necessità di trasferimenti individuali di sede di lavoro tra comuni non limitrofi, gli stessi saranno attuati in forma consensuale. Le Aziende assicureranno comunque che le nuove collocazioni siano coerenti con le professionalità acquisite e utilizzeranno ove necessario, gli idonei percorsi formativi e/o di riqualificazione professionale.

L'Impresa, in relazione alla disponibilità di alloggi di proprietà della Compagnia, darà priorità, ai fini della loro assegnazione, alle domande dei dipendenti interessati a trasferimenti di sede di lavoro.

Art. 24

SISTEMI TECNOLOGICI

Con riferimento a quanto previsto dal 1° comma dell'art. 4 della legge 300/1970, gli impianti e le tecnologie in uso sono strumenti indispensabili per il corretto svolgimento delle funzioni aziendali e quindi necessari per finalità organizzative e produttive.

Con riferimento a quanto previsto dal 1° comma dell'art. 4 della legge 300/1970, gli impianti e le tecnologie in uso non possono essere utilizzati per sorvegliare e monitorare in tempo reale lo svolgimento della prestazione lavorativa.

Ogni dipendente è autorizzato ad accedere ai soli dati personali la cui conoscenza è necessaria e strumentale per l'espletamento dei compiti e delle funzioni attribuite e dovrà trattare i dati attenendosi alle regole di sicurezza e di riservatezza.

Le rilevazioni in tema di monitoraggio quantitativo e statistico delle attività produttive aziendali non devono permettere il controllo a distanza del singolo dipendente e le risultanze non potranno essere utilizzate come motivazioni in procedure disciplinari nei confronti dei lavoratori.

Le infrastrutture tecnologiche fornite al dipendente sono destinate ad utilizzi per esclusivi fini lavorativi (fatte salve in via eccezionale comprovabili ed urgenti necessità personali).

L'impresa si dichiara disponibile ad incontrarsi periodicamente con le OO.SS.AA., al fine di verificare l'applicazione delle disposizioni del presente articolo e concordare eventuali azioni correttive.

Art. 25

OCCUPAZIONE NELLE AGENZIE IN APPALTO

L'Azienda su richiesta delle OO.SS. si impegna a far obbligo all'Agente, nel corso del mandato, del rispetto delle leggi e dei contratti vigenti in tema di rapporto di lavoro e dell'osservanza delle norme previdenziali ed assistenziali in favore dei suoi collaboratori. Nel caso di mancato rispetto, l'Impresa si adopererà per ottenere l'osservanza delle norme. Ove l'Agente a ciò non addivenisse essendosene accertata la responsabilità, l'Impresa revocherà il mandato entro 60 giorni.

La Compagnia, in caso di scorporo, accorpamento, trapasso o trasferimento fra Agenzie monomandatari in gestione libera, si impegna a far sì che siano mantenuti i livelli occupazionali esistenti, ferma l'autonomia imprenditoriale delle agenzie.

L'Impresa conferma la propria disponibilità a discutere i problemi relativi a situazioni specifiche inerenti licenziamenti individuali, con l'intento di favorire il mantenimento dei livelli occupazionali nelle Agenzie.

Nell'ambito delle iniziative volte a perseguire una corretta dinamica relazionale tra i soggetti coinvolti nella gestione delle agenzie in appalto, che prevenga situazioni di conflittualità e nel contempo consenta di poter fruire delle agevolazioni normative e contributive previste dalla legislazione vigente, l'Impresa raccomanderà all'Agente di applicare il contratto collettivo nazionale di lavoro sottoscritto dalle OO.SS. dei lavoratori maggiormente rappresentative su base nazionale.

Art. 26
VALIDITÀ DEGLI ACCORDI

Le parti si danno reciprocamente atto che sono riportati nel presente articolo tutti gli accordi in essere ancora validi ed applicabili alla data di stipulazione del presente CIA. Le parti concordano pertanto di ritenere decaduti da ogni effetto gli accordi non riportati nel seguente elenco:

PER TUTTE LE SOCIETÀ

- Accordo sindacale su previdenza ed assistenza complementare del 17/11/1988, del 12/4/1994, del 28/11/1996, del 15/9/2005 e del 25/10/2006
- Accordo sull'utilizzo del treno nelle tratte di Alta Velocità del 23/4/2016
- Accordo sulla Videosorveglianza Unipol del 19/7/2013
- Accordo sulla Videosorveglianza Fonsai del 27/2/2013

NOTA A VERBALE

Le Parti si impegnano ad incontrarsi entro il 30/11/2016 per aggiornare i contributi dell'impresa, al fine di garantire le prestazioni assistenziali previste dai vigenti CCNL e CIA.

PER UNIPOLSAI

- Accordo Servizi Liquidativi di Gruppo del 12/12/2002 limitatamente all'art. 4b)
- Accordo sugli orari di lavoro a CUBO del 7/2/2014
- Accordo sul Call Center Sinistri del 4/9/2014
- Accordo sulla Direzione Sinistri dell'8/9/2015

PER UNISALUTE

- Verbale d'incontro sulla diversificazione delle attività della centrale malattia del 21/12/2011
- Accordo sul Call Center dell'11/4/2012

PER LINEAR

- Accordo sulla centrale operativa del 15/3/2000
- Accordo sugli orari di lavoro a turni nel Call Center di Vendita dell'8/10/2011
- Accordo sulla flessibilità dell'orario nel Call Center di Vendita del 29/11/2011

- Verbale d'incontro su Assistenza Clienti del 26/1/2012
- Accordo sul trattamento provvigionale del Call Center di vendita del 2/4/2014
- Accordo sugli orari di lavoro a turni nel Call Center Sinistri del 21/10/2015

PER LE SOCIETA' DEL PERIMETRO ARCA

- Accordo su Call Center di Arca InLinea del 23/12/2010
- Accordo sulla reperibilità dei dipendenti di Arca Sistemi del 12/5/2011
- Accordo sulle registrazioni telefoniche nel Call Center di Arca InLinea del 26/2/2014
- Accordo sulla Videosorveglianza del 28/4/2015

PER PAS

- Accordo sul Call Center del 5/10/2015

NOTA A VERBALE

Qualora sorgessero dubbi sulla perdurante vigenza di accordi, che per errore materiale non sono riportati nel presente articolo e che potrebbero essere ancora compatibili e non superati rispetto a quanto disciplinato all'interno del CIA, le Parti si impegnano ad incontrarsi per verificarne la permanenza dei presupposti di validità.

III. PARTE ECONOMICA

Art. 27

UNA TANTUM

Ai dipendenti a tempo indeterminato, cui si applicava il Cia Unipol 8/10/2011, in servizio alla data di sottoscrizione del presente CIA viene erogata una cifra lorda una tantum articolata per livelli secondo gli importi ed alle condizioni e nei limiti di seguito riportati:

<u>livello retributivo</u>	<u>IMPORTO</u>
1	333,33
2	366,67
3	433,33
4	500,00
5	566,67
6 – 6q	666,67
F1	766,67
F2	900,00
F3	1000,00
Call Center sez. I operatore	433,33
Call Center sez. II operatore	366,67
Call Center sez. I Coord.re di team	566,67

La cifra erogata non comporta l'accantonamento al TFR ed è esclusa dal calcolo della quota di retribuzione oraria o giornaliera e degli istituti collegati.

La cifra riportata in tabella verrà calcolata in proporzione al servizio effettivo prestato negli anni 2014 e 2015. Non sono considerati servizio effettivo i periodi di assenza non retribuita, fatta eccezione per i periodi di congedo parentale di cui alla normativa di legge.

Per i dipendenti che operano con orario di lavoro a tempo parziale l'importo di cui sopra sarà erogato in misura proporzionale alla percentuale di tempo lavorato.

Art. 28

PREMIO AZIENDALE DI PRODUTTIVITÀ (PAP)

Il Premio Aziendale di Produttività per la vigenza del presente CIA è corrisposto a tutti i dipendenti di cui alla disciplina speciale parte prima e parte terza del vigente CCNL secondo i seguenti importi lordi articolati per livello retributivo:

<u>livello retributivo</u>	<u>ANNO 2016</u>	<u>ANNO 2017</u>	<u>ANNO 2018</u>
1	3108,33	3241,67	3375,00
2	3418,67	3565,33	3712,00
3	3969,33	4142,67	4316,00
4	4557,00	4757,00	4957,00
5	5124,67	5351,33	5578,00
6 – 6q	5950,67	6217,33	6484,00
F1	7007,67	7314,33	7621,00
F2	8038,00	8398,00	8758,00
F3	8562,00	8962,00	9362,00
Call Center sez. I operatore	3969,33	4142,67	4316,00
Call Center sez. II operatore	3418,67	3565,33	3712,00
Call Center sez. I Coord.re di team	5124,67	5351,33	5578,00

Gli incrementi del PAP previsti per il 2016, 2017 e 2018 decorrono a partire dal 1° gennaio di ciascun anno.

Il PAP viene erogato in quote uguali distribuite sulle 14 mensilità.

Fino al 31/12/2015 restano in vigore gli importi in essere alla data di stipulazione del presente CIA del PAP e dell'Integrazione all'indennità di carica per i funzionari così come disciplinati nel CIA Unipol 8/10/2011 del PAC, dell'una Tantum Ricorrente e degli Assegni ad Personam per il personale inquadrato nei livelli 6° e 7° applicabile solo a Fondiaria-Sai previsti nel CIA Fonsai del 24/6/2010.

A partire dall'1/1/2016, ai dipendenti a tempo indeterminato ex Cia Fonsai 24/6/2010, in servizio alla data di sottoscrizione del presente CIA e tenuto conto dell'inquadramento e

della classe di anzianità al 31/12/2015, verrà eventualmente erogato un “Assegno Ad Personam non assorbibile e non modificabile” lordo annuo, (suddiviso in quote uguali distribuite sulle 14 mensilità), qualora sussistano le condizioni riportate al termine del presente articolo.

Al personale impiegatizio (dal 2° al 6° livello), con effetto dall’1/1/2016 il predetto “Assegno Ad Personam non assorbibile e non modificabile” sarà incrementato di un importo lordo annuo pari a € 150,00 riferito ad un 4° livello, che corrispondono a € 135,00 per un 3° livello, € 165,00 per un 5° livello ed € 181,50 per un 6° livello.

Restano fermi gli assegni Ad Personam non assorbibili erogati ai dipendenti ex Gruppo Unipol di cui all’art. 28 del Cia Unipol 8/10/2011.

Ai dipendenti ex CIA Unipol e a tutti i funzionari ex CIA Fonsai 24/6/2010, con effetto dall’1/1/2016 sarà riconosciuto un “Assegno Ad Personam non assorbibile e non modificabile” per un importo lordo annuo pari a € 75,00 riferito ad un 4° livello e sarà riparametrato per livelli secondo la scala parametrica riportata nell’articolo 29 del presente CIA.

NOTE A VERBALE:

1. Poiché il personale di Fondiaria-Sai Divisione Sai in servizio alla data del 20/12/2005 percepiva il PAC e l’Una Tantum ricorrente dell’esercizio corrente rispettivamente nel mese di maggio e di luglio dell’esercizio successivo, al fine di avere modalità omogenee di erogazione per tutto il personale cui si applica il presente CIA, saranno corrisposti nel mese di maggio 2016 il PAC 2015 e nel mese di luglio 2016 l’Una Tantum ricorrente 2015.
2. In via eccezionale per l’anno 2016 per i dipendenti ex CIA Fonsai 24/6/2010 il PAP sarà erogato in un’unica soluzione nel mese di maggio e l’eventuale “assegno ad personam non assorbibile e non modificabile” in un’unica soluzione nel mese di luglio.
3. Poiché il personale di Fondiaria-Sai Divisione Sai in servizio alla data del 20/12/2005 percepiva l’assegno ad personam previsto dal CIA Fonsai 24/6/2010 per il personale inquadrato nei livelli retributivi 6° e 7° funzionari in forma mensilizzata, per l’anno 2016 l’eventuale erogazione dell’ “assegno ad personam non assorbibile e non modificabile” in un’unica soluzione nel mese di luglio avverrà a capienza rispetto a quanto già corrisposto durante l’anno in corso.

MECCANISMO DI ASSEGNAZIONE DELL'ASSEGNO AD PERSONAM NON ASSORBIBILE E NON MODIFICABILE PER IL PERSONALE EX FONSAI

1. PERSONALE IMPIEGATIZIO (esclusi i dipendenti di 6° livello cui si applica l'assegno ad personam per il personale ex Fondiaria o per il personale ex Sai)

Si confronta la somma di PAC 2015 + UT Ricorrente Fonsai 2015 con il PAP Unipol 2013: se tale differenza è positiva, viene tramutata in un assegno ad personam non assorbibile .

2. PERSONALE DI 6° LIVELLO cui si applica l'assegno ad personam da CIA per il personale ex Fondiaria o per il personale ex Sai

Si confronta la somma di PAC 2015 + UT Ricorrente 2015 + assegno ad personam da CIA Fonsai con il PAP Unipol 2013: se tale differenza è positiva, viene tramutata in un assegno ad personam non assorbibile.

3. FUNZIONARI

Si confronta la somma di PAC 2015 + UT Ricorrente 2015 + assegno ad personam da CIA Fonsai con il PAP Unipol 2013 + integrazione all'indennità di carica da CIA Unipol 2013: se tale differenza è positiva, viene tramutata in un assegno ad personam non assorbibile.

Art. 29

PREMIO AZIENDALE VARIABILE (PAV) /
PRESTAZIONI DI WELFARE AZIENDALE –
CONTRIBUTO UNA TANTUM AL FONDO PENSIONE

1. PREMIO AZIENDALE VARIABILE (PAV)

a - Per tutti i dipendenti di cui alla disciplina speciale parte prima e parte terza del vigente CCNL è previsto un Premio Aziendale Variabile (PAV) il cui ammontare è collegato all'andamento economico dell'intero Gruppo Unipol sulla base del Risultato Netto Consolidato indicato all'interno del Bilancio Consolidato del Gruppo UGF.

b - Le parti dichiarano espressamente che qualora, negli anni di vigenza del presente CIA, dovessero avvenire significative modificazioni circa gli obblighi fiscali, contributivi e di bilancio derivanti da leggi, normative, regolamenti, assetto e composizione del Gruppo e altri fattori non dipendenti dalla volontà delle parti, i criteri e le modalità sui quali si fonda il presente articolo potranno essere rivisti e rinegoziati.

c - Il PAV viene calcolato sulla base dei risultati dell'anno precedente, a partire dal 2017 sull'esercizio 2016 e successivamente nel 2018 sull'esercizio 2017 e nel 2019 sull'esercizio 2018.

d - Per gli esercizi 2016, 2017 e 2018:

Quando il Risultato Netto Consolidato indicato all'interno del Bilancio Consolidato del Gruppo UGF è inferiore a 300 ML di € il PAV non viene erogato.

Quando il Risultato Netto Consolidato indicato all'interno del Bilancio Consolidato del Gruppo UGF è pari o superiore a 300 ML di € viene erogata una quota di premio lordo annuo riferito ad un 4° livello retributivo dell'area professionale B articolato secondo le seguenti fasce:

- da 300 ML di € e fino a 350 ML di € € 1.100,00 lordi
- oltre 350 ML di € e fino a 400 ML di € € 1.200,00 lordi
- oltre 400 ML di € e fino a 450 ML di € € 1.300,00 lordi
- oltre 450 ML di € e fino a 500 ML di € € 1.350,00 lordi
- oltre 500 ML di € e fino a 550 ML di € € 1.400,00 lordi

- oltre 550 di € e fino a 600 ML di € € 1.450,00 lordi
- oltre 600 ML di € € 1.500,00 lordi

e - Il PAV viene eventualmente corrisposto a tutti i dipendenti sotto forma di una cifra lorda erogata come una tantum in una unica soluzione con la retribuzione del mese di luglio.

f - Il PAV viene eventualmente corrisposto ai dipendenti in servizio alla data di erogazione e viene calcolato in ragione della presenza in servizio effettivo nell'anno di riferimento, nel 2016 per il PAV 2017, nel 2017 per il PAV 2018 e nel 2018 per il PAV 2019. Non sono considerati servizio effettivo i periodi di assenza non retribuita, fatta eccezione per i periodi di congedo parentale di cui alla normativa di legge.

g - L'importo del PAV riferito ad un 4° livello retributivo di cui ai precedente punti d) ed e) viene erogato in base al livello di inquadramento secondo i parametri di seguito riportati:

Livello retributivo	Parametri per l'erogazione del PAV tra i vari livelli retributivi
1°	100
2°	110
3°	130
4°	150
5°	170
6° - 6°q	200
F1	230
F2	270
F3	300
Call Center sez. I ^a - operatore	130
Call Center sez. II ^a – operatore	110
Call Center sez. I ^a - Coord.re di team	170

h - La cifra erogata non comporta l'accantonamento al TFR ed è esclusa dal calcolo della quota di retribuzione oraria o giornaliera e degli istituti collegati.

i - Qualora negli esercizi 2016, 2017 e 2018 il Risultato Netto Consolidato indicato all'interno del Bilancio Consolidato del Gruppo UGF fosse inferiore a 300 ML, le Parti si incontreranno per analizzare i motivi che hanno determinato l'andamento della redditività aziendale ed effettuare una valutazione sui criteri e sulle modalità sui quali si fonda il presente articolo.

j - Qualora la somma dei Risultati Netti Consolidati indicati all'interno del Bilancio Consolidato del Gruppo UGF negli esercizi 2016 – 2017 – 2018 sia complessivamente superiore a 1.650 ML di €, verrà effettuato un consolidamento pari al 15% della media degli importi lordi di PAV erogati negli anni 2017 – 2018 – 2019, che con effetto dall'1/1/2019 andrà ad incrementare il valore lordo del PAP di cui all'art. 28 del presente CIA. Tale importo sarà riproporzionato per livelli sulla base degli indici di riparametrazione previsti in materia di PAV.

k - Con riferimento all'esercizio 2015, il Risultato Netto Consolidato indicato all'interno del Bilancio Consolidato del Gruppo UGF è stato positivo e pari a € 579 milioni di euro, in incremento rispetto al risultato positivo di € 505 milioni registrato nell'esercizio 2014.

A fronte di tale risultato, le Parti convengono che nel mese di luglio 2016 sarà corrisposto un premio lordo di € 1.450,00 a titolo di PAV riferito ad un 4° livello retributivo e secondo le modalità (Es. non accantonamento a TFR, esclusione dal calcolo della quota di retribuzione oraria o giornaliera e degli istituti collegati, ...) già previste in materia di PAV all'interno dell'art. 29 del CIA Unipol 8/10/2011, che prevedeva il Risultato Netto Consolidato del Bilancio Consolidato del Gruppo UGF come indice di riferimento per la determinazione del premio.

Tale premio sarà corrisposto a tutti i dipendenti delle società a cui si applica il presente Contratto Integrativo Aziendale in servizio alla data del 31/12/2015 ed ancora in servizio al 31/7/2016.

2. PRESTAZIONI DI “WELFARE” AZIENDALE – CONTRIBUTO UNA TANTUM AL FONDO PENSIONE

a. Qualora negli esercizi 2016, 2017 e 2018 vengano raggiunti i risultati previsti alla lettera d) del paragrafo 1 del presente articolo, potranno essere corrisposte - in alternativa al PAV e nel rispetto della normativa fiscale vigente in materia - prestazioni di “Welfare” sulla base di quanto previsto alle lettere f bis) – f ter) del comma II dell’art. 51 del TUIR 917/1986 ovvero contribuzione una tantum al Fondo Pensione sulla base di quanto previsto dalla lettera e bis) dell’art. 10 del TUIR 917/1986.

b. Al dipendente, che opterà per le prestazioni di “Welfare”, che ha sostenuto le spese indicate nell’allegato A) del presente articolo nel periodo compreso fra il 1° novembre dell’anno precedente a quello di corresponsione ed il 31 ottobre dello stesso anno di corresponsione e che presenterà la relativa documentazione entro il 31 ottobre del predetto anno, saranno riconosciute – sotto forma di rimborso - prestazioni di “Welfare” fino a concorrenza di un importo netto maggiorato del 26,87% rispetto all’importo lordo del PAV (ad esempio, ad un importo lordo di PAV di € 1.450,00 corrisponde prestazioni di “welfare” netta pari a € 1.839,56 riferito ad un 4° livello retributivo). Tale importo sarà riproporzionato per gli altri livelli sulla base degli indici di riparametrazione previsti in materia di PAV.

c. Al dipendente, che opterà per il versamento di un contributo una tantum al Fondo Pensione, sarà riconosciuto da parte dell’Impresa nel mese di luglio corrispondente un importo netto maggiorato del 15,34% rispetto all’importo lordo del PAV (ad esempio, ad un importo lordo di PAV di € 1.450,00 corrisponde un versamento una tantum al Fondo Pensione pari a € 1.672,33 riferito ad un 4° livello retributivo). Tale importo sarà riproporzionato per gli altri livelli sulla base degli indici di riparametrazione previsti in materia di PAV.

d. Nel caso in cui entro il 31 ottobre dell’anno di corresponsione il dipendente – con riferimento alle prestazioni di “Welfare” – abbia presentato documentazione per un valore totale inferiore rispetto alla capienza disponibile indicata alla lettera e) del presente paragrafo, la restante quota parziale non fruita fino a concorrenza del premio stabilito sarà erogata nel mese di dicembre in forma alternativa con un versamento netto al Fondo Pensione ovvero con il pagamento di una quota lorda con l’applicazione della normativa

fiscale e contributiva vigente all'atto della corresponsione. Per il calcolo della suddetta quota parziale si applicherà la formula riportata nell'allegato B).

e. Con riferimento all'esercizio 2015, le Parti convengono che al dipendente, che opterà per le prestazioni di "Welfare" in alternativa al PAV e nel rispetto della normativa fiscale vigente in materia, che ha sostenuto le spese indicate nell'allegato A) nel corso dell'anno 2016 e che presenterà la relativa documentazione entro il 31/10/2016, saranno riconosciute – sotto forma di rimborso – prestazioni di "Welfare" fino a concorrenza di un importo netto pari a € 1.839,56 riferito ad un 4° livello retributivo e riproporzionato per gli altri livelli sulla base degli indici di riparametrazione previsti in materia di PAV.

Al dipendente, che opterà per il versamento di un contributo una tantum al Fondo Pensione, sarà riconosciuto da parte dell'Impresa nel mese di luglio 2016 un importo netto pari a € 1.672,33 riferito ad un 4° livello retributivo e riproporzionato per gli altri livelli sulla base degli indici di riparametrazione previsti in materia di PAV.

Nel caso in cui entro il 31/10/2016 il dipendente – con riferimento alle prestazioni di "Welfare" – abbia presentato documentazione per un valore totale inferiore rispetto alla capienza disponibile indicata al primo capoverso della presente lettera e), la restante quota parziale non fruita fino a concorrenza del premio stabilito sarà erogata nel mese di dicembre 2016 in forma alternativa con un versamento netto al Fondo Pensione ovvero con il pagamento di una quota lorda con l'applicazione della normativa fiscale e contributiva vigente all'atto della corresponsione. Per il calcolo della suddetta quota parziale si applicherà la formula riportata nell'allegato B).

ALLEGATO A)

1. Rimborsi delle seguenti spese sostenute per i familiari indicati nell'art. 12 del TUIR 917/1986

- ✓ Iscrizione / Frequenza di asili nido
- ✓ Iscrizione / Frequenza alla scuola materna
- ✓ Iscrizione / Frequenza alle scuole pubbliche e private di ogni ordine e grado nell'ambito dell'intero ciclo scolastico
- ✓ Servizi integrativi connessi ai servizi di educazione e istruzione (ad esempio, servizi di pre e post scuola)
- ✓ Servizi di mensa connessi ai servizi di educazione e istruzione
- ✓ Acquisto di testi scolastici e universitari, previa presentazione di documentazione probatoria (scontrini e/o fatture d'acquisto unitamente a certificazioni / attestazioni che ne dimostrino l'inerenza)
- ✓ Iscrizione ad università pubbliche o private riconosciute ed a scuole pubbliche o private di specializzazione riconosciute
- ✓ Iscrizione a master pubblici o privati riconosciuti
- ✓ Corsi di lingua straniera svolti in Italia e/o all'Estero da istituti/enti certificati riconosciuti
- ✓ Iscrizione ai corsi presso il Conservatorio o presso istituti per l'Alta formazione e specializzazione artistica e musicale
- ✓ Frequenza di ludoteche e di centri estivi e invernali

2. Rimborsi delle spese per la fruizione dei servizi di assistenza da parte dei familiari anziani o non autosufficienti indicati nell'art. 12 del TUIR 917/1986

ALLEGATO B)

Esempio di riproporzionamento

Prestazioni di “Welfare” spettante pari ad € 1.839,56 riferito ad un 4° livello retributivo

Valore non utilizzato pari ad € 200,00.

a) Residuo in Previdenza Complementare

Previdenza Complementare :	Prestazioni di “Welfare” = X :	Valore non utilizzato
€ 1.672,33	1.839,56	200,00

Residuo netto in Previdenza Complementare pari ad € 181,81.

b) Residuo in Quota lorda

Quota lorda :	Prestazioni di “Welfare” = X :	Valore non utilizzato
1.450,00	1.839,56	200,00

Residuo in quota lorda pari a € 157,64.

Art. 30
INDENNITÀ SPECIFICHE

a - INTEGRAZIONE INDENNITÀ DI CARICA PER I FUNZIONARI – AREA PROFESSIONALE A (7° LIVELLO RETRIBUTIVO)

Ad integrazione di quanto previsto dal CCNL, ai Funzionari - Area professionale A (7° livello retributivo) con almeno due anni di permanenza nell'Area professionale A viene riconosciuta a far data dall'1/1/2016 un'integrazione dell'indennità di carica annua lorda di € 2.260,00 per i Funzionari di 1° grado, € 2.760,00 per i Funzionari di 2° grado e € 3.010,00 per i Funzionari di 3° grado.

Tale indennità, a far data dall'1/1/2017, sarà pari a € 2.360,00 per i Funzionari di 1° grado, a € 2.880,00 per i Funzionari di 2° grado e a € 3.140,00 per i Funzionari di 3° grado.

Tale indennità, a far data dall'1/1/2018, sarà pari a € 2.460,00 per i Funzionari di 1° grado, a € 3.000,00 per i Funzionari di 2° grado e a € 3.270,00 per i Funzionari di 3° grado.

Tale indennità non è rivalutabile ed è riassorbibile in caso di passaggio di grado ovvero di eventuali analoghe erogazioni derivanti dai futuri contratti aziendali e nazionali.

Fino al 31/12/2015 restano in vigore gli importi dell'integrazione indennità di carica così come disciplinato nel CIA Unipol 8/10/2011 e degli Assegni ad Personam per il personale inquadrato nel 7° livello applicabile solo a Fondiaria-Sai previsti nel CIA Fonsai del 24/6/2010.

NOTE A VERBALE:

In via eccezionale per l'anno 2016 per i dipendenti ex CIA Fonsai 24/6/2010 l'integrazione all'indennità di carica sarà corrisposta in un'unica soluzione nel mese di luglio.

b - INDENNITÀ DI CASSA

A partire dall'1/1/2017 per il personale di cui al profilo j) del 4° livello retributivo, l'indennità di cassa prevista dal CCNL viene integrata di € 220,00 lordi annui.

Fino al 31/12/2016 per il personale cui si applicava il CIA Unipol 8/10/2011 restano in vigore gli importi dell'integrazione indennità di cassa stabiliti nel predetto CIA.

Art. 31
BUONO PASTO

Con riferimento al personale con sede diversa da Bologna – “zona Fiera”, cui si applicava il CIA Unipol 8/10/2011, viene confermato il riconoscimento di un buono pasto equivalente al valore di € 4,40 ad integrazione di quanto previsto dal CCNL da utilizzare presso le strutture convenzionate, per un totale complessivo di € 8,20.

Con riferimento al personale con sede di lavoro a Bologna – “zona Fiera” cui si applicava il CIA Unipol 8/10/2011 sarà riconosciuto a decorrere dall’1/7/2016 un buono pasto equivalente al valore di € 4,40 ad integrazione di quanto previsto dal CCNL da utilizzare presso le strutture convenzionate, per un totale complessivo di € 8,20.

Con riferimento al personale cui si applicava il CIA Fonsai 24-6-2010, sarà riconosciuto:

- a decorrere dall’1/7/2016 un buono pasto equivalente al valore di € 3,20 ad integrazione di quanto previsto dal CCNL da utilizzare presso le strutture convenzionate, per un totale complessivo di € 7,00;
- a decorrere dall’1/1/2017 un buono pasto equivalente al valore di € 3,70 ad integrazione di quanto previsto dal CCNL da utilizzare presso le strutture convenzionate, per un totale complessivo di € 7,50;
- a decorrere dall’1/7/2017, un buono pasto equivalente al valore di € 4,40 ad integrazione di quanto previsto dal CCNL da utilizzare presso le strutture convenzionate, per un totale complessivo di € 8,20.

I predetti valori del buono pasto sono comprensivi dell’importo previsto dall’art. 102 del vigente CCNL.

A far data da 1/10/2016 ogni dipendente potrà optare per l'erogazione del buono pasto in formato elettronico, in modo da poter beneficiare della soglia di esenzione fiscale e contributiva ad € 7,00 (anziché € 5,29).

Si precisa, infine, che a far data:

- dall'1/7/2016 cesseranno di aver effetto ad ogni titolo le previsioni contenute nell'accordo sindacale del 15/6/1993 in merito al servizio mensa esistente nelle sedi di Bologna della "zona Fiera";
- dall'1/1/2017, in concomitanza con il superamento della distribuzione di orario di lavoro del Centro Sud, l'indennità di rientro pomeridiano prevista all'art. 27 del CIA Fonsai del 24/6/2010 cesserà di essere erogata;
- dall'1/7/2016 cesseranno di aver effetto ad ogni titolo le previsioni contenute nell'accordo sindacale del 30/11/2006 in merito al servizio mensa esistente sulla piazza di Firenze;
dall'1/7/2016 e fino al 31/12/2018 l'Impresa garantirà che il prezzo del pasto consumato presso la mensa di Firenze non subirà modifiche rispetto al costo attualmente in essere;
- dall'1/1/2017 cesserà di avere effetto ad ogni titolo il contributo che l'Impresa riconosce per i pasti consumati presso la mensa di San Donato Milanese al personale cui si applicava il CIA Fonsai 24/6/2010;
- dall'1/7/2017 le UT ricorrenti previste all'art. 27 del CIA Fonsai del 24/6/2010 cesseranno di essere erogate.

Il buono pasto viene riconosciuto per ogni giorno di effettiva presenza con esclusione delle giornate di trasferta per le quali viene richiesto il rimborso per il pasto e delle giornate in cui il dipendente non effettua un orario di lavoro articolato in mattino e pomeriggio.

Il buono pasto non spetta, altresì, qualora il costo del pasto stesso venga sostenuto direttamente dall'azienda.

Il buono pasto non spetta, quindi, al personale part-time con orario di lavoro che non preveda il rientro pomeridiano, ma viene corrisposto in caso di svolgimento di lavoro supplementare o lavoro straordinario, che abbia comportato l'effettuazione di un intervallo non inferiore ai 30 minuti.

Il buono pasto viene riconosciuto a tutto il personale anche il venerdì nei casi di effettuazione di lavoro straordinario o di lavoro supplementare dopo l'intervallo pranzo di

durata non inferiore ai 30 minuti e sempre che l'attività si sia protratta dopo l'intervallo per almeno 30 minuti.

Tale riconoscimento spetta anche al personale con il regime delle 2 timbrature o con funzioni esterne ai sensi della Nota a verbale di cui all'art. 101 del CCNL ANIA del 17/9/2007, in caso di rientro pomeridiano nella giornata di venerdì e sempre che l'attività si sia protratta oltre le ore 14.30.

Il Gruppo dichiara la propria disponibilità a confrontarsi con l'erogatore del servizio presso le mense aziendali, per verificare se vi sono le condizioni contrattuali affinché – senza oneri aggiuntivi a carico delle imprese – vi sia la possibilità di definire un prezzo uniforme su base nazionale per i servizi di mensa che presentano analoghe caratteristiche.

Fino al 30/6/2016 restano in vigore gli importi e le modalità di erogazione del buono pasto così come disciplinati alla data di stipulazione del presente CIA.

Art. 32

RIMBORSI SPESE

a - RIMBORSO DELLE SPESE DI TRASPORTO

Per i dipendenti in trasferta è ammesso il rimborso a pie' di lista delle spese per:

- il biglietto aereo,
- il biglietto ferroviario, l'eventuale supplemento rapido e l'eventuale prenotazione obbligatoria,
- il pedaggio autostradale,
- il trasporto in nave,
- il trasporto in taxi,
- il trasporto con qualunque tipo di mezzo pubblico,
- l'utilizzo dell'autovettura personale,
- il parcheggio.

b - RIMBORSO CHILOMETRICO

Il personale con funzioni esterne è autorizzato ad utilizzare l'autovettura per ragioni di servizio in tutta la zona affidatagli. Altri spostamenti con la propria autovettura per ragioni di servizio fuori dalla zona di competenza devono essere autorizzati dai diretti superiori.

Il restante personale è ammesso all'uso dell'autovettura personale per servizio previa esplicita approvazione del responsabile che autorizza la trasferta.

Per gli spostamenti effettuati con autovettura propria, a copertura di ogni e qualsiasi spesa ricorrente o casuale connessa alla proprietà ed alla gestione dell'autovettura stessa - unicamente eccezione fatta per il pedaggio autostradale, che sarà in ogni caso rimborsato dietro presentazione delle relative ricevute - verranno riconosciuti i rimborsi chilometrici per ogni chilometro percorso, per ragioni di servizio, al di fuori del Comune propria sede di lavoro secondo le modalità di seguito riportate.

A decorrere dall'1/7/2016 le percorrenze annue fino a 25.000 km vengono rimborsate con la tariffa chilometrica calcolata con riferimento a quanto indicato nelle tabelle ACI in relazione ai costi chilometrici della media delle autovetture in produzione alimentate a benzina con 17 CVF con percorrenze di 15.000 km, considerando i costi proporzionali al 100% e i costi "non proporzionali" al 60%.

A decorrere dall'1/7/2016 le percorrenze annue superiori a 25.000 km vengono rimborsate, per la parte eccedente i 25.000 km percorsi, con la tariffa chilometrica calcolata con riferimento a quanto indicato nelle tabelle ACI in relazione ai costi chilometrici della media delle autovetture in produzione alimentate a benzina con 17 CVF con percorrenze di 30.000 km, considerando i costi proporzionali al 100% e i costi "non proporzionali" al 60%.

A decorrere dall'1/7/2016 le tariffe chilometriche aziendali vengono aggiornate il 1° gennaio e il 1° luglio di ogni anno, in base ai dati contenuti nella pubblicazione ACI più recente, ed al variare del prezzo della benzina, allorché si raggiungano oscillazioni della tariffa base pari ad almeno € 0,004 in aumento o in diminuzione.

Per le percorrenze urbane, l'importo del rimborso chilometrico sarà maggiorato del 51,5% rispetto alla tariffa chilometrica prevista per le percorrenze extra-urbane (Es. se la tariffa chilometrica extra-urbana è di € 0,442, quella urbana è di € 0,670).

Le spese diverse dal rimborso chilometrico ma relative all'uso dell'autovettura personale saranno rimborsate secondo le disposizioni in vigore, in base ai giustificativi di spesa presentati.

Tutte le spese devono essere autorizzate dal responsabile diretto.

Fino al 30/6/2016 restano in vigore gli importi dei rimborsi chilometrici così come disciplinati alla data di stipulazione del presente CIA.

c - RIMBORSO DELLE SPESE PER PASTI E PER PERNOTTAMENTI

I. PERSONALE CON FUNZIONI ESTERNE

Nel personale con funzioni esterne si ricomprendono i dipendenti che svolgono, di norma in via prevalente, attività lavorativa al di fuori della propria sede di lavoro e nell'ambito di una specifica zona territoriale di competenza, quale a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- addetti allo sviluppo commerciale verso la rete agenziale, broker e banca;
- addetti ai rischi tecnici aziendali verso la rete agenziale;
- ispettori amministrativi e gestionali;
- ispettori audit.

In caso di mutamenti organizzativi che comportino la creazione di nuove figure professionali, le Parti si incontreranno per valutarne la corretta identificazione delle eventuali funzioni esterne.

A decorrere dall'1/7/2016 il personale incaricato di svolgere mansioni esterne fruirà, per ogni giorno di trasferta che comporti consumo di pasti al di fuori del comune sede di lavoro, di uno dei seguenti trattamenti:

1) trattamento a diaria:

- un pasto: € 34,00
- due pasti: € 68,00

Si precisa che il personale cui si applicava il CIA Unipol 8/10/2011 fruirà dei seguenti trattamenti:

- da 1/7/2016: € 28,00 per un pasto, € 56,00 per due pasti
- da 1/1/2017: € 31,00 per un pasto, € 62,00 per due pasti
- da 1/1/2018: € 34,00 per un pasto, € 68,00 per due pasti

In caso di spostamento temporaneo per svolgere la propria attività lavorativa all'interno del Comune in cui è la sede di lavoro, non verrà applicato il trattamento di diaria.

2) trattamento a pie' di lista:

a) primo pasto/secondo pasto (dietro presentazione di idonei giustificativi):

- un pasto € 40,00
- due pasti € 72,00

Si precisa che il personale cui si applicava il CIA Fonsai 24/6/2010 fruirà dei seguenti trattamenti:

- da 1/7/2016: € 34,00 per un pasto, € 66,00 per due pasti
- da 1/1/2017: € 37,00 per un pasto, € 69,00 per due pasti
- da 1/1/2018: € 40,00 per un pasto, € 72,00 per due pasti

In merito al limite massimo per i due pasti di € 72,00 viene confermata la possibilità di compensazione nel giorno, consistente nel poter superare il limite di € 40,00 per un pasto purché l'altro sia di importo tale che complessivamente non venga superato il valore di € 72,00.

Le spese saranno rimborsate secondo le disposizioni in vigore ed entro i limiti fiscali vigenti per i rimborsi giornalieri di pernottamenti e pasti sulla base dei giustificativi di spesa presentati e autorizzati dal diretto responsabile. In caso di spostamento temporaneo per svolgere la propria attività lavorativa all'interno del Comune in cui vi è la sede di lavoro, non verrà applicato il rimborso del pasto.

b) Piccole spese non documentabili:

- € 9,50 nel caso di trasferta senza pernottamento
- € 15,49 nel caso di trasferta con pernottamento o che ha termine dopo le ore 21

3) Disposizioni comuni

Sia per il trattamento a diaria che per il trattamento a pie' di lista il rimborso del secondo pasto giornaliero verrà erogato anche senza pernottamento, qualora il rientro dalla missione avvenga dopo le ore 20 presso il proprio domicilio e sia debitamente comprovato da documento di viaggio o dichiarazione personale.

Saranno rimborsate a pie' di lista le spese di pernottamento in alberghi presso strutture di proprietà / gestite dal Gruppo o, in assenza, presso altre strutture garantendo comunque la categoria tre stelle.

Gli importi di cui sopra, quando previsto, saranno annualmente adeguati, con decorrenza 1 Gennaio, con riferimento alla voce "pasto ristorante" riportata nei bollettini ISTAT.

Il primo aggiornamento sarà effettuato a decorrere dal 1/1/2017.

Ogni Dipendente alla fine di ciascun anno potrà optare, con effetto per l'anno successivo, sia per il "trattamento a diaria", sia per il "trattamento a pie' di lista".

4) Fondo spese

Al personale incaricato di svolgere funzioni esterne verrà attribuito in modo automatico, con lo stipendio del mese di aprile successivo alla data di sottoscrizione del presente CIA, un fondo spese in un'unica soluzione pari all'80% della media mensile dei rimborsi spese percepiti nell'anno solare precedente.

Non verrà effettuato alcun conguaglio mensile tra il fondo e le spese sostenute cosicché queste verranno rimborsate per intero nella misura spettante.

Il fondo dovrà essere restituito in caso di attribuzione di mansioni che non comportino un'attività esterna oppure in caso di risoluzione del rapporto di lavoro.

La restituzione avverrà mediante conguaglio con lo stipendio del mese in cui avviene il cambiamento ovvero, nel caso di insufficienza dello stesso, mediante ritenuta sullo stipendio successivo o sul trattamento di fine rapporto.

In caso di assunzione all'atto del superamento del periodo di prova ovvero contestualmente in caso di assegnazione a funzioni esterne, il fondo spese verrà attribuito nella misura dell'80% della media dei rimborsi spese percepiti dal personale esterno della stessa zona territoriale di competenza nell'anno solare precedente.

Il fondo spese potrà essere aggiornato a fronte di variazioni nell'ambito dell'operatività richiesta al dipendente all'interno della zona territoriale di competenza, che determini uno scostamento pari ad almeno il 20% della media mensile dei rimborsi spese percepiti nell'anno solare precedente.

Per il personale con funzioni esterne cui si applicava il CIA Unipol 8/10/2011 cesserà l'eventuale fondo spese fisso che era stato precedentemente assegnato.

II. RESTANTE PERSONALE

A far data dall'1/7/2016 per i dipendenti in trasferta è previsto il rimborso a pie' di lista per il consumo dei pasti e per i pernottamenti dovuti ad esigenze di servizio entro i seguenti limiti, salvo i casi eccezionali convalidati, di volta in volta, dal diretto responsabile:

- per le trasferte che comportino pernottamento e consumo dei due pasti (pranzo e cena): limite massimo di € 72,00 più il rimborso del pernottamento in alberghi presso strutture di proprietà / gestite dal Gruppo o, in assenza, presso altre strutture garantendo comunque la categoria tre stelle;
- per le trasferte che non comportino pernottamento: limite massimo di € 72,00 nel caso di pranzo e cena; limite massimo di € 40,00 nel caso di un solo pranzo o sola cena.

Si precisa che il personale cui si applicava il CIA Fonsai 24/6/2010 fruirà dei seguenti trattamenti per il rimborso di un pasto:

- € 35,00 da 1/7/2016;
- € 37,50 da 1/1/2017;
- € 40,00 da 1/1/2018.

In merito al limite massimo per i due pasti di € 72,00 viene confermata la possibilità di compensazione nel giorno, consistente nel poter superare il limite di € 40,00 per un pasto

purché l'altro sia di importo tale che complessivamente non venga superato il valore di € 72,00.

Il rimborso del secondo pasto giornaliero verrà erogato anche senza pernottamento, qualora il rientro dalla missione avvenga dopo le ore 20 presso il proprio domicilio e sia debitamente comprovato da documento di viaggio o dichiarazione personale.

Gli importi dei rimborsi suindicati verranno poi aggiornati annualmente con riferimento alle voci "pasto ristorante" riportate nei bollettini ISTAT.

Il primo aggiornamento sarà effettuato a decorrere dal 1/1/2017.

Le spese saranno rimborsate secondo le disposizioni in vigore ed entro i limiti fiscali vigenti per i rimborsi giornalieri di pernottamenti e pasti sulla base dei giustificativi di spesa presentati e autorizzati dal diretto responsabile. In caso di spostamento temporaneo per svolgere la propria attività lavorativa all'interno del Comune in cui vi è la sede di lavoro, non verrà applicato il rimborso del pasto.

A far data dall'1/7/2016 è previsto un importo per le piccole spese non documentabili pari a:

- € 9,50 nel caso di trasferta senza pernottamento
- € 15,49 nel caso di trasferta con pernottamento o che ha termine dopo le ore 21

Gli importi per le piccole spese di trasferta sono corrisposti in busta paga sulla base delle registrazioni mensili.

Fino al 30/6/2016 restano in vigore gli importi delle piccole spese così come disciplinati alla data di stipulazione del presente CIA.

d - RIMBORSO PER IL PASTO DEL PRANZO NELLE SEDI IN CUI E' IN FUNZIONE UN SERVIZIO MENSA

In caso di trasferta presso le sedi aziendali in cui è in funzione un servizio mensa, in sostituzione dei trattamenti previsti al precedente punto c), sarà riconosciuto il rimborso a pie' di lista (oltre alle piccole spese non documentate) per il pasto del pranzo consumato presso la mensa o presso i bar convenzionati. Al lavoratore in trasferta, che non espone il rimborso a pie' di lista per il pasto del pranzo, sarà riconosciuto il buono pasto, oltre alle piccole spese non documentate.

In caso di consumazione di due pasti e/o di pernottamento verrà applicato in ogni caso il rimborso secondo il regime a pie' di lista.

e - TRASFERTE CON PERNOTTAMENTO

Per i dipendenti che nel corso dell'anno effettuano trasferte che comportano almeno 40 pernottamenti e che sono in servizio alla data di erogazione, viene riconosciuto il seguente importo lordo annuo forfettario erogato sotto forma di una tantum pagato con la retribuzione del mese di marzo dell'anno successivo a partire dal 2017 per il 2016:

- da 40 a 80 pernottamenti € 540,00
- oltre 80 pernottamenti € 940,00

Al dipendente inviato in missione per un periodo superiore a dieci giorni consecutivi compete il rimborso delle spese di viaggio per il rientro in famiglia ogni fine settimana.

f - CONTRIBUTO ALLOGGIO PER TRASFERIMENTI

Per i trasferimenti di residenza che avvengano per iniziativa dell'Impresa, ad integrazione di quanto previsto dagli art. 65 e 135 del CCNL, l'Impresa riconoscerà al dipendente trasferito i seguenti contributi:

- nel 1° anno il 100% della eventuale differenza di affitto della casa
- nel 2° anno il 75% della eventuale differenza di affitto della casa
- nel 3° anno il 50% della eventuale differenza di affitto della casa
- nel 4° anno il 25% della eventuale differenza di affitto della casa

Nel caso in cui l'alloggio sia di proprietà del lavoratore, l'Impresa riconoscerà al dipendente trasferito i seguenti contributi:

- nel 1° anno il 100% dell'eventuale maggior spesa sostenuta nella sede di destinazione
- nel 2° anno il 75% dell'eventuale maggior spesa sostenuta nella sede di destinazione
- nel 3° anno il 50% dell'eventuale maggior spesa sostenuta nella sede di destinazione
- nel 4° anno il 25% dell'eventuale maggior spesa sostenuta nella sede di destinazione

Oltre tale periodo nulla è dovuto.

I contributi riconosciuti sono inseriti in busta paga.

Art. 33

CONCORSO SPESE PER LAVORATORI STUDENTI

A far data dall'1/7/2016 si riconoscono i seguenti concorsi spese per i lavoratori studenti.

1. Ai lavoratori studenti di istituti secondari inferiori sarà riconosciuta per ciascun anno di corso un somma di € 500,00 (cinquecento/00) lordi a seguito del superamento dell'anno scolastico.
2. Ai lavoratori studenti di istituti secondari superiori sarà riconosciuta:
 - per ciascun anno di corso una somma di € 500,00 (cinquecento/00) lordi a seguito del superamento dell'anno scolastico;
 - per una sola volta una somma di € 1.000,00 (mille/00) lordi a seguito del conseguimento del diploma.
3. Ai lavoratori iscritti ad un corso di laurea sarà riconosciuta - annualmente e nel limite del numero di anni legali di corso - una somma di € 1.000,00 (mille/00) lordi, a condizione che vengano superati nelle sessioni d'esame nell'anno accademico almeno due esami previsti nel piano di studi.

L'importo suddetto verrà corrisposto in via anticipata, rispetto al superamento dei predetti esami, e dietro presentazione di idonea documentazione. In caso di mancato superamento degli esami si provvederà al recupero dell'importo erogato mediante compensazione con il contributo spettante per l'anno accademico successivo.

In caso di percorso di studi per il conseguimento della prima laurea, sarà riconosciuto un contributo pari al 25% della somma sopra menzionata anche per il primo anno fuori corso.
4. Ai lavoratori che conseguono dopo l'assunzione la laurea triennale sarà riconosciuta per una sola volta una somma di € 1.500,00 (millecinquecento/00) lordi. In caso di successivo conseguimento della laurea magistrale biennale sarà ulteriormente riconosciuta per una sola volta una somma di € 1.000,00 (mille/00) lordi.

Ai lavoratori che conseguono dopo l'assunzione la laurea magistrale a ciclo unico sarà riconosciuta per una sola volta una somma di € 2.500,00 (duemilacinquecento/00) lordi.

Per il conseguimento della seconda laurea sarà riconosciuto un contributo pari al 50% della somma sopra menzionata, a condizione che sia conseguita in discipline comunque afferenti ai business aziendali.

Il contributo per la seconda laurea sarà erogato per intero, qualora il dipendente non abbia già ricevuto la somma per il conseguimento della prima laurea.

Fino al 30/6/2016 restano in vigore le condizioni in essere alla data di stipulazione del presente CIA.

Art. 34
PRESTITI e ANTICIPO STIPENDIO

1. PRESTITI

A richiesta del dipendente in servizio a tempo indeterminato decorso il periodo di prova, che sia titolare di conto corrente presso Unipol Banca con canalizzazione dello stipendio, potranno essere accordati prestiti nelle misure e alle condizioni di seguito specificate.

Nel caso in cui il dipendente sia titolare di conto corrente presso Unipol Banca senza canalizzazione dello stipendio, in quanto ha in corso un mutuo con un differente istituto di credito con obbligo di canalizzazione dello stipendio presso tale istituto, a garanzia dell'ammontare del prestito sarà prevista idonea garanzia vita caso morte, secondo quanto previsto all'art. 39 lettera c) del presente CIA e con vincolo a favore di Unipol Banca.

a - PRESTITI PERSONALI

Importo massimo spettante di riferimento: € 24.000,00.

Tasso debitore variabile: Euribor 3 mesi + 0,50%.

Ai prestiti personali accordati per importi eccedenti la misura sopraindicata, il tasso debitore applicato sarà - per la quota eccedente € 24.000,00 - pari all'Euribor 3 mesi + 2,00%.

Tasso debitore fisso: IRS di riferimento + 1,50%.

Ai prestiti personali accordati per importi eccedenti la misura sopraindicata, il tasso debitore applicato sarà - per la quota eccedente € 24.000,00 - pari all'IRS di riferimento + 2,00%.

Destinazione (da documentare solo in caso di richiesta di prestito superiore ad € 10.000,00):

- spese medico – sanitarie;

- acquisto arredamento e elettrodomestici;
- lavori di ristrutturazione dell'abitazione (in proprietà o in affitto) o di altro immobile intestato/cointestato al richiedente o da egli condotto;
- interventi di manutenzione straordinaria, anche condominiale, di immobile di proprietà del richiedente;
- acquisto o riparazione auto / moto;
- acquisto garage/immobile;
- spese sostenute per l'iscrizione a corsi di studio e l'acquisto di libri di testo dei figli studenti;
- eccezionali motivi familiari.

b - PRESTITO AUTO USO AZIENDALE

Ai dipendenti, che per motivi di lavoro sono autorizzati in via ordinaria all'uso dell'auto, potrà essere accordato un prestito per l'acquisto dell'auto per uso aziendale nelle misure e alle condizioni di seguito specificate.

Importo massimo spettante: € 24.000,00.

Tasso debitore variabile: Euribor 3 mesi + 0,50%.

Tasso debitore fisso: IRS di riferimento + 1,50%

c - PRESTITO RISTRUTTURAZIONE CASA

Ai dipendenti potrà essere accordato un prestito per lavori di ristrutturazione dell'abitazione (in proprietà o in affitto) o di altro immobile intestato/cointestato al richiedente o da egli condotto nelle misure e alle condizioni di seguito specificate.

Importo massimo spettante: € 35.000,00.

Tasso debitore variabile: Euribor 3 mesi + 1%.

Tasso debitore fisso: IRS di riferimento + 2%

d - NORME COMUNI A TUTTI I PRESTITI

Viene applicato l'Euribor 3 mesi - base 30 senza arrotondamenti, media del mese che precede di due mesi la rata in scadenza (a titolo di esempio: la media dell'Euribor 3 mesi del mese di settembre determinerà la rata in scadenza alla fine del mese di dicembre).

Durata: secondo richiesta e comunque non superiore a 60 mesi, elevata a 96 mesi per gli operatori di Call Center e per i lavoratori con orario di lavoro a tempo parziale.

Rata mensile: non superiore (tenuto conto del totale degli impegni finanziari rateali mensili) a 1/3 dello stipendio mensile netto del dipendente.

Spese istruttoria: nessuna.

Commissione incasso rata: nessuna.

Penale estinzione anticipata: nessuna.

Le imposte e quant'altro dovuto per legge restano a carico della parte mutuataria.

In caso di comprovate ed imprevedibili esigenze, sarà possibile ridefinire il piano di ammortamento con cui era stato concesso il prestito.

In caso di risoluzione del rapporto di lavoro che non comporti il diritto al trattamento pensionistico di anzianità o vecchiaia (che dovrà essere dimostrato a cura del dipendente con la consegna di una dichiarazione di prestatore servizio a firma della società di provenienza) ai prestiti personali verranno applicate le condizioni previste per la clientela ordinaria a decorrenza dalla data di cessazione.

2. ANTICIPO SULLO STIPENDIO

I lavoratori potranno richiedere un anticipo sulla retribuzione mensile fino a un massimo di € 500,00 ma non prima del decimo giorno dalla liquidazione della retribuzione del mese precedente.

L'anticipazione sullo stipendio può essere richiesta per un massimo di 5 volte all'anno.

Art. 35
MUTUI CASA

I dipendenti potranno fruire delle condizioni previste da Unipol Banca per l'erogazione di mutui ai dipendenti del Gruppo Unipol, che sono titolari di un conto corrente presso Unipol Banca con canalizzazione dello stipendio.

Il mutuo viene erogato per l'acquisto, costruzione e ristrutturazione di immobile (e relative pertinenze) da adibire a residenza stabile del dipendente e del suo nucleo familiare.

A cadenza semestrale l'Impresa fornirà apposita reportistica relativa al numero dei prestiti e dei mutui erogati e, a richiesta delle OO.SS., le Parti si incontreranno con l'obiettivo di analizzare eventuali problematiche relative all'applicazione della normativa contrattuale in materia di mutui e prestiti e di individuare le soluzioni praticabili.

NOTA A VERBALE

I dipendenti, che hanno contratto un mutuo con la compagnia assicurativa secondo le disposizioni a suo tempo previste nei contratti integrativi aziendali, manterranno le condizioni con cui era stato concesso il mutuo.

Art. 36
ANTICIPAZIONE DEL T.F.R.

Con riferimento a quanto previsto dall'ultimo comma dell'art. 2120 C.C., anche al fine di prevedere condizioni di miglior favore rispetto alla disciplina legale delle anticipazioni del trattamento di fine rapporto, l'Azienda, fermo quant'altro previsto dalla legge 297/82, erogherà l'anticipazione del T.F.R. nella misura del 100% del maturato, per i dipendenti delle società del Gruppo cui si applica il presente contratto, qualora ricorrano le sotto elencate motivazioni:

- 1) Acquisto, ampliamento e ristrutturazione per se' e per i figli della prima casa di abitazione;
- 2) spese mediche per il dipendente o per il coniuge (non legalmente separato o divorziato) e/o figli;
- 3) acquisto autovettura per i diversamente abili;
- 4) spese per l'adozione e/o affido;
- 5) spese per ricoveri in case di riposo per i parenti di primo grado;
- 6) spese da sostenere durante la fruizione dei congedi parentali e congedi formativi di cui alla legge n. 53/2000;
- 7) spese per l'istruzione dei figli;
- 8) spese funerarie;
- 9) estinzione del mutuo, anche parziale, della sola prima casa di abitazione;
- 10) spese per la separazione legale ed il divorzio.

Tutte le richieste dovranno essere supportate da adeguata documentazione attestante l'effettuazione della spese e dovranno essere indirizzate alla competente funzione aziendale.

Nei casi previsti dai punti 1), 3), 4), 5), 6), 7), 8), 9) e 10) l'anticipazione potrà essere richiesta, in deroga a quanto previsto dal 6° comma dell'art. 2120 c.c., dal personale con anzianità di servizio pari o superiore a 5 anni.

Nei casi previsti dal punto 2) l'anticipazione potrà essere richiesta dal personale con anzianità di servizio anche inferiore ai 5 anni.

Si considerano ricompresi nel concetto di “acquisto”, oltre all’acquisto da terzi, anche l’assegnazione di alloggi in cooperativa, la costruzione in proprio ed il riscatto ai sensi della legge da parte dell’inquilino nei confronti di Enti od Istituti pubblici locatari. L’avvenuto acquisto dovrà essere comprovato da idonea documentazione.

In particolare:

- nel caso di acquisto da terzi la richiesta deve essere corredata da atto notarile di compravendita ovvero da altro documento comprovante l’impegno all’acquisto dell’alloggio (preliminare di compravendita, dichiarazione impegnativa del proprietario di disponibilità a vendere con firma autenticata, contratto di opzione). L’atto notarile di compravendita se non presentato immediatamente, dovrà essere consegnato entro il termine massimo di 12 mesi dalla data di acquisto.

- nel caso di acquisto in cooperativa l’erogazione potrà avvenire anche su presentazione della dichiarazione del Presidente della cooperativa dalla quale risulti che il richiedente è socio assegnatario dell’alloggio nonché le somme che dovrà versare. Entro 36 mesi l’interessato dovrà produrre l’atto notarile di assegnazione definitiva.

- nel caso di costruzione dell’immobile il lavoratore dovrà presentare il titolo di proprietà del terreno, la concessione edilizia, il progetto e preventivo di spesa. Entro 36 mesi dovrà produrre il certificato di termine lavori rilasciato dal Comune.

- nel caso di riscatto da Ente od Istituto pubblico la richiesta dovrà essere corredata dall’attestazione rilasciata dall’Ente proprietario circa l’impegno a consentire la cessione di proprietà. Successivamente, entro 12 mesi, dovrà essere presentato l’atto notarile di compravendita.

L’Azienda concederà la possibilità a tutti i dipendenti in servizio di stipulare polizze vita individuali (a tassi di premio puro) il cui premio potrà essere pagato ricorrendo all’anticipazione del trattamento di fine rapporto, da un minimo del 30% sino ad un massimo del 100% della quota annua.

La facoltà sarà concessa anche ai dipendenti che abbiano dal 2007 deciso di devolvere al Fondo Pensione il TFR maturando e pertanto per la presente causale potranno accedere al TFR maturato fino al 31/12/2006. Si specifica che l’anticipo verrà calcolato sulla quota di TFR annualmente versata al Fondo Pensione ma verrà dedotta dal TFR maturato entro il 31/12/2006.

Tali polizze, per le quali è prevista una retrocessione del 96% a favore dell’assicurato, dovranno prevedere la facoltà di riscattare la riserva matematica qualora l’assicurato

necessiti di somme giustificate dai motivi indicati nelle lettere a) e b) dell'art. 1 della legge 29 maggio 1982, n. 297.

Per i dipendenti che abbiano compiuto i 50 anni d'età è prevista anche la possibilità di accedere al trattamento di fine rapporto maturato, sino ad una percentuale massima del 50%, in un'unica soluzione.

IV. PARTE PREVIDENZIALE E ASSICURATIVA

Art. 37

PREVIDENZA INTEGRATIVA

Il trattamento pensionistico complementare previsto dal CCNL e dal presente CIA viene attuato tramite l'adesione ai Fondi Pensione dei Dipendenti delle Imprese del Gruppo Unipol (di seguito definiti "Fondi Pensione"), costituiti nelle forme indicate dall'art. 86 e dall'allegato 13 del CCNL ANIA del 17/9/2007.

Le Parti si impegnano dopo approfondito confronto ad attivare un unico Fondo Pensione per i dipendenti di tutte le Imprese del Gruppo Unipol cui si applica il presente CIA.

I contributi che affluiscono al Fondo Pensione sono gestiti attraverso contratti di assicurazione collettivi sulla vita stipulati con UnipolSai Assicurazioni, i cui rendimenti vengono retrocessi nella misura del 100%.

CONTRIBUZIONE AL FONDO PENSIONE A CARICO DELL'IMPRESA

Anno 2016

Per i dipendenti cui si applicava il Cia Unipol 8/10/2011, a partire dall'1/7/2016 il contributo a carico dell'Impresa al Fondo Pensione sarà pari al 4,50% della "retribuzione annua di riferimento", comprensivo della quota di contributo prevista dall'allegato 13 del vigente CCNL.

Per i dipendenti cui si applicava il Cia Unipol 8/10/2011, iscritti al Fondo Pensione dopo il 28/4/1993 e di prima occupazione successiva a tale data, a partire dall'1/7/2016 il contributo a carico dell'Impresa al Fondo Pensione sarà pari al 4,60% della "retribuzione annua di riferimento", comprensivo della quota di contributo prevista dall'allegato 13 del vigente CCNL.

Per i dipendenti cui si applicava il Cia Fondiaria-Sai 24/6/2010, a partire dall'1/7/2016 il contributo a carico dell'Impresa al Fondo Pensione sarà pari al 4,50% della "retribuzione annua di riferimento", comprensivo della quota di contributo prevista dall'allegato 13 del vigente CCNL, fermo restando il contributo pari al 5,10% per chi già percepisce tale valore.

Anno 2017

A far data dall'1/1/2017 il contributo a carico dell'Impresa al Fondo Pensione sarà pari per tutti i dipendenti al 5,10% della "retribuzione annua di riferimento", comprensivo della quota di contributo prevista dall'allegato 13 del vigente CCNL.

La "retribuzione annua di riferimento" è determinata convenzionalmente come riportato nell'allegato 13 del vigente CCNL.

Con riferimento a personale cui si applicava il CIA Fonsai 24-6-2014 e l'accordo sindacale del 2/12/2004, le Parti convengono che l'accordo decade in data 31/12/2016 e che a partire dall'1/1/2017 l'importo accantonato a TFR nell'anno 2016 per il contributo dell'Impresa al Fondo Pensione verrà trasformato in un assegno ad personam non assorbibile.

CONTRIBUZIONE AL FONDO PENSIONE A CARICO DEL DIPENDENTE

Conferimento TFR

I lavoratori iscritti al Fondo Pensione, che non vi hanno ancora conferito quote di TFR, possono conferire tutta o una parte della quota del TFR maturando nell'anno, da un minimo del 30% fino al 100% (con multipli di 10).

I lavoratori iscritti, che hanno effettuato la scelta di conferire al Fondo Pensione una quota parte del TFR maturando nell'anno, possono successivamente decidere di conferire l'intera quota residua.

I lavoratori iscritti potranno anche conferire al Fondo Pensione fino all'intero TFR maturato al 31/12/2006, che risulta mantenuto in Azienda. Tale possibilità può essere esercitata annualmente entro il mese di dicembre e con effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo, per una quota non inferiore al 50% del suddetto TFR maturato al 31/12/2006.

Contributi tramite prelievo dallo stipendio

- 1) Il lavoratore, che ha scelto di destinare tutto il proprio TFR al Fondo Pensione, può versare contributi volontari aggiuntivi a partire dalla misura minima dello 0,50% della retribuzione annua di riferimento e con successive aliquote per multipli dello 0,50%;

- 2) Il lavoratore, che ha scelto di conferire in misura parziale il proprio TFR al Fondo Pensione, è tenuto a versare contributi aggiuntivi nella misura minima dello 0,75% della retribuzione annua di riferimento e con successive aliquote a partire dall'1,00% per multipli dello 0,50%;
- 3) Il lavoratore, che ha scelto di mantenere tutto il proprio TFR in Azienda, è tenuto a versare un contributo nella misura minima del 50% del contributo aziendale e con successiva aliquota del 2,50% e poi per multipli dello 0,50%.

PERIODICITÀ DELLA CONTRIBUZIONE

- 1) Per i lavoratori iscritti al Fondo Pensione al 1° gennaio di ogni anno:
 - il contributo a carico dell'Impresa relativo all'anno di riferimento sarà versato in data 1° gennaio,
 - il contributo a carico del lavoratore viene calcolato e versato nel mese di gennaio e sarà trattenuto con periodicità mensile,
 - la quota del TFR sarà versata mensilmente il 1° giorno del mese successivo a quello di maturazione.
- 2) Per i lavoratori iscritti al Fondo Pensione nel corso dell'anno sarà versata una quota pari ad un dodicesimo per ogni mese di intero servizio prestato, computandosi come tale le frazioni mese uguali o superiori a 15 giorni. I versamenti avverranno secondo le seguenti modalità:
 - il contributo a carico dell'Impresa relativo all'anno di riferimento sarà versato il 1° giorno del mese successivo all'iscrizione al Fondo Pensione,
 - il contributo a carico del lavoratore viene calcolato e versato nel 1° giorno del mese successivo all'iscrizione al Fondo Pensione e sarà trattenuto con periodicità mensile entro la fine dell'anno solare,
 - la quota del TFR sarà versata mensilmente il 1° giorno del mese successivo a quello di maturazione.
- 3) Per l'anno di cessazione del rapporto di lavoro sarà versata una quota pari ad un dodicesimo per ogni mese di intero servizio prestato, computandosi come tale le frazioni mese uguali o superiori a 15 giorni. La quota eventualmente versata in più dal

1° gennaio dell'anno verrà recuperata dall'impresa sulle competenze comunque spettanti per la cessazione del rapporto.

Art. 38

COPERTURE SANITARIE

Il trattamento di assistenza previsto dal CCNL e dal presente CIA viene attuato tramite la “Cassa di Assistenza dei dipendenti delle imprese del Gruppo Unipol” e la “Cassa di Assistenza dei dipendenti delle società del Gruppo Fondiaria-SAI” e mediante la stipulazione di apposita copertura con UnipolSai Assicurazioni S.p.A. che si avvarrà di Unisalute S.p.A. come ente erogatore del servizio, secondo le condizioni allegate al presente accordo (allegati n. 7 e 8 – condizioni di polizza).

Le Parti si impegnano dopo approfondito confronto ad attivare un'unica Cassa di Assistenza per i dipendenti di tutte le Imprese del Gruppo Unipol cui si applica il presente CIA.

Le garanzie hanno effetto a partire dall'1/1/2017 e hanno durata assicurativa annuale. Tali garanzie sono comprensive di quanto definito dall'art. 87 del vigente CCNL. Fino al 31/12/2016 restano in vigore le garanzie e le condizioni in essere alla data di stipulazione del presente CIA.

COPERTURE SANITARIE PER TUTTI I DIPENDENTI ESCLUSI I FUNZIONARI

1) BENEFICIARI E CONTRIBUTI

Le garanzie comprese nella presente sezione valgono per i dipendenti a tempo indeterminato esclusi i Funzionari.

Le garanzie sono rivolte al dipendente ed ai seguenti soggetti identificati come nucleo dei beneficiari, ad esclusione di quanto previsto nelle singole coperture:

- familiari fiscalmente a carico, intendendosi le persone per le quali vengono effettuate le detrazioni fiscali;
- coniuge o convivente risultante da specifica autocertificazione;

- figli purché conviventi o figli non a carico né conviventi affidati all'altro genitore per i quali il dipendente sia tenuto a concorrere al mantenimento o figli minori conviventi non a carico che godono solo ed esclusivamente di parte della pensione di reversibilità per genitore deceduto;
- genitori purché conviventi.

Si precisa che può essere indicata un'unica situazione di convivenza e che la stessa deve essere continuativa.

Per i dipendenti che usufruiscono per se stessi di tutte le coperture e per il nucleo dei beneficiari delle coperture di cui ai punti:

- 2.a (ricoveri per grandi interventi chirurgici);
- 2.c (malattie oncologiche e gravi malattie);

il contributo annuo è di € 40,00.

Per i dipendenti che usufruiscono con altri beneficiari delle coperture di cui ai punti:

- 2.b (Ricoveri e/o Interventi Chirurgici);
- 2.d (Cure Odontoiatriche ed Ortodontiche);
- 2.e (Visite Mediche, Esami Diagnostici, Occhiali, Protesi, Prestazioni Fisioterapiche, Prestazioni Psichiatriche e Psicoterapeutiche, Prestazioni Infermieristiche e Medicinali);

è previsto un contributo aggiuntivo annuo di:

- € 180,00 in caso di soli familiari a carico e/o figli non a carico né conviventi affidati all'altro genitore per i quali il dipendente è tenuto al mantenimento e/o figli minori conviventi non a carico che godono solo ed esclusivamente di parte della pensione di reversibilità per genitore deceduto;
- € 250,00 in caso di familiari a carico e di coniuge o convivente non a carico;
- € 450,00 in caso di presenza, oltre ai precedenti, anche di altri beneficiari non a carico diversi dal coniuge.

In presenza di contributo aggiuntivo, il contributo complessivo potrà essere frazionato in dodici rate mensili, che saranno trattenute in busta paga.

2) PRESTAZIONI

a - RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Secondo le condizioni riportate nel punto 3.1 dell'allegato n. 7, vengono garantite le spese relative al ricovero in istituto di cura per "grandi interventi chirurgici" - così come definiti nell'apposito elenco di cui all'allegato n. 7 - e le spese effettuate nei 90 giorni precedenti il ricovero e nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, rese necessarie dalla malattia e/o infortunio che ha determinato il ricovero stesso.

La garanzia per anno assicurativo per dipendente o per dipendente e nucleo dei beneficiari è prestata senza applicazione di scoperto né di franchigia fino ad un massimo di € 120.000,00, a cui viene applicato un limite di € 105.000,00 per il rimborso delle spese sostenute in caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A.

Le spese per le prestazioni erogate durante il ricovero vengono liquidate:

- direttamente da Unisalute S.p.A. in caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato;
- in forma rimborsuale in caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A.

Sia per il dipendente che per i beneficiari diversi dal dipendente, si precisa che le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% fino ad un massimo di € 5.000,00 a carico dell'interessato in caso di:

- utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute S.p.A., qualora non venga preventivamente evidenziato alla stessa il convenzionamento in essere, tranne per i ricoveri urgenti e non programmati;
- ricovero presso le strutture indicate nell'apposito elenco di cui all'allegato n.7.

In alternativa al rimborso delle spese durante il ricovero, con esclusione quindi di quelle sostenute nei 90 giorni precedenti al ricovero e nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, viene riconosciuta una diaria giornaliera di € 120,00 (centoventi/00) per ogni giorno di ricovero che comporti il pernottamento o di € 60,00 (sessanta/00) in caso di ricovero in regime di day hospital o day surgery.

b - RICOVERI E/O ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI

Secondo le condizioni riportate nel punto 3.2 dell'allegato n. 7, vengono garantite le spese relative al ricovero in istituto di cura e/o per interventi chirurgici - diversi da quelli previsti al punto a) - da chiunque prestati anche in regime di attività libero professionale e/o ambulatoriale e le spese effettuate nei 90 giorni precedenti il ricovero e/o intervento e nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero e/o all'intervento, rese necessarie dalla malattia e/o infortunio che ha determinato il ricovero e/o intervento stesso.

La garanzia per anno assicurativo per dipendente o per dipendente e nucleo dei beneficiari è prestata fino ad un massimo di € 80.000,00 a cui viene applicato un limite € 27.000,00 per il rimborso delle spese sostenute in caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A.

Le spese per le prestazioni erogate durante il ricovero vengono liquidate:

- direttamente da Unisalute S.p.A. in caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato;
- in forma rimborsuale in caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A.

Per i beneficiari diversi dal dipendente, nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A., le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia fissa di € 260,00. In caso di interventi ambulatoriali, la franchigia fissa è ridotta a € 100,00 ovvero si applica uno scoperto del 20% qualora il costo dell'intervento sia inferiore a € 500,00.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale non verrà applicata alcuna franchigia per il trattamento alberghiero (così detta differenza di classe per camera singola).

Sia per il dipendente che per i beneficiari diversi dal dipendente, si precisa che le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 200,00 in caso di:

- utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute S.p.A., qualora non venga preventivamente evidenziato alla stessa il convenzionamento in essere tranne per i ricoveri urgenti e non programmati;
- ricovero presso le strutture indicate nell'apposito elenco di cui all'allegato n. 7.

In caso di parto non cesareo, si precisa che, secondo le condizioni riportate nel punto 3.2.3.2 dell'allegato n. 7, vengono garantite le spese relative al ricovero, quelle effettuate nei 90 giorni precedenti il ricovero e due visite mediche specialistiche di controllo effettuate nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero.

Nell'ambito dei massimali di cui sopra, il limite per il rimborso delle spese sostenute in caso di parto non cesareo sarà di a € 6.000,00, ridotto a € 3.000,00 in caso di parto non cesareo a domicilio.

Con riferimento alle metodiche per la procreazione assistita, si precisa che vengono garantite le spese relative al ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale e quelle ad esso connesse effettuate nei 90 giorni precedenti il ricovero stesso.

Il Gruppo si attiverà per sottoscrivere apposite convenzioni in relazione alle metodiche per la procreazione assistita con strutture sanitarie private, presso le quali non viene previsto alcun rimborso delle spese a carico dell'Impresa.

In alternativa al rimborso delle spese durante il ricovero, con esclusione quindi di quelle sostenute nei 90 giorni precedenti al ricovero e nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, viene riconosciuta una diaria giornaliera di € 120,00 (centoventi/00) per ogni giorno di ricovero che comporti il pernottamento o di € 60,00 (sessanta/00) in caso di ricovero in regime di day hospital o day surgery o OBI.

La garanzia in esame non comprende, tra l'altro, le spese sostenute per:

- ricoveri o interventi chirurgici con finalità estetiche, salvo quelli di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio con certificazione attestata da certificato di Pronto Soccorso o a seguito di interventi demolitivi per gravi patologie;
- prestazioni rese da uno specialista in odontoiatria o in ortodonzia non rese necessarie da infortunio e, in ogni caso, le protesi dentarie;

- interventi chirurgici relativi all'implantologia dentaria eseguiti anche in ambito ambulatoriale.

c - MALATTIE ONCOLOGICHE E GRAVI MALATTIE

Vengono garantite secondo le condizioni riportate al punto 4 dell'allegato n. 7 le spese relative alle terapie connesse a malattie oncologiche, coronaropatia, ictus cerebrale, infarto del miocardio, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, trapianti di organi vitali ed aids conclamato, politraumatismi gravi che non necessitino di intervento chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato, morbo di Parkinson o insufficienza renale che necessiti di dialisi.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 25.000,00 per anno assicurativo per dipendente o per dipendente e nucleo dei beneficiari.

d - CURE ODONTOIATRICHE ED ORTODONTICHE

Vengono garantite le spese relative a cure odontoiatriche ed ortodontiche, acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche, visite odontoiatriche o ortodontiche, esami ed accertamenti diagnostici di odontoiatria e ortodonzia.

La garanzia per anno assicurativo per dipendente è prestata fino ad un massimo di € 2.000,00, a cui viene applicato un limite € 1.800,00 per il rimborso delle spese sostenute in caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A.

Il massimale per anno assicurativo e per il complesso delle prestazioni riferite al dipendente e al nucleo dei beneficiari è elevato:

- a € 2.200,00 per un ulteriore assicurato, a cui viene applicato un limite di € 2.000,00 per il rimborso delle spese sostenute in caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A.;
- a € 2.400,00 per due ulteriori assicurati, a cui viene applicato un limite di € 2.200,00 per il rimborso delle spese sostenute in caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A.;

- a € 2.600,00 per tre o più ulteriori assicurati, a cui viene applicato un limite di € 2.400,00 per il rimborso delle spese sostenute in caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A.

Le spese vengono garantite secondo le seguenti modalità:

- rimborso integrale dei tickets sanitari, qualora il beneficiario si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale;
- pagamento diretto integrale da parte di Unisalute, qualora il beneficiario si avvalga di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute S.p.A.;
- rimborso con l'applicazione di uno scoperto del 10%, qualora il beneficiario si avvalga di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A.

e - VISITE MEDICHE, ESAMI DIAGNOSTICI, OCCHIALI, PROTESI, PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE, PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE, PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE E MEDICINALI

Vengono garantite le spese relative a:

- visite mediche, ad esclusione di quelle finalizzate all'emissione di certificati a pagamento;
- esami ed accertamenti diagnostici, con prescrizione medica per le prestazioni ad alta diagnostica, così come definiti nel seguente elenco:
 - diagnostica radiologica (eccetto mammografia);
 - doppler;
 - elettroencefalografia;
 - endoscopia;
 - gastroendoscopia digestiva;
 - mineralogia ossea computerizzata;
 - risonanza magnetica nucleare;
 - scintigrafia;
 - TAC;
 - urografia.

- check-up tramite rete convenzionata Unisalute S.p.A.;
- acquisto per occhiali (montatura e lenti correttive) o lenti a contatto, in caso di modifica del visus certificata da medico oculista o da centri ottici autorizzati;
- acquisto, noleggio o riparazione di protesi acustiche, protesi ortopediche, protesi oculari, carrozzelle o stampelle;
- prestazioni fisioterapiche, a seguito di malattia o infortunio, prescritte da medico di “base” o da medico specialista afferente alla prestazione e rese necessarie a fini riabilitativi, posturali o antalgici, quali agopuntura e trattamenti chiropratici, osteopatici, chinesiolgici e logopedici.

Le prestazioni devono essere effettuate da personale medico e paramedico abilitato in terapia della riabilitazione o in trattamenti antalgici o posturali, il cui titolo sia attestato o allegato nel documento di spesa ovvero presso centri medici abilitati.

Sono escluse dalla garanzia le prestazioni non riabilitative con finalità estetica e quelle fatturate da centri medici non abilitati;

- prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche prescritte da medico di “base” o da medico specialista afferente alla prestazione ed effettuate da psichiatra o da psicoterapeuta o da psicologo iscritto all’albo, nonché trattamenti logopedici prescritti da psichiatra o da neurologo;
- prestazioni infermieristiche prescritte da medico di “base” o da medico specialista afferente alla prestazione ed effettuate da personale infermieristico diplomato, ambulatorialmente o presso il domicilio;
- medicinali, intendendo inclusi anche i dispositivi medici caratterizzati dalla presenza di un principio attivo per cui è prevista la marcatura CE, con prescrizione del medico di “base” o del medico specialista e presentazione dello scontrino fiscale, ai sensi delle disposizioni di legge in materia di detrazioni fiscali (indicazione espressa della categoria farmaco / descrizione del dispositivo medico e codice fiscale del destinatario).

La prescrizione medica si intende valida fino a 6 mesi dalla data di emissione.

La garanzia per anno assicurativo e per dipendente è prestata fino ad un massimo di € 3.400,00, a cui si aggiunge il pagamento diretto da parte di Unisalute del check up

effettuato dal dipendente presso la rete convenzionata della Società secondo quanto riportato nelle condizioni comuni.

Il massimale per anno assicurativo e per il complesso delle prestazioni riferite al dipendente e al nucleo dei beneficiari è elevato ad € 3.600,00 per un ulteriore assicurato, ad € 3.800,00 per due ulteriori assicurati e ad € 4.000,00 per tre o più ulteriori assicurati.

Nell'ambito dei massimali di cui sopra il limite per il rimborso delle spese sostenute:

- in caso di modifica del visus certificata da medico oculista o da centri ottici autorizzati, per l'acquisto per occhiale (montatura e lenti) o lenti a contatto è di € 500,00 per il dipendente e di € 700,00 per il dipendente e il nucleo dei beneficiari;
- per prestazioni fisioterapiche, è - per il dipendente ed il nucleo dei beneficiari - di € 1.800,00, a cui viene applicato un sottolimito di € 900,00 nel caso in cui non ci si avvalga di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A.;
- per acquisto, noleggio o riparazione di protesi acustiche, protesi ortopediche, oculari, carrozzelle o stampelle è di € 1.200,00 per il dipendente ed il nucleo dei beneficiari;
- per prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche, nonché per trattamenti logopedici prescritti da psichiatra o da neurologo, è di € 2.700,00, elevato ad € 2.900,00 per un ulteriore assicurato, ad € 3.100,00 per due ulteriori assicurati e ad € 3.300,00 per tre o più ulteriori assicurati;
- per prestazioni infermieristiche è di € 250,00 per il dipendente ed il nucleo dei beneficiari;
- per i medicinali / dispositivi medici caratterizzati dalla presenza di un principio attivo per cui è prevista la marcatura CE è di € 200,00 per il dipendente ed il nucleo dei beneficiari.

Per il periodo di gravidanza per il dipendente ed il nucleo dei beneficiari è previsto un massimale aggiuntivo di € 400,00 per visite specialistiche e per esami ed accertamenti diagnostici ad essa correlati.

Le spese vengono garantite secondo le seguenti modalità:

- rimborso integrale dei tickets sanitari, qualora il beneficiario si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale;

- pagamento diretto integrale da parte di Unisalute, qualora il beneficiario si avvalga di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute S.p.A.;
- rimborso con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 15,00 per fattura, qualora il beneficiario si avvalga di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A. Il minimo non indennizzabile non si applica per il rimborso dei medicinali.

La garanzia non comprende, tra l'altro, le spese sostenute per:

- visite odontoiatriche o ortodontiche;
- esami ed accertamenti diagnostici di odontoiatria e ortodonzia.

3) CRITERI DI ADESIONE E DI INTERRUZIONE DELLE COPERTURE

I dipendenti che intendono avvalersi della copertura per se stessi e per il nucleo dei beneficiari dovranno darne comunicazione all'azienda tramite apposito modulo. La sospensione delle coperture e le variazioni del nucleo dei beneficiari potranno essere effettuate entro e non oltre la data di scadenza annuale della polizza, fatta eccezione per gli inserimenti in corso d'anno legati a nascite e/o matrimoni e/o convivenze.

Per i neonati la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia, sempre che questa venga comunicata alla Cassa entro 90 giorni dall'evento.

In caso di cessazione del rapporto di lavoro in corso d'anno, tutte le coperture sanitarie restano valide fino alla prima scadenza annuale per l'intero nucleo assicurato.

4) ULTRATTIVITÀ

Per i dipendenti collocati in quiescenza la garanzia per ricoveri per grandi interventi chirurgici (di cui al punto 2.a) e per malattie oncologiche e gravi malattie (di cui al punto 2.c) possono restare valide per il solo dipendente anche per le successive tre scadenze

annuali, in seguito a comunicazione all'impresa da parte dell'interessato tramite apposito modulo e tramite un contributo annuo è di € 200,00.

COPERTURE SANITARIE PER I FUNZIONARI

1) BENEFICIARI E CONTRIBUTI

Le garanzie comprese nella presente sezione valgono per i Funzionari.

Le garanzie sono rivolte al dipendente ed ai seguenti soggetti identificati come nucleo dei beneficiari, ad esclusione di quanto previsto nelle singole coperture:

- familiari fiscalmente a carico, intendendosi le persone per le quali vengono effettuate le detrazioni fiscali;
- coniuge o convivente risultante da specifica autocertificazione;
- figli purché conviventi o figli non a carico né conviventi affidati all'altro genitore per i quali il dipendente sia tenuto a concorrere al mantenimento o figli minori conviventi non a carico che godono solo ed esclusivamente di parte della pensione di reversibilità per genitore deceduto;
- genitori purché conviventi.

Si precisa che può essere indicata un'unica situazione di convivenza e che la stessa deve essere continuativa.

Per i dipendenti che usufruiscono per se stessi di tutte le coperture e per il nucleo dei beneficiari delle coperture di cui ai punti:

- 2.a (ricoveri per grandi interventi chirurgici);
- 2.c (malattie oncologiche e gravi malattie);

il contributo annuo è di € 40,00.

Per i dipendenti che usufruiscono con altri beneficiari delle coperture di cui ai punti:

- 2.b (Ricoveri e/o Interventi Chirurgici);
- 2.d (Cure Odontoiatriche ed Ortodontiche);
- 2.e (Visite mediche, Esami Diagnostici, Occhiali, Protesi, Prestazioni Riabilitative Fisioterapiche, Prestazioni Psichiatriche e Psicoterapeutiche, Prestazioni Infermieristiche e Medicinali);

è previsto un contributo aggiuntivo annuo di:

- € 115,00 in caso di soli familiari a carico e/o figli non a carico né conviventi affidati all'altro genitore per i quali il dipendente è tenuto al mantenimento e/o figli minori conviventi non a carico che godono solo ed esclusivamente di parte della pensione di reversibilità per genitore deceduto;
- € 175,00 in caso di familiari a carico e di coniuge o convivente non a carico;
- € 250,00 in caso di presenza, oltre ai precedenti, anche di altri beneficiari non a carico diversi dal coniuge.

In presenza di contributo aggiuntivo, il contributo complessivo potrà essere frazionato in dodici rate mensili, che saranno trattenute in busta paga.

2) PRESTAZIONI

a - RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI

Secondo le condizioni riportate nel punto 3.1 dell'allegato n. 8, vengono garantite le spese relative al ricovero in istituto di cura per "grandi interventi chirurgici" - così come definiti nell'apposito elenco di cui all'allegato n. 8 - e le spese effettuate nei 90 giorni precedenti il ricovero e nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, rese necessarie dalla malattia e/o infortunio che ha determinato il ricovero stesso.

La garanzia per anno assicurativo per dipendente o per dipendente e nucleo dei beneficiari è prestata senza applicazione di scoperto né di franchigia fino ad un massimo di € 120.000,00, a cui viene applicato un limite di € 105.000,00 per il rimborso delle spese sostenute in caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A.

Tale garanzia è prestata:

- a secondo rischio rispetto a quanto previsto dall'art. 4, lettera a), punto 1 dell'allegato n. 5 al CCNL 17.9.2007 relativamente al dipendente ed ai beneficiari così come definiti all'art. 3 dell'allegato citato;
- a primo rischio per gli eventuali coniuge o convivente e/o figli conviventi e/o genitori conviventi non rientranti tra i beneficiari di cui al precedente punto.

Le spese per le prestazioni erogate durante il ricovero vengono liquidate:

- direttamente da Unisalute S.p.A. in caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato;
- in forma rimborsuale in caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A.

Per gli altri beneficiari non rientranti fra quelli indicati dall'art. 3 dell'allegato n. 5 al CCNL 17.9.2007, si precisa che le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% fino ad un massimo di € 5.000,00 a carico dell'interessato in caso di:

- utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute S.p.A., qualora non venga preventivamente evidenziato alla stessa il convenzionamento in essere, tranne per i ricoveri urgenti e non programmati;
- ricovero presso le strutture indicate nell'apposito elenco di cui all'allegato n. 8.

In alternativa al rimborso delle spese durante il ricovero, con esclusione quindi di quelle sostenute nei 90 giorni precedenti al ricovero e nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, viene riconosciuta una diaria giornaliera di € 120,00 (centoventi/00) per ogni giorno di ricovero che comporti il pernottamento o di € 60,00 (sessanta/00) in caso di ricovero in regime di day hospital o day surgery.

b - RICOVERI E/O ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI

Secondo le condizioni riportate nel punto 3.2 dell'allegato n. 8, vengono garantite le spese relative al ricovero in istituto di cura e/o per interventi chirurgici - diversi da quelli previsti al punto a) - da chiunque prestati anche in regime di attività libero professionale e/o ambulatoriale e le spese effettuate nei 90 giorni precedenti il ricovero e/o intervento e nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero e/o all'intervento, rese necessarie dalla malattia e/o infortunio che ha determinato il ricovero e/o intervento stesso.

La garanzia per anno assicurativo per dipendente o per dipendente e nucleo dei beneficiari è prestata fino ad un massimo di € 80.000,00 a cui viene applicato un limite € 27.000,00 per il rimborso delle spese sostenute in caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A.

Tale garanzia è prestata:

- a secondo rischio rispetto a quanto previsto dall'art. 4, lettera a), punti 2 e 3 dell'allegato n. 5 al CCNL 17.9.2007 relativamente al dipendente ed ai beneficiari così come definiti all'art. 3 dell'allegato citato;
- a primo rischio per gli eventuali coniuge o convivente e/o figli conviventi e/o genitori conviventi non rientranti tra i beneficiari di cui al precedente punto.

Le spese per le prestazioni erogate durante il ricovero vengono liquidate:

- direttamente da Unisalute S.p.A. in caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato;
- in forma rimborsuale in caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A.

Per gli altri beneficiari non rientranti fra quelli indicati dall'art. 3 dell'allegato n. 5 al CCNL 17.9.2007, si precisa che:

- nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A., le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia fissa di € 260,00. In caso di interventi ambulatoriali, la franchigia fissa è ridotta a € 100,00 ovvero si applica uno scoperto del 20% qualora il costo dell'intervento sia inferiore a € 500,00;
- in caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale non verrà applicata alcuna franchigia per il trattamento alberghiero (così detta differenza di classe per camera singola);
- le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 200,00 in caso di:
 - utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute S.p.A., qualora non venga preventivamente evidenziato alla stessa il convenzionamento in essere tranne per i ricoveri urgenti e non programmati;
 - ricovero presso le strutture indicate nell'apposito elenco di cui all'allegato n. 8.

In caso di parto non cesareo, si precisa che, secondo le condizioni riportate nel punto 3.2.3.2 dell'allegato n. 8, vengono garantite le spese relative al ricovero, quelle effettuate nei 90 giorni precedenti il ricovero e due visite mediche specialistiche di controllo effettuate nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero.

Nell'ambito dei massimali di cui sopra, il limite per il rimborso delle spese sostenute in caso di parto non cesareo previsto dal CCNL sarà elevato complessivamente a € 6.000,00, ridotto a € 3.000,00 in caso di parto non cesareo a domicilio.

Con riferimento alle metodiche per la procreazione assistita, si precisa che vengono garantite le spese relative al ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale e quelle ad esso connesse effettuate nei 90 giorni precedenti il ricovero stesso.

Il Gruppo si attiverà per sottoscrivere apposite convenzioni in relazione alle metodiche per la procreazione assistita con strutture sanitarie private, presso le quali non viene previsto alcun rimborso delle spese a carico dell'Impresa.

In alternativa al rimborso delle spese durante il ricovero, con esclusione quindi di quelle sostenute nei 90 giorni precedenti al ricovero e nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, viene riconosciuta una diaria giornaliera di € 120,00 (centoventi/00) per ogni giorno di ricovero che comporti il pernottamento o di € 60,00 (sessanta/00) in caso di ricovero in regime di day hospital o day surgery o OBI.

La garanzia in esame non comprende, tra l'altro, le spese sostenute per:

- ricoveri o interventi chirurgici con finalità estetiche, salvo quelli di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio con certificazione attestata da certificato di Pronto Soccorso o a seguito di interventi demolitivi per gravi patologie;
- prestazioni rese da uno specialista in odontoiatria o in ortodonzia non rese necessarie da infortunio e, in ogni caso, le protesi dentarie;
- interventi chirurgici relativi all'implantologia dentaria eseguiti anche in ambito ambulatoriale.

c - MALATTIE ONCOLOGICHE E GRAVI MALATTIE

Vengono garantite secondo le condizioni riportate al punto 4 dell'allegato n. 8 le spese relative alle terapie connesse a malattie oncologiche, coronaropatia, ictus cerebrale, infarto del miocardio, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, trapianti di organi vitali ed aids conclamato, politraumatismi gravi che non necessitino di intervento chirurgico

o per cui questo sia al momento controindicato, morbo di Parkinson o insufficienza renale che necessiti di dialisi.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 25.000,00 per anno assicurativo per dipendente o per dipendente e nucleo dei beneficiari.

Tale garanzia è prestata:

- a secondo rischio rispetto a quanto previsto dall'art. 4, lettera a), punto 4, 5° alinea dell'allegato n. 5 al CCNL 17.9.2007 relativamente al dipendente e ai beneficiari, così come definiti all'art. 3 dell'allegato citato;
- a primo rischio per gli eventuali coniuge o convivente e/o figli conviventi e/o genitori conviventi non rientranti tra i beneficiari di cui al precedente punto.

d - CURE ODONTOIATRICHE ED ORTODONTICHE

Vengono garantite le spese relative a cure odontoiatriche ed ortodontiche, acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche, visite odontoiatriche o ortodontiche, esami ed accertamenti diagnostici di odontoiatria e ortodonzia.

La garanzia per anno assicurativo per dipendente è prestata fino ad un massimo di € 3.400,00, a cui viene applicato un limite € 3.000,00 per il rimborso delle spese sostenute in caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A.

Il massimale per anno assicurativo e per il complesso delle prestazioni riferite al dipendente e al nucleo dei beneficiari è elevato:

- a € 3.700,00 per un ulteriore assicurato, a cui viene applicato un limite di € 3.300,00 per il rimborso delle spese sostenute in caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A.;
- a € 4.000,00 per due ulteriori assicurati, a cui viene applicato un limite di € 3.600,00 per il rimborso delle spese sostenute in caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A.;
- a € 4.300,00 per tre o più ulteriori assicurati, a cui viene applicato un limite di € 3.900,00 per il rimborso delle spese sostenute in caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A.

Tale garanzia è prestata:

- a secondo rischio rispetto a quanto previsto dall'art. 4, lettera a), punto 5 dell'allegato n. 5 al CCNL 17.9.2007 relativamente al dipendente e ai beneficiari, così come definiti all'art. 3 dell'allegato citato;
- a primo rischio per gli eventuali coniuge o convivente e/o figli conviventi e/o genitori conviventi non rientranti tra i beneficiari di cui al precedente punto.

Le spese vengono garantite secondo le seguenti modalità:

- rimborso integrale dei tickets sanitari, qualora il beneficiario si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale;
- pagamento diretto integrale da parte di Unisalute, qualora il beneficiario si avvalga di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute S.p.A.;
- rimborso integrale qualora i beneficiari - così come definiti all'art. 3 dell'allegato n. 5 al CCNL 17.9.2007 - si avvalgano di strutture sanitarie e di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A.
- rimborso con l'applicazione di uno scoperto del 10%, qualora gli altri beneficiari – diversi dal dipendente e dai suoi familiari a carico, così come definiti all'art. 3 dell'allegato n. 5 al CCNL 17.9.2007 - si avvalgano di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A.

e - VISITE MEDICHE, ESAMI DIAGNOSTICI, OCCHIALI, PROTESI, PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE, PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE, PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE E MEDICINALI

Vengono garantite le spese relative a:

- visite mediche, ad esclusione di quelle finalizzate all'emissione di certificati a pagamento;
- esami ed accertamenti diagnostici, con prescrizione medica per le prestazioni ad alta diagnostica, così come definiti nel seguente elenco:
 - diagnostica radiologica (eccetto mammografia);
 - doppler;
 - elettroencefalografia;

- endoscopia;
 - gastroendoscopia digestiva;
 - mineralogia ossea computerizzata;
 - risonanza magnetica nucleare;
 - scintigrafia;
 - TAC;
 - urografia.
- check-up tramite rete convenzionata Unisalute S.p.A.;
 - acquisto per occhiali (montatura e lenti correttive) o lenti a contatto, in caso di modifica del visus certificata da medico oculista o da centri ottici autorizzati;
 - acquisto, noleggio o riparazione di protesi acustiche, protesi ortopediche, protesi oculari, carrozzelle o stampelle;
 - prestazioni fisioterapiche, a seguito di malattia o infortunio, prescritte da medico di “base” o da medico specialista afferente alla prestazione e rese necessarie a fini riabilitativi, posturali o antalgici, quali agopuntura e trattamenti chiropratici, osteopatici, chinesiolgici e logopedici.

Le prestazioni devono essere effettuate da personale medico e paramedico abilitato in terapia della riabilitazione o in trattamenti antalgici o posturali, il cui titolo sia attestato o allegato nel documento di spesa ovvero presso centri medici abilitati.

Sono escluse dalla garanzia le prestazioni non riabilitative con finalità estetica e quelle fatturate da centri medici non abilitati;

- prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche prescritte da medico di “base” o da medico specialista afferente alla prestazione ed effettuate da psichiatra o da psicoterapeuta o da psicologo iscritto all’albo, nonché trattamenti logopedici prescritti da psichiatra o da neurologo;
- prestazioni infermieristiche prescritte da medico di “base” o da medico specialista afferente alla prestazione ed effettuate da personale infermieristico diplomato, ambulatorialmente o presso il domicilio;
- medicinali, intendendo inclusi anche i dispositivi medici caratterizzati dalla presenza di un principio attivo per cui è prevista la marcatura CE, con prescrizione del medico di “base” o del medico specialista e presentazione dello scontrino fiscale, ai sensi delle disposizioni di legge in materia di detrazioni fiscali

(indicazione espressa della categoria farmaco / descrizione del dispositivo medico e codice fiscale del destinatario).

La prescrizione medica si intende valida fino a 6 mesi dalla data di emissione.

La garanzia per anno assicurativo e per dipendente è prestata fino ad un massimo di € 4.400,00, a cui si aggiunge il pagamento diretto da parte di Unisalute del check up effettuato dal dipendente presso la rete convenzionata della Società secondo quanto riportato nelle condizioni comuni.

Il massimale per anno assicurativo e per il complesso delle prestazioni riferite al dipendente e al nucleo dei beneficiari è elevato ad € 4.700,00 per un ulteriore assicurato, ad € 5.000,00 per due ulteriori assicurati e ad € 5.300,00 per tre o più ulteriori assicurati.

Nell'ambito dei massimali di cui sopra il limite per il rimborso delle spese sostenute:

- in caso di modifica del visus certificata da medico oculista o da centri ottici autorizzati, per l'acquisto per occhiale (montatura e lenti) o lenti a contatto è di € 625,00 per il dipendente e di € 840,00 per il dipendente e il nucleo dei beneficiari;
- per prestazioni fisioterapiche è - per il dipendente ed il nucleo dei beneficiari - di € 2.000,00, a cui viene applicato un sottolimito di € 1.000,00 nel caso in cui non ci si avvalga di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A.;
- per acquisto, noleggio o riparazione di protesi acustiche, protesi ortopediche, oculari, carrozzelle o stampelle è di € 1.500,00 per il dipendente ed il nucleo dei beneficiari;
- per prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche, nonché per trattamenti logopedici prescritti da psichiatra o da neurologo, è di € 3.200,00, elevato ad € 3.500,00 per un ulteriore assicurato, ad € 3.800,00 per due ulteriori assicurati e ad € 4.100,00 per tre o più ulteriori assicurati;
- per prestazioni infermieristiche è di € 500,00 per il dipendente ed il nucleo dei beneficiari;
- per i medicinali / dispositivi medici caratterizzati dalla presenza di un principio attivo per cui è prevista la marcatura CE è di € 400,00 per il dipendente ed il nucleo dei beneficiari.

Per il periodo di gravidanza per il dipendente ed il nucleo dei beneficiari è previsto un massimale aggiuntivo di € 400,00 per visite specialistiche e per esami ed accertamenti diagnostici ad essa correlati.

Le spese vengono garantite secondo le seguenti modalità:

- rimborso integrale dei tickets sanitari, qualora il beneficiario si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale;
- pagamento diretto integrale da parte di Unisalute, qualora il beneficiario si avvalga di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute S.p.A.;
- rimborso integrale qualora il dipendente si avvalga di strutture sanitarie e di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A.
- rimborso con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 15,00 per fattura, qualora i beneficiari diversi dal dipendente si avvalgano di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A. Il minimo non indennizzabile non si applica per il rimborso dei medicinali.

La garanzia non comprende, tra l'altro, le spese sostenute per:

- visite odontoiatriche o ortodontiche;
- esami ed accertamenti diagnostici di odontoiatria e ortodonzia.

f - ALTRE PRESTAZIONI

Con riferimento al rimborso delle spese extraospedaliere previsto all'interno del punto 4 dell'art. 4 dell'allegato n. 5 al CCNL 17.9.2007 relativamente ai beneficiari così come definiti all'art. 3 dell'allegato n. 5 al CCNL 17.9.2007, si precisa che:

- sarà effettuato il pagamento diretto integrale da parte di Unisalute, qualora ci si avvalga di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute S.p.A.;
- in aggiunta all'acquisto / noleggio di apparecchi protesici, si considera ricompreso il rimborso dei plantari ortopedici, qualora il beneficiario documenti una dismetria degli arti inferiori superiore alla misura indicata nell'allegato 8 del presente CIA.

3) CRITERI DI ADESIONE E DI INTERRUZIONE DELLE COPERTURE

I dipendenti che intendono avvalersi della copertura per se stessi e per il nucleo dei beneficiari dovranno darne comunicazione all'azienda tramite apposito modulo. La sospensione delle coperture e le variazioni del nucleo dei beneficiari potranno essere effettuate entro e non oltre la data di scadenza annuale della polizza, fatta eccezione per gli inserimenti in corso d'anno legati a nascite e/o matrimoni e/o convivenze.

Per i neonati la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia, sempre che questa venga comunicata alla Cassa entro 90 giorni dall'evento.

In caso di cessazione del rapporto di lavoro in corso d'anno, tutte le coperture sanitarie restano valide fino alla prima scadenza annuale per l'interno nucleo assicurato.

4) ULTRATTIVITA'

Le prestazioni previste dal CCNL in tema di ultrattività vengono riconosciute per un ulteriore periodo di 3 anni aggiuntivo rispetto all'arco temporale definito dal CCNL stesso, senza contributo.

CONDIZIONI COMUNI ALLE COPERTURE SANITARIE PER TUTTI I DIPENDENTI

1. Per i grandi interventi chirurgici e per i ricoveri e/o altri interventi chirurgici in caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A., può essere richiesto un anticipo sulla liquidazione delle spese rimborsabili, a fronte di presentazione di preventivo, fino alla concorrenza delle spese previste, purché nei limiti del massimale di polizza, previa esibizione di certificazione medica provvisoria dell'Istituto di Cura in cui si attesti la previsione di ricovero nonché la natura della malattia o dell'infortunio. Tale anticipo viene 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.
2. Le Parti condividono di istituire un gruppo di lavoro di natura tecnica, composto da un numero massimo di 5 membri designati dall'Impresa e da due membri per ogni organizzazione sindacale aziendale, con l'obiettivo di analizzare eventuali problematiche connesse all'applicazione del dettame contrattuale e delle condizioni di polizza relative alle coperture sanitarie disciplinate nel presente CIA e di individuare le soluzioni praticabili.
I livelli qualitativi di erogazione del servizio sono riportati nell'allegato 9.
La Commissione effettuerà annualmente anche una verifica dell'andamento dei sinistri infortuni (professionali ed extraprofessionali) e della IPM con gli stessi obiettivi già indicati nel presente paragrafo per le coperture sanitarie.
3. Qualora non risulti convenzionata una casa di cura, un poliambulatorio o un centro odontoiatrico entro un raggio di 30 Km dalla sede di lavoro del dipendente, al rimborso delle spese sostenute verranno applicati gli scoperti e le franchigie previste dalla garanzia per le prestazioni in strutture sanitarie convenzionate e con personale medico convenzionato.
In tal senso Unisalute si impegna ad estendere ulteriormente la propria rete di strutture sanitarie convenzionate.
Le Parti concordano che il gruppo di lavoro di natura tecnica affronterà le problematiche specifiche relative al presente punto con l'intento di risolverle.

CHECK-UP:

Unisalute provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni comuni per donne e uomini

- ESAMI DEL SANGUE GENERALI
 - Alanina aminotransferasi ALT
 - Aspartato Aminotransferasi AST
 - calcemia
 - colesterolo (HDL, LDL e totale)
 - creatinina
 - esame emocromocitometrico e morfologico completo
 - fosforemia
 - gamma GT
 - glicemia
 - Q. proteico elettroforetico
 - trigliceridi
 - tempo di tromboplastina parziale
 - tempo di protrombina (PT)
 - urea
 - VES
- ESAMI DEL SANGUE SPECIFICI PER LA TIROIDE: FT3, FT4, TSH
- ESAMI DELLE URINE: esame chimico, fisico e microscopico
- ESAMI DELLE FECEI: ricerca del sangue occulto
- VISITA CARDIOLOGICA + ECG
- ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE E INFERIORE

Prestazione specifica per le donne

A scelta, una fra le seguenti consulenze:

- VISITA GINECOLOGIA + PAP TEST
- VISITA SENOLOGICA + ECOGRAFIA DEL SENO o MAMMOGRAFIA (ogni 2 anni) per le donne con più di 40 anni d'età

Prestazione specifica per gli uomini

VISITA UROLOGICA + esame del sangue per PSA, a cui si aggiunge esame del sangue per PSA free per gli uomini con più di 45 anni d'età

Elenco strutture escluse dal rimborso in caso di ricovero

STRUTTURA	INDIRIZZO	LOCALITA'	PROVINCIA
POLICLINICO MANGIAGALLI	VIA DELLA COMMENDA	MILANO	MILANO
CASA DI CURA LA MADONNINA	VIA QUADRONNO, 29	MILANO	MILANO
VILLA MAFALDA	VIA MONTE DELLE GIOIE, 5	ROMA	ROMA
AZIENDA OSPEDALIERA - ISTITUTO ORTOPEDICO GAETANO PINI	P.ZZA FERRARI, 1	MILANO	MILANO

Art. 39

ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE

L'applicazione delle coperture per il caso di malattia o infortunio che risolve il rapporto di lavoro e per le spese assistenziali per persone diversamente abili e tossicodipendenti, è prevista - tramite sottoscrizione di polizza collettiva - per i dipendenti a tempo indeterminato, in caso di iscrizione del dipendente alla Cassa di Assistenza.

L'applicazione delle coperture Infortuni professionali, Infortuni extra professionali, Invalidità Permanente da Malattia e Vita Caso Morte è prevista – sotto forma di risarcimento diretto tramite la competente funzione aziendale – per i dipendenti a tempo indeterminato.

Le coperture hanno effetto a partire dall'1/1/2017 fatto salvo la decorrenza temporale diversa indicata all'interno del punto D) e hanno durata annuale. Fino al 31/12/2016 restano in vigore le garanzie e le condizioni in essere alla data di stipulazione del presente CIA.

In caso di cessazione del rapporto di lavoro la scadenza di tutte le coperture coincide con la data di cessazione del rapporto stesso.

Le coperture comprese nel seguente articolo non sono cumulabili, ai fini della liquidazione dei sinistri, con analoghi trattamenti previsti da norme di Legge e/o CCNL.

Per quanto non espressamente indicato valgono le condizioni riportate negli specifici allegati.

A. INFORTUNI

A.1) Professionali

La garanzia riguarderà gli infortuni subiti dai Dipendenti durante l'attività lavorativa.

Per il Dipendente la copertura, limitata ai casi Morte ed Invalidità Permanente, sarà prestata fino alla concorrenza delle seguenti somme:

- 1) In caso di Morte, per una somma corrispondente a 6 volte la retribuzione annua lorda da liquidarsi ai beneficiari designati o, in mancanza di designazione, agli aventi diritto.
- 2) In caso di Invalidità Permanente, fino ad una somma corrispondente a 7 volte la retribuzione annua lorda.
 - 2.1) I postumi invalidanti saranno determinati sulla base delle percentuali stabilite dalla tabella annessa al T.U. delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro approvato con D.P.R. n. 1124 del 30.06.1965 e successive modificazioni.
 - 2.2) Si precisa che in caso di Invalidità Permanente di grado superiore al 60% e tale da non consentire la prosecuzione del rapporto di lavoro, la somma oggetto di copertura verrà corrisposta per intero con rinuncia al periodo di preavviso.
- 3) Agli effetti di quanto precede:
 - la retribuzione annua lorda sarà computata secondo i criteri per il calcolo del trattamento di fine rapporto stabiliti dal vigente CCNL per il personale dipendente da Imprese di Assicurazione;
 - le condizioni generali e particolari della garanzia sono quelle di cui all'allegato 10.
- 4) Verrà messo a disposizione un massimale annuo pari a € 1.200,00 per "Rimborso spese di cura" conseguenti ad infortunio professionale con rimborso integrale delle spese sostenute.

Si precisa che verranno ricompresi tra gli infortuni professionali gli eventi verificatisi durante il normale tragitto, dall'abitazione al posto di lavoro e viceversa, per il tempo necessario allo scopo. Tale tipologia di infortuni deve essere denunciata all'azienda nei termini di legge.

A.2) Extra Professionali

La garanzia riguarderà gli infortuni subiti dai Dipendenti in occasione di attività non lavorativa. Per il Dipendente la copertura, limitata ai casi Morte ed Invalidità Permanente, sarà prestata fino alla concorrenza delle seguenti somme:

- 1) In caso di Morte, per una somma corrispondente a 6 volte la retribuzione annua lorda da liquidarsi ai beneficiari designati o, in mancanza di designazione, agli aventi diritto.
- 2) In caso di Invalidità Permanente, fino ad una somma corrispondente a 7 volte la retribuzione annua lorda:
 - 2.1) I postumi invalidanti saranno determinati sulla base delle percentuali stabilite dalla tabella annessa al T.U. delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro approvato con D.P.R. n. 1124 del 30.06.1965 e successive modificazioni.
 - 2.2) Si precisa che in caso di Invalidità Permanente di grado superiore al 60% e tale da non consentire la prosecuzione del rapporto di lavoro, la somma oggetto di copertura verrà corrisposta per intero con rinuncia al periodo di preavviso.
 - 2.3) In caso di infortunio avvenuto non in occasione di lavoro l'indennizzo per Invalidità Permanente sarà liquidato tenendo conto di una franchigia relativa del 4%.

A fronte del pagamento di un premio annuo di € 50,00, il dipendente può sottoscrivere una copertura assicurativa, affinché - nei casi di invalidità superiore al 1% e fino al 4% - l'infortunio sia liquidato sul capitale fisso di €. 90.000,00.
- 3) Agli effetti di quanto precede: la retribuzione annua sarà computata secondo i criteri per il calcolo del trattamento di fine rapporto stabiliti dal vigente CCNL per il personale dipendente da Imprese di Assicurazione; le condizioni generali e particolari della garanzia sono quelle di cui all'allegato 10.

A.3) Diaria "Gesso/Mezzo di contenzione"

Con riferimento alle coperture Infortuni Professionali ed Extra Professionali, si precisa che per tutti i dipendenti, è prevista la corresponsione di una diaria "Gesso/Mezzo di contenzione" secondo la definizione di cui all'allegato 10 per un ammontare pari a € 67,00 al giorno.

B. INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

E' prevista la corresponsione di una somma in caso di invalidità permanente da malattia, per il solo dipendente, alle seguenti condizioni:

- In caso di invalidità pari o inferiore al 25%:
non è prevista la corresponsione di alcuna somma.

- In caso di invalidità fra il 26% ed il 65%:
la somma da erogare sarà determinata seconda la tabella di determinazione dell'indennizzo riportata al termine del presente capitolo, con riferimento ad un capitale di € 120.000,00 per il personale impiegatizio o addetto al call center / € 220.000,00 per i funzionari.

- In caso di invalidità pari o superiore al 66%:
Opzione fra:
 - indennizzo pari al 100% del capitale fisso corrispondente a € 120.000,00 per il personale impiegatizio o addetto al call center / € 220.000 per i funzionari;
 - risoluzione consensuale del rapporto di lavoro con rinuncia al periodo di preavviso e con riconoscimento di un indennizzo pari a 7 volte la RAL, che:
 - in caso di dipendente con età inferiore ai 45 anni, sarà maggiorato del 20%;
 - in caso di dipendente con età superiore a 60 anni, sarà ridotto di una percentuale pari al 15% per ogni anno successivo al 60° e fino al 65°.

In caso di invalidità pari o superiore a 80% con riconoscimento di pensione di inabilità INPS si prevede la risoluzione consensuale del rapporto di lavoro alle condizioni sopra riportate.

Si precisa che l'età di riferimento è da intendersi quella raggiunta dal dipendente, avendo riguardo alla data della denuncia; si precisa altresì che, qualora al termine dell'iter di valutazione del danno ricorressero i presupposti per il riconoscimento dell'indennizzo, la RAL presa a riferimento per la Determinazione del capitale sarà quella risultante alla data della denuncia.

Sono escluse le patologie insorte antecedentemente alla data del 31/12/2016 per le quali continuerà ad applicarsi la disciplina in essere alla data di stipulazione del presente CIA.

Le condizioni di copertura sono riportate nell'allegato 11.

C. VITA CASO MORTE

In caso di decesso di un dipendente per causa diversa da infortunio, ciascuna impresa si impegna a garantire direttamente a titolo di risarcimento l'erogazione di una somma corrispondente a 3 volte la retribuzione annua lorda da liquidarsi ai beneficiari designati o, in mancanza di designazione, agli aventi diritto, con un minimo di € 80.000,00 per il Personale impiegatizio o addetto al call center e di € 145.000,00 per i funzionari.

Se il dipendente ha un'età superiore ai 55 anni, la somma corrispondente a 3 volte la retribuzione annua lorda viene ridotta di un capitale pari a 1 mensilità per ogni anno di età compreso fra i 56 anni e i 67 anni fino ad un massimo di 12 mensilità. Per mensilità si intende 1/12 della retribuzione annua lorda in atto al momento del decesso.

D. CASO DI MALATTIA O INFORTUNIO CHE RISOLVE IL RAPPORTO DI LAVORO

Questo istituto garantisce al solo dipendente la liquidazione di una somma pari a due volte la retribuzione annua lorda nel caso in cui l'impresa risolva il rapporto di lavoro per il raggiungimento del massimo periodo di comporto previsto dal CCNL a causa di malattia (sia per invalidità permanente sia per morbidità) o infortunio, a condizione che il fatto morboso o l'infortunio abbia avuto inizio dopo il periodo di prova e che la fattispecie non sia riconducibile alle previsioni di indennizzo di cui alle coperture precedenti.

La liquidazione è effettuata in parte sotto forma di indennizzo e in parte sotto forma di indennità sostitutiva del preavviso prevista dal CCNL in caso di cessazione del rapporto di lavoro per il superamento del periodo di comporto a causa di malattia o infortuni.

Per il personale cui si applicava il CIA Fonsai 24/6/2010 tale copertura ha effetto a far data dall'1/7/2016.

E. SPESE ASSISTENZIALI PER PERSONE DIVERSAMENTE ABILI E TOSSICODIPENDENTI

La garanzia è rivolta al:

- dipendente, per la cui persona sussistono le condizioni di applicazione dei commi I (condizione di handicap) o III (condizione di handicap grave) della legge 104/1992;

- familiare cui si applica il comma III (condizione di handicap grave) della legge 104/1992;

- familiare cui si applica il comma I (condizione di handicap) della legge 104/1992 e che rientra fra i beneficiari delle coperture sanitarie di cui al presente CIA.

Fino alla concorrenza massima di € 1.300,00 per anno assicurativo per dipendente o per dipendente e nucleo dei beneficiari vengono rimborsate le spese necessarie all'assistenza dei portatori di handicap o all'acquisto di beni strumentali connessi alla patologia.

Le spese sostenute dal dipendente o dal beneficiario della suddetta garanzia devono essere documentate tramite regolare attestazione ai fini fiscali, ivi compresi eventuali buoni lavoro o voucher lavoro emessi dall'INPS, ovvero da parte di chi ha effettuato il servizio di assistenza alla persona.

Nei limiti del massimale di cui sopra, la copertura è estesa anche ai dipendenti e familiari conviventi cui si applica il primo ed il secondo comma dell'art. 57 del CCNL per i casi di tossicodipendenza attestata dall'apposito servizio pubblico.

Art. 40
COPERTURA KASKO, INCENDIO, FURTO,
EVENTI ATMOSFERICI, EVENTI SOCIO-POLITICI E CRISTALLI

Le garanzie hanno effetto a partire dall'1/1/2017 e scadono il 31/12/2018.

I dipendenti che utilizzano l'auto durante l'effettuazione delle trasferte per servizio sono coperti da una polizza kasko e da un'assicurazione contro i danni subiti in caso di incendio, furto, eventi atmosferici, eventi socio-politici e cristalli.

La franchigia fissa per la copertura kasko a carico del dipendente è di:

- € 44,00 fino a 14 HP
- € 62,00 da 15 a 18 HP
- € 82,00 oltre i 18 HP

Per i dipendenti con funzioni esterne ai sensi della Nota a verbale di cui all'art. 101 del CCNL ANIA del 17/9/2007, così come definiti al punto c) dell'art. 32 del presente CIA ("Rimborsi Spese"), la copertura kasko, incendio, furto, eventi atmosferici, eventi socio-politici e cristalli con le medesime franchigie vale per tutti giorni dell'anno, mediante un contributo annuo di € 35,00.

Fino al 31/12/2016 restano in vigore le garanzie e le condizioni in essere alla data di stipulazione del presente CIA.

V. PARTE

PERSONALE INQUADRATO NELLA DISCIPLINA SPECIALE PARTE TERZA CCNL (CALL CENTER)

Art. 41

PERSONALE INQUADRATO NELLA DISCIPLINA SPECIALE PARTE TERZA DEL CCNL (CALL CENTER)

a) **APPLICAZIONI SPECIFICHE**

Al personale inquadrato nella disciplina speciale parte terza del CCNL non si applicano i punti a), b), d), e) dell'art. 14 del presente CIA.

b) **PERCORSI DI INSERIMENTO**

Per l'inserimento in pianta stabile di personale nei Call Center si prevede un apposito iter di inserimento. Le persone selezionate prenderanno parte ad un apposito periodo di addestramento professionale al termine del quale il personale valutato idoneo sarà assunto nel Call Center con contratto a tempo determinato della durata di norma di 6 mesi, senza applicazione del periodo di prova, cui farà seguito la conferma dell'assunzione a tempo indeterminato ove ricorrano esigenze di incremento di organico.

La durata del periodo di addestramento professionale è definita secondo quanto riportato nell'allegato 12 sulle discipline specifiche delle singole imprese.

c) **DIVERSIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ**

Fermo restando quanto previsto dal CCNL per il personale operante nei Call Center di vendita di prodotti assicurativi standardizzati, per gli operatori inquadrati nella sezione prima della disciplina speciale parte terza del CCNL si ricercherà, compatibilmente con i servizi e le specifiche funzioni del Call Center, la diversificazione delle attività tra l'attività telefonica e le attività non telefoniche. Le modalità di diversificazione delle attività sono definite secondo quanto riportato nell'allegato 12 sulle discipline specifiche delle singole imprese.

d) **TURNI DI LAVORO**

Fermo restando quanto previsto dall'art. 169 del CCNL ANIA del 17/9/2007 e dall'art. 13 del presente CIA in materia di orario di lavoro, l'impresa assegnerà un turno fisso al lavoratore, se:

- è iscritto al collocamento obbligatorio;
- fruisce dei permessi di cui alla Legge 104/1992;
- è in stato di gravidanza;
- fruisce dei riposi giornalieri previsti dal Testo Unico sulla Maternità.

L'assegnazione avverrà a fronte di richiesta del lavoratore e riguarderà un turno già applicato nella società in cui presta servizio.

A fronte di comprovate situazioni personali e familiari di particolare gravità manifestate dalla lavoratrice/lavoratore e compatibilmente con le esigenze tecnico-organizzative e produttive aziendali, l'Impresa conferma la propria disponibilità ad assegnare in via temporanea un turno fisso di lavoro.

e) **CAMBI DI TURNO**

Sarà possibile richiedere cambi di turno giornalieri tra lavoratori inquadrati nella disciplina speciale parte terza anche per regimi d'orario non uniformi.

Compatibilmente con i servizi, le specifiche funzioni e le esigenze di copertura del servizio del Call Center, l'Impresa per particolari necessità riconoscerà un cambio di turno, anche quando non è stato determinato l'avvicendamento con un altro lavoratore. Una volta concordato il cambio turno di norma non può essere modificato.

f) **CONDIZIONI PARTICOLARI DI ORARIO**

Condizioni particolari di orario sono definite secondo quanto riportato nell'allegato 12 sulle discipline specifiche delle singole imprese.

g) **Al personale inquadrato nella sezione seconda della disciplina speciale parte terza del CCNL e ai "coordinatori di team di addetti" del Call Center di Linear sarà applicato un trattamento provvisorio che sarà oggetto di confronto con le OO.SS.AA. secondo i tempi previsti dall'art. 3 del CIA e ai sensi dell'art. 174 del vigente CCNL.**

In tal senso le Parti si impegnano ad incontrarsi entro 6 mesi dalla data di sottoscrizione del presente CIA.

h) **ORARIO DI SERVIZIO DI LINEAR IL SABATO POMERIGGIO**

Per l'attività lavorativa prestata nei turni di lavoro del sabato pomeriggio sarà corrisposta una maggiorazione del 40% rispetto alla normale retribuzione.

i) **FORMAZIONE**

L'attività formativa per gli operatori dei Call Center è effettuata attraverso specifici momenti d'aggiornamento e di formazione.

La formazione svolta al di fuori del normale orario di lavoro potrà essere retribuita senza alcuna maggiorazione ovvero potrà essere recuperata come permessi fruibili anche a mezze giornate o giornate intere.

j) **INCONTRI PERIODICI FRA IMPRESA E OO.SS.AA.**

Considerata la specificità delle funzioni del Call Center e della conseguente organizzazione del lavoro, si conviene di istituire in sede aziendale incontri a carattere periodico – di norma a cadenza semestrale - o su richiesta di una delle due Parti.

In tale sede aziendale le Parti verificheranno l'impatto delle articolazioni orarie rispetto alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, al fine di valutare eventuali adeguamenti dei turni di lavoro da attuarsi – compatibilmente con le esigenze tecniche e produttive - in sede di rinnovo degli specifici accordi sindacali in essere e in base alle agevolazioni previste dalla normativa tempo per tempo vigente.

VI. DECORRENZA E DURATA

Art. 42

DECORRENZA E DURATA

Il presente Contratto Integrativo Aziendale supera e sostituisce integralmente quelli stipulati in data 24/6/2010 e 8/10/2011 ivi comprese le lettere agli stessi allegati, si applica al personale in effettivo servizio alla data di stipulazione nonché a quello assunto successivamente, ha decorrenza retroattiva a far data dal 16 aprile 2016 salvo quanto eventualmente diversamente previsto nei vari articoli e avrà scadenza il 31 dicembre 2018.

Tale Contratto si intenderà tacitamente rinnovato di anno in anno salvo disdetta scritta da notificare con preavviso di almeno sei mesi e salvo diverse disposizioni derivanti da Leggi o da contrattazione collettiva.

Le Parti, inoltre, si incontreranno qualora insorgessero problematiche interpretative sui singoli istituti.

Allegato 1
(art. 12 - punto b)

Lettera alle OO.SS.

Oggetto: TIMBRATURE

A decorrere dall'1/7/2016 il personale impiegatizio, salvo i responsabili gerarchici ovvero i 6° livello che optano per le due timbrature, deve effettuare le timbrature:

- all'ingresso del mattino
- all'uscita per l'intervallo pranzo
- all'ingresso dopo l'intervallo pranzo
- all'uscita serale

Ogni altro ingresso o uscita andrà registrato mediante timbratura.

Non danno luogo ad incremento del monte ore dei dipendenti le timbrature effettuate:

- prima dell'inizio della fascia di flessibilità in entrata
- dopo il termine della fascia di flessibilità in uscita.

I Funzionari, i 6° livello quadri, i responsabili gerarchici ovvero i 6° livello che hanno optato per le due timbrature, devono effettuare la timbratura all'ingresso del mattino e all'ingresso dopo l'intervallo pranzo.

Conseguentemente, non viene contabilizzata la flessibilità, i permessi da recuperare, il lavoro straordinario dal lunedì al sabato ed il lavoro supplementare dal lunedì al venerdì.

Sarà garantita la presenza - di norma per i Funzionari - in corrispondenza della fascia oraria obbligatoria, coincidente con il periodo intercorrente fra il termine della fascia di flessibilità in ingresso e l'inizio della fascia di flessibilità in uscita, fatto salvo l'intervallo per il pranzo.

Il personale che ha optato per le due timbrature potrà modificare tale scelta con efficacia a decorrere dal 1° gennaio di ogni anno.

Il personale a part time, a prescindere dall'inquadramento, è comunque soggetto alle timbrature ad ogni ingresso e uscita.

Allegato 2
(art. 12 - punto b)

ORARIO DI LAVORO ASSISTENZA DI 1° LIVELLO AGENZIE
(EX CUSTOMER CARE)

A far data dall'1/7/2016 per i dipendenti operanti presso la struttura "Assistenza di 1° livello Agenzie" (ex Customer Care) si applica la seguente disciplina in materia di orario di lavoro.

Fino al 30/6/2016 restano in vigore le condizioni in essere alla data di stipulazione del presente CIA.

ORARIO DI RIFERIMENTO CONTRATTUALE

- dal lunedì a giovedì: dalle 8.30 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 17.30
- il venerdì: dalle 8,30 alle 13.30

FLESSIBILITA' D'ORARIO:

- dal lunedì al giovedì dalle 8.30 alle 9.45 in entrata
dalle 17.30 alle 19.00 in uscita
- il venerdì dalle 8.30 alle 9.45 in entrata
dalle 13.00 alle 14.00 in uscita
- giornate semifestive dalle 8.30 alle 9.45 in entrata

INTERVALLO:

Periodo non inferiore a 30 minuti ed incrementato fino ad un periodo non superiore ai 90 minuti nella fascia oraria compresa tra dalle 12.45 alle 14.15.

MONTE ORE FLESSIBILE:

Non può in ogni caso superare le 13 ore in eccesso e le 10 ore in difetto.

Allegato 3
(art. 12 - punto b)

Lettera alle OO.SS.

Oggetto: condizioni particolari di flessibilità d'orario

A fronte di comprovate e particolari ragioni personali o familiari, che possono essere anche correlate ad esigenze di pendolarismo, l'Impresa potrà accordare deroghe individuali ai regimi di flessibilità d'orario definiti nel CIA sottoscritto in data 13/5/2016.

Allegato 4
(art. 13 - punto a)

ORARIO DI LAVORO CENTRALINO

L'applicazione del presente allegato avviene a far data dall'1/7/2016. Fino al 30/6/2016 restano in vigore le condizioni in essere alla data di stipulazione del presente CIA.

Gli orari giornalieri di lavoro degli addetti al centralino sono articolati come segue:

Centralinisti

dal lunedì al giovedì	dalle ore 8.00	alle ore 12.00	e	dalle ore 13.00	alle ore 17.00
	dalle ore 8.30	alle ore 12.30		dalle ore 13.30	alle ore 17.30
	dalle ore 9.00	alle ore 13.00	e	dalle ore 14.00	alle ore 18.00
al venerdì	dalle ore 8.00	alle ore 13.00			
	dalle ore 8.30	alle ore 13.30			

Gli addetti al centralino usufruiranno di 20 minuti di pausa retribuita giornaliera (10 al mattino e 10 al pomeriggio) dal lunedì al giovedì; la pausa nella giornata di venerdì è di 10 minuti.

Allegato 5

(art. 14 - punto a)

PART TIME: schemi orari di riferimento

20 ORE

ORIZZONTALE	
5 giornate da 4 ore	8.30 - 12.30 o 13.30 - 17.30

22,5 ORE

ORIZZONTALE	
5 giornate da 4 ore e 30 min	8.30 - 13.00

24 ORE

VERTICALE	
3 giornate da 8 ore	8.30 - 12.30 / 13.30 - 17.30

25 ORE

ORIZZONTALE	
5 giornate da 5 ore	8.30 - 13.30

28 ORE

MISTO	
2 giornate da 8 ore	8.30 - 12.30 / 13.30 - 17.30
3 giornate da 4 ore	8.30 - 12.30

ORIZZONTALE	
4 giornate da 6 ore	8.30 - 12.30 / 13.30 - 15.30
1 giornata da 4 ore	8.30 - 12.30

30 ORE

MISTO	
2 giornate da 8 ore	8.30 - 12.30 / 13.30 - 17.30
2 giornate da 5 ore	8.30 - 13.30
1 giornata da 4 ore	8.30 - 12.30

ORIZZONTALE	
5 giornate da 6 ore	8.30 - 12.30 / 13.30 - 15.30

Allegato 6 (art. 18)

Con riferimento al personale cui si applicava il CIA Fonsai 24-6-2010, a partire dall'1/1/2017 verrà corrisposto un assegno ad personam non assorbibile pari ad 1 giornata e mezza della propria retribuzione calcolata alla data del 31/12/2015 per il personale ex Fonsai e a 2 giornate della propria retribuzione calcolata alla data del 31/12/2015 per il personale ex Milano.

Allegato 7 (art. 38)

COPERTURE SANITARIE PER TUTTI I DIPENDENTI ESCLUSI FUNZIONARI

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero in Istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico;
- ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico non compreso nell'elenco dei Grandi Interventi e senza intervento chirurgico compreso il parto;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- day-hospital o day-surgery;
- malattie oncologiche e gravi malattie;
- cure odontoiatriche e ortodontiche;
- visite mediche, esami diagnostici, lenti e occhiali, protesi, prestazioni fisioterapiche, prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche, prestazioni infermieristiche, medicinali;
- servizi di consulenza.

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

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con Unisalute
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute
- c) Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei dipendenti cui si applica il CIA Unipol del 13/5/2016, che abbiano accettato l'attivazione della presente copertura e che siano iscritti alla "Cassa di Assistenza dei dipendenti delle imprese del Gruppo Unipol".

La copertura può essere estesa alle seguenti persone:

- familiari fiscalmente a carico, intendendosi per tali le persone per le quali al dipendente vengono riconosciute le detrazioni fiscali;
- coniuge non fiscalmente a carico o convivente risultante da specifica autocertificazione;
- figli, purché conviventi, e figli non a carico né conviventi affidati all'altro genitore per i quali il dipendente sia tenuto a concorrere al mantenimento o figli minori conviventi non a carico che godono solo ed esclusivamente di parte della pensione di reversibilità per genitore deceduto;
- genitori purché conviventi.

Si precisa che può essere indicata un'unica situazione di convivenza e che la stessa deve essere continuativa.

3. AREA RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (di cui all'allegato n. 1)

Unisalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché 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 (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi e apparecchi terapeutici applicati durante l'intervento.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

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

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

e) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi (incluso l'acquisto di piccoli supporti ortopedici o il noleggio di altri supporti o apparecchiature rese necessarie dalla patologia) e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

3.1.1 DAY-HOSPITAL E DAY-SURGERY PER GRANDE INTERVENTO

Nel caso di day-hospital e day-surgery, Unisalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per Grande Intervento Chirurgico" con i relativi limiti in esso indicati.

3.1.2 TRASPORTO

Unisalute rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione.

3.1.3 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, Unisalute liquida le spese previste al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per Grande Intervento Chirurgico" con i relativi limiti in esso indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

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

3.1.4 RIMBORSO SPESE FUNERARIE

In occasione del decesso dell'assicurato conseguente a ricovero per Grande Intervento e avvenuto entro i 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, Unisalute rimborsa le spese funerarie relative.

3.1.5 INDENNITÀ SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso a Unisalute per le prestazioni effettuate in regime di ricovero avrà diritto a un'indennità di €. 120,00 per ogni giorno di ricovero, fermo restando il diritto al rimborso delle spese Pre Ricovero e Post Ricovero di cui al punto 3.1.

In caso di day-hospital o di day-surgery l'indennità erogata per ogni giorno sarà pari a € 60,00.

3.1.6 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per le prestazioni sopraindicate corrisponde a € 120.000,00 per nucleo familiare a cui viene applicato un limite di € 105.000,00 per il rimborso delle spese in caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A.

3.1.7 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati con preventiva attivazione della relativa procedura.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia nel limite del massimale di cui al punto 3.1.6.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute e effettuate da medici non convenzionati o prestazioni effettuate in strutture convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici non convenzionati o prestazioni effettuate in strutture non convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati (cosiddetto "ricovero misto").

In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia nel limite del massimale di cui al punto 3.1.6.

c) Prestazioni in strutture convenzionate con Unisalute, ma senza preventiva attivazione della relativa procedura, con esclusione dei ricoveri urgenti e non programmati oppure presso le strutture di cui all'apposito elenco dell'allegato 2 incluse le prestazioni di pre e post ricovero.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 20% fino ad un massimo di € 5.000,00 a carico dell'interessato.

d) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.1.5 "Indennità Sostitutiva". Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero (così detta differenza di classe per camera singola) o per ticket sanitari, Unisalute rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati", b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici non convenzionati o prestazioni effettuate in strutture convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici non convenzionati o prestazioni effettuate in strutture non convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati (cosiddetto "ricovero misto")", c) "Prestazioni in strutture convenzionate con Unisalute, ma senza preventiva attivazione della relativa procedura, con esclusione dei ricoveri urgenti e non programmati, oppure presso strutture di cui all'apposito elenco dell'allegato 2 incluse le prestazioni di pre e post ricovero".

Qualora il ricovero avvenga in regime di SSN in una delle strutture comprese nell'elenco di cui all'allegato 2, in presenza di richiesta di rimborso delle spese per trattamento alberghiero (così detta differenza di classe per camera singola), le spese sostenute verranno rimborsate integralmente. Nel caso in cui le prestazioni vengano effettuate in libera professione intramuraria verranno applicati agli importi di spesa i limiti di cui alla precedente lettera c).

3.2 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTI CHIRURGICI NON COMPRESI NELL'ELENCO DI CUI ALL'ALLEGATO 1 (ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI) E SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

Unisalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché 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 (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

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

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

e) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi (incluso l'acquisto di piccoli supporti ortopedici o il noleggio di altri supporti o apparecchiature necessarie dalla patologia) e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera),

effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

3.2.1 DAY-HOSPITAL E DAY-SURGERY

Nel caso di day-hospital o day-surgery, Unisalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 3.2 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per Interventi Chirurgici non compresi nell'elenco di cui all'allegato 1 (Elenco Grandi Interventi Chirurgici) e senza intervento chirurgico" con i relativi limiti in esso indicati.

3.2.2 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, Unisalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 3.2 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per interventi chirurgici non compresi nell'elenco di cui all'Allegato 1(Grandi Interventi Chirurgici) e senza intervento chirurgico" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico, c) "Assistenza medica, medicinali, cure", e) "Post-ricovero".

3.2.3 PARTO E ABORTO / PROCEDURE PER LA FERTILITA'

3.2.3.1 PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con Unisalute, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al punto 3.2 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per interventi chirurgici non compresi nell'elenco di cui all'Allegato 1(Grandi Interventi Chirurgici) e senza intervento chirurgico" lett. a) Pre-ricovero, b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza"; e) "Post-ricovero"

3.2.3.2 PARTO NON CESAREO

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con Unisalute, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.2 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per interventi chirurgici non compresi nell'elenco di cui all'Allegato 1(Grandi Interventi Chirurgici) e senza intervento chirurgico" lett. a) Pre-ricovero, b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza"; relativamente alle prestazioni "post-ricovero" vengono garantite due visite mediche specialistiche di controllo effettuate nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 6.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare , sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate, ridotto ad € 3.000,00 in caso di parto non cesareo a domicilio.

3.2.3.3 PROCREAZIONE ASSISTITA

Con riferimento alle metodiche per la procreazione assistita, Unisalute garantisce le spese relative al ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale nonché le spese ad esso connesse sostenute nei 90 giorni precedenti il ricovero stesso.

Presso le strutture sanitarie convenzionate viene attivato un servizio di "Fax assistito" mediante il quale l'interessata, previa richiesta al Call Center di Unisalute potrà ottenere, per le prestazioni inerenti la procreazione assistita, l'applicazione delle tariffe agevolate convenute con Unisalute.

3.2.4 TRASPORTO

Unisalute rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

3.2.5 RIMBORSO SPESE FUNERARIE

In occasione del decesso dell'assicurato conseguente a ricovero e avvenuto entro i 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, Unisalute rimborsa le spese funerarie relative nel limite di € 2.500,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

3.2.6 INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso ad Unisalute per le prestazioni effettuate in regime di ricovero avrà diritto a un'indennità di €. 120,00 per ogni giorno di ricovero, fermo restando il diritto al rimborso delle spese Pre Ricovero e Post Ricovero di cui al punto 3.2.

In caso di day-hospital o di day-surgery o di OBI l'indennità erogata per ogni giorno sarà pari a € 60,00.

3.2.7 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per le prestazioni indicate al punto 3.2 " Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per interventi chirurgici non compresi nell'elenco di cui all'Allegato 1 (Elenco Grandi Interventi Chirurgici) e senza intervento chirurgico" corrisponde a € 80.000,00 sia nel caso di copertura per il solo dipendente sia nel caso di estensione al nucleo familiare.

Nell'ambito del massimale sopra indicato, viene previsto un limite annuo di rimborso di € 27.000,00 valido per il dipendente e per l'intero nucleo familiare qualora venga utilizzata una struttura sanitaria non convenzionata con Unisalute o in presenza del cosiddetto "ricovero misto" (qualora cioè o la struttura sanitaria o il personale medico non siano convenzionati con Unisalute).

3.2.8 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati con preventiva attivazione della relativa procedura.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia nei limiti dei massimali di cui ai punti 3.2.7 "Massimale assicurato" e 3.2.3.2 "Parto non cesareo".

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici non convenzionati o prestazioni effettuate in strutture convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici non convenzionati o prestazioni effettuate in strutture non convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati (cosiddetto "ricovero misto") .

Per il dipendente:

in questo caso le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia nei limiti dei massimali di cui ai punti 3.2.7 "Massimale assicurato" e 3.2.3.2 "Parto non cesareo".

Per i beneficiari inclusi in copertura:

in questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia fissa di € 260,00 nei limiti dei massimali di cui ai punti 3.2.7 "Massimale assicurato" e 3.2.3.2 "Parto non cesareo".

In caso di interventi ambulatoriali, la franchigia fissa è ridotta a € 100,00 ovvero si applica uno scoperto del 20% qualora il costo dell'intervento sia inferiore a € 500,00.

c) Prestazioni in strutture convenzionate con Unisalute, ma senza preventiva attivazione della relativa procedura, con esclusione dei ricoveri urgenti e non programmati oppure presso le strutture di cui all'apposito elenco dell'allegato 2 incluse le prestazioni di pre e post ricovero.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 200,00 nei limiti dei massimali di cui ai punti 3.2.7 "Massimale assicurato" e 3.2.3.2 "Parto non cesareo".

d) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.2.6 "Indennità Sostitutiva". Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero (così detta differenza di classe per camera singola) o per ticket sanitari, Unisalute rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o

pubbliche convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati”, b) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici non convenzionati o prestazioni effettuate in strutture convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici non convenzionati o prestazioni effettuate in strutture non convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati (cosiddetto “ricovero misto”)”, c) Prestazioni in strutture convenzionate con Unisalute, ma senza preventiva attivazione della relativa procedura, con esclusione dei ricoveri urgenti e non programmati, oppure presso strutture di cui all’apposito elenco dell’allegato 2 incluse le prestazioni di pre e post ricovero”.

Qualora il ricovero avvenga in regime di SSN in una delle strutture comprese nell’elenco di cui all’allegato 2, in presenza di richiesta di rimborso delle spese per trattamento alberghiero (così detta differenza di classe per camera singola), le spese sostenute verranno rimborsate integralmente. Nel caso in cui le prestazioni vengano effettuate in libera professione intramuraria verranno applicati agli importi di spesa i limiti di cui alla precedente lettera c).

4. MALATTIE ONCOLOGICHE E GRAVI MALATTIE

Unisalute provvede al pagamento delle spese per:

- visite specialistiche,
- esami ed accertamenti diagnostici,
- terapie farmacologiche, terapie chirurgiche, terapie riabilitative, prestazioni infermieristiche correlate a malattie oncologiche, coronaropatia, ictus cerebrale, infarto del miocardio, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, trapianti di organi vitali e aids conclamato, politraumatismi gravi che non necessitino di intervento chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato, morbo di Parkinson, insufficienza renale che necessiti di dialisi.

In caso di malattie oncologiche, Unisalute provvede anche al pagamento delle prestazioni mediche e farmacologiche prescritte da oncologo.

La garanzia opera secondo le seguenti modalità:

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute, le spese per le prestazioni erogate all’Assicurato vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime.

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente all’assicurato.

Nel caso in cui l’Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate, Unisalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

Il massimale annuo assicurato per le prestazioni sopraindicate corrisponde a € 25.000,00 sia nel caso di copertura per il solo dipendente sia nel caso di estensione al nucleo familiare.

5. CURE ODONTOIATRICHE E ORTODONTICHE

A parziale deroga di quanto previsto al punto B.2 “Esclusioni dall’assicurazione” n.2), Unisalute provvede al pagamento delle spese relative a cure odontoiatriche e ortodontiche, acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche, visite odontoiatriche od ortodontiche, esami e accertamenti diagnostici di odontoiatria e di ortodonzia.

La garanzia opera secondo le seguenti modalità.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute, le spese per le prestazioni erogate all’Assicurato vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime.

Nel caso di utilizzo di strutture e/o di personale non convenzionato con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l’applicazione di uno scoperto del 10%.

Nel caso in cui l’Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate, Unisalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

Qualora venga assicurato il solo dipendente, il massimale annuo assicurato corrisponde a € 2.000,00 con il limite di € 1.800,00 nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato con Unisalute.

Nel caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il massimale annuo garantito viene così configurato:

- in presenza di una persona assicurata oltre al dipendente, disponibilità complessiva di € 2.200,00 con il limite di € 2.000,00 nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute.
- in presenza di due persone assicurate oltre al dipendente, disponibilità complessiva di € 2.400,00 con il limite di € 2.200,00 nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute.
- in presenza di tre o più persone assicurate oltre al dipendente, disponibilità complessiva di € 2.600,00 con il limite di € 2.400,00 nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute.

6. VISITE MEDICHE, ESAMI DIAGNOSTICI, LENTI E OCCHIALI, PROTESI, PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE, PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE, PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE, MEDICINALI

Unisalute garantisce le spese relative alle seguenti prestazioni.

6.1 VISITE MEDICHE ED ESAMI E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Unisalute provvede al pagamento delle spese per:

- visite mediche, con esclusione di quelle finalizzate all'emissione di certificati a pagamento;
- esami e accertamenti diagnostici; per le seguenti prestazioni di alta diagnostica viene richiesta la presentazione della prescrizione medica:
 - Diagnostica Radiologica (eccetto mammografia)
 - Doppler
 - Elettroencefalografia
 - Endoscopia
 - Gastroendoscopia digestiva
 - Mineralogia Ossea Computerizzata
 - Risonanza Magnetica Nucleare
 - Scintigrafia
 - TAC
 - Urografia

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie e/o a personale non convenzionato con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 15,00 per fattura.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, Unisalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

6.2 CHECK-UP: PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

Unisalute provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni comuni per donne e uomini

➤ ESAMI DEL SANGUE GENERALI

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- calcemia
- colesterolo (HDL, LDL e totale)
- creatinina

- esame emocromocitometrico e morfologico completo
 - fosforemia
 - gamma GT
 - glicemia
 - Q. proteico elettroforetico
 - trigliceridi
 - tempo di tromboplastina parziale
 - tempo di protrombina (PT)
 - urea
 - VES
- ESAMI DEL SANGUE SPECIFICI PER LA TIROIDE: FT3, FT4, TSH
 - ESAMI DELLE URINE: esame chimico, fisico e microscopico
 - ESAMI DELLE FECEI: ricerca del sangue occulto
 - VISITA CARDIOLOGICA + ECG
 - ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE E INFERIORE

Prestazione specifica per le donne

A scelta, una fra le seguenti consulenze:

- VISITA GINECOLOGIA + PAP TEST
- VISITA SENOLOGICA + ECOGRAFIA DEL SENO o MAMMOGRAFIA (ogni 2 anni) per le donne con più di 40 anni d'età

Prestazione specifica per gli uomini

VISITA UROLOGICA + esame del sangue per PSA, a cui si aggiunge esame del sangue per PSA free per gli uomini con più di 45 anni d'età

6.3 LENTI E OCCHIALI

Unisalute rimborsa le spese sostenute in caso di modifica del visus certificata da medico oculista o da centri ottici autorizzati per l'acquisto per occhiale (montatura e lenti) o lenti a contatto.

Il rimborso delle spese sostenute per ogni occhiale (lenti e montatura) o acquisto di lenti a contatto viene effettuato nei seguenti limiti per anno assicurativo:

- € 500,00 nel caso in cui sia assicurato il solo dipendente;
- € 700,00 nel caso in cui sia assicurato il dipendente ed il relativo nucleo familiare.

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 15,00 per fattura.

6.4 PROTESI

Unisalute rimborsa le spese sostenute per l'acquisto, il noleggio o la riparazione di protesi acustiche, oculari, ortopediche, carrozzelle o stampelle.

Il rimborso delle spese sostenute viene effettuato nel limite di € 1.200,00 per anno assicurativo sia nel caso in cui sia assicurato il solo dipendente sia nel caso di inclusione del nucleo familiare.

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 15,00 per fattura.

6.5 PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

Unisalute provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di malattia o infortunio, a fini riabilitativi, posturali e antalgici, quali agopuntura e trattamenti chiropratici, osteopatici, chinesiologici e logopedici

sempreché siano prescritti da medico “di base” o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione o in trattamenti antalgici o posturali il cui titolo sia attestato o allegato nel documento di spesa ovvero presso centri medici abilitati.

È prevista l’agopuntura effettuata anche a fini antalgici.

Non rientrano in garanzia le prestazioni non riabilitative con finalità estetiche nonché quelle fatturate da centri medici non abilitati.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute, le spese per le prestazioni erogate all’Assicurato vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l’Assicurato si rivolga a strutture sanitarie e/o a personale non convenzionato con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l’applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 15,00 per fattura.

Nel caso in cui l’Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, Unisalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell’Assicurato.

Il limite annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate per il dipendente ed il nucleo familiare corrisponde a €. 1.800,00 qualora ci si avvalga di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute, con un sottolimito annuo di € 900,00 nel caso in cui non si usufruisca di strutture sanitarie e/o personale convenzionato con Unisalute.

6.6 PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE - TRATTAMENTI LOGOPEDICI PRESCRITTI DA PSICHIATRA O DA NEUROLOGO

A parziale deroga di quanto previsto al punto B.2 “Esclusioni dall’assicurazione” n.1), Unisalute provvede al pagamento delle prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche, sempreché siano prescritte da medico “di base” o da medico specialista nella cura dei disturbi psichici e vengano effettuate da psichiatra o da psicoterapeuta / psicologo iscritto all’albo, nonché dei trattamenti logopedici prescritti da psichiatra o da neurologo.

Nel caso di utilizzo di personale convenzionato con Unisalute, le spese per le prestazioni erogate all’Assicurato vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l’Assicurato si rivolga a strutture sanitarie e/o a personale non convenzionato con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l’applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 15,00 per fattura.

Nel caso in cui l’Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, Unisalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell’Assicurato.

Il limite annuo garantito nel caso in cui sia assicurato il solo dipendente è di € 2.700,00.

Nel caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il limite annuo garantito viene così configurato:

- in presenza di una persona assicurata oltre al dipendente, disponibilità complessiva di € 2.900,00.
- in presenza di due persone assicurate oltre al dipendente, disponibilità complessiva di € 3.100,00.
- in presenza di tre o più persone assicurate oltre al dipendente, disponibilità complessiva di € 3.300,00.

6.7 PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE

Unisalute rimborsa le spese sostenute per prestazioni infermieristiche sempreché siano prescritte da medico “di base” o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale infermieristico diplomato, in ambulatorio o presso il domicilio dell’assicurato.

Il limite annuo garantito sia nel caso in cui sia assicurato il solo dipendente sia nel caso di inclusione del nucleo familiare corrisponde a € 250,00.

Le spese sostenute vengono rimborsate con l’applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 15,00 per fattura e vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell’assicurato.

6.8 MEDICINALI

Unisalute rimborsa le spese sostenute per acquisto di medicinali, intendendo inclusi anche i dispositivi medici caratterizzati dalla presenza di un principio attivo per cui è prevista la marcatura CE, in presenza della prescrizione

del medico di “base” o di medico specialista e su presentazione dello scontrino fiscale, ai sensi delle disposizioni di legge in materia di detrazioni fiscali (indicazione espressa della categoria del farmaco / descrizione del dispositivo medico e del codice fiscale del destinatario). La prescrizione medica si intende valida fino a 6 mesi dalla data di emissione.

Il limite annuo garantito sia nel caso in cui sia assicurato il solo dipendente sia nel caso di inclusione del nucleo familiare corrisponde a € 200,00.

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% e vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell'assicurato.

6.9 MASSIMALI ASSICURATI

Per il complesso delle prestazioni di cui al punto 6, vengono garantiti i seguenti massimali annui.

Nel caso in cui risulti assicurato il solo dipendente, il massimale annuo assicurato corrisponde a € 3.400,00 a cui si aggiunge il pagamento diretto da parte di Unisalute del check up effettuato dal dipendente presso la rete convenzionata della Società.

Nel caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il massimale annuo garantito viene così configurato:

- in presenza di una persona assicurata oltre al dipendente, la disponibilità complessiva diviene di € 3.600,00;
- in presenza di due persone assicurate oltre al dipendente, la disponibilità complessiva diviene di € 3.800,00;
- in presenza di tre o più persone assicurate oltre al dipendente, la disponibilità complessiva diviene di € 4.000,00.

6.9.1 MASSIMALE AGGIUNTIVO GRAVIDANZA

In caso di gravidanza della dipendente assicurata o di una componente del nucleo familiare eventualmente incluso, viene previsto un massimale annuo aggiuntivo di € 400,00 per visite specialistiche e per esami e accertamenti diagnostici ad essa correlati.

7. SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-822490 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

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, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con Unisalute.

c) Pareri medici immediati

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

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 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 DURATA DELL'ASSICURAZIONE / TACITA PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

La polizza ha effetto dall'1/1/2017 ed ha durata assicurativa annuale.

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 trenta giorni 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

Per le controversie relative al presente contratto, il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

A.6 TERMINI DI PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

A.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

A.8 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'assicurato di darne avviso per iscritto in caso di sinistro, ai sensi dell'art. 1910 c.c. .

B - LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

Sia in caso di prestazione di area ricovero sia per le prestazioni di carattere extraospedaliero, l'assicurazione non è operante per:

1. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
2. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, con eccezione dei ricoveri odontoiatrici conseguenti a infortunio;
3. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio attestato da certificato di Pronto Soccorso o a seguito di interventi demolitivi per gravi patologie);
4. 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.
5. la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o a uso non terapeutico di stupefacenti il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
6. gli infortuni derivanti da sport aerei, partecipazioni a corse, gare motoristiche e alle relative prove di allenamento (salvo si tratti di regolarità pura) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
7. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici,

raggi x, ecc.) salvo che il danno alla salute derivi dall'esposizione a radiazioni per fini terapeutici o per l'espletamento di attività professionali in campo sanitario che comportino l'impiego di raggi x e/o di isotopi radioattivi;

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

CONDIZIONI COMUNI ALLE COPERTURE SANITARIE

Per i grandi interventi chirurgici e per i ricoveri e/o altri interventi chirurgici in caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A., può essere richiesto un anticipo sulla liquidazione delle spese rimborsabili, a fronte di presentazione di preventivo, fino alla concorrenza delle spese previste, purché nei limiti del massimale di polizza, previa esibizione di certificazione medica provvisoria dell'Istituto di Cura in cui si attesti la previsione di ricovero nonché la natura della malattia o dell'infortunio. Tale anticipo viene 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.

Qualora non risulti convenzionata una casa di cura, un poliambulatorio o un centro odontoiatrico entro un raggio di 30 Km dalla sede di lavoro del dipendente, al rimborso delle spese sostenute verranno applicati gli scoperti e le franchigie previste dalla garanzia per le prestazioni in strutture sanitarie convenzionate e con personale medico convenzionato.

Allegato 1

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- 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
- Interventi di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (int. di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
- Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi
- Fratture del condilo e dell'apofisi coronoide mandibolare - trattamento chirurgico e ortopedico
- Fratture dei mascellari superiori - trattamento chirurgico e ortopedico
- Chirurgia della sordità otosclerotica
- Timpanoplastica

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 DELLA MAMMELLA

- Mastectomia totale o parziale con svuotamento del cavo ascellare per neoplasia maligna

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 a. carotide e della a. vertebrale
- Decompressione della a. vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale

- Intervento per fistola gastro-digiunoclica
- Colectomie totale, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via laparotomica (con o senza colostomia)
- Interventi per amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore addominoperineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per 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 via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

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

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfo-adenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenectomia

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
- Splenectomia

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

INTERVENTI INERENTI MALATTIE TUMORALI

- Tutti

INTERVENTI INERENTI MALATTIE CARDIOVASCOLARI

- Tutti

Allegato 2

Elenco strutture con limite specifico su ricovero

<i>STRUTTURA</i>	<i>INDIRIZZO</i>	<i>LOCALITA'</i>	<i>PROVINCIA</i>
POLICLINICO MANGIAGALLI	VIA DELLA COMMENDA	MILANO	MILANO
CASA DI CURA LA MADONNINA	VIA QUADRONNO, 29	MILANO	MILANO
VILLA MAFALDA	VIA MONTE DELLE GIOIE, 5	ROMA	ROMA
AZIENDA OSPEDALIERA - ISTITUTO ORTOPEDICO GAETANO PINI	P.ZZA FERRARI, 1	MILANO	MILANO

Allegato 8 (art. 38)

COPERTURE SANITARIE PER I FUNZIONARI

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero in Istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico;
- ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico non compreso nell'elenco dei Grandi Interventi e senza intervento chirurgico compreso il parto;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- day-hospital o day-surgery;
- malattie oncologiche e gravi malattie;
- cure odontoiatriche e ortodontiche;
- visite mediche, esami diagnostici, lenti e occhiali, protesi, prestazioni fisioterapiche, prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche, prestazioni infermieristiche, medicinali;
- servizi di consulenza.

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

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con Unisalute
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute
- c) Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei funzionari cui si applica il CIA Unipol dell'8/10/2011, che abbiano accettato l'attivazione della presente copertura e che siano iscritti alla "Cassa di Assistenza dei dipendenti delle imprese del Gruppo Unipol" e ai beneficiari così come definiti all'art.3 dell'allegato n.5 al CCNL 17/9/2001.

La copertura può essere estesa alle seguenti persone:

- familiari fiscalmente a carico, intendendosi le persone per le quali al dipendente vengono riconosciute le detrazioni fiscali;
- coniuge non fiscalmente a carico o convivente risultante da specifica autocertificazione;
- figli, purché conviventi, e figli non a carico né conviventi affidati all'altro genitore per i quali il dipendente sia tenuto a concorrere al mantenimento o figli minori conviventi non a carico che godono solo ed esclusivamente di parte della pensione di reversibilità per genitore deceduto;
- genitori purché conviventi.

Si precisa che può essere indicata un'unica situazione di convivenza e che la stessa deve essere continuativa.

3. AREA RICOVERO

Tale copertura è prestata:

- a secondo rischio rispetto a quanto previsto dall'art. 4, lettera a), punti 1, 2 e 3 dell'allegato n. 5 al CCNL 17.9.2007 relativamente al dipendente ed ai beneficiari così come definiti all'art. 3 dell'allegato citato;
- a primo rischio per gli eventuali coniuge o convivente e/o figli conviventi e/o genitori conviventi non rientranti tra i beneficiari di cui al precedente punto.

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (di cui all'allegato n. 1)

Unisalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché 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 (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi e apparecchi terapeutici applicati durante l'intervento.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

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

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

e) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi (incluso l'acquisto di piccoli supporti ortopedici o il noleggio di altri supporti o apparecchiature rese necessarie dalla patologia) e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

3.1.1 DAY-HOSPITAL E DAY-SURGERY PER GRANDE INTERVENTO

Nel caso di day-hospital e day-surgery, Unisalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per Grande Intervento Chirurgico" con i relativi limiti in esso indicati.

3.1.2 TRASPORTO

Unisalute rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione.

3.1.3 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, Unisalute liquida le spese previste al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per Grande Intervento Chirurgico" con i relativi limiti in esso indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

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

3.1.4 RIMBORSO SPESE FUNERARIE

In occasione del decesso dell'assicurato conseguente a ricovero per Grande Intervento e avvenuto entro i 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, Unisalute rimborsa le spese funerarie relative.

3.1.5 INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso a Unisalute per le prestazioni effettuate in regime di ricovero, avrà diritto a un'indennità di € 120,00 per ogni giorno di ricovero, fermo restando il diritto al rimborso delle spese Pre Ricovero e Post Ricovero di cui al punto 3.1.

In caso di day-hospital o di day-surgery l'indennità erogata per ogni giorno sarà pari a € 60,00.

3.1.6 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per le prestazioni sopraindicate corrisponde a € 120.000,00 per nucleo familiare a cui viene applicato un limite di € 105.000,00 per il rimborso delle spese in caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A.

3.1.7 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati con preventiva attivazione della relativa procedura.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia nel limite del massimale di cui al punto 3.1.6.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute e effettuate da medici non convenzionati o prestazioni effettuate in strutture convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici non convenzionati o prestazioni effettuate in strutture non convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati (cosiddetto "ricovero misto").

In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia nel limite del massimale di cui al punto 3.1.6.

c) Prestazioni in strutture convenzionate con Unisalute, ma senza preventiva attivazione della relativa procedura, con esclusione dei ricoveri urgenti e non programmati oppure presso le strutture di cui all'apposito elenco dell'allegato 2 incluse le prestazioni di pre e post ricovero.

In questo caso, esclusivamente per i beneficiari non rientranti tra quelli indicati dall'art.3 dell'allegato n.5 al CCNL 17/9/2007, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 20% fino ad un massimo di € 5.000,00 a carico dell'interessato.

d) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.1.5 "Indennità Sostitutiva". Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero (così detta differenza di classe per camera singola) o per ticket sanitari, Unisalute rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati", b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici non convenzionati o prestazioni effettuate in strutture convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici non convenzionati o prestazioni effettuate in strutture non convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati (cosiddetto "ricovero misto")", c) "Prestazioni in strutture convenzionate con Unisalute, ma senza preventiva attivazione della relativa procedura, con esclusione dei ricoveri urgenti e non programmati, oppure presso strutture di cui all'apposito elenco dell'allegato 2 incluse le prestazioni di pre e post ricovero".

Qualora il ricovero avvenga in regime di SSN in una delle strutture comprese nell'elenco di cui all'allegato 2, in presenza di richiesta di rimborso delle spese per trattamento alberghiero (così detta differenza di classe per camera singola), le spese sostenute verranno rimborsate integralmente. Nel caso in cui le prestazioni vengano effettuate in libera professione intramuraria verranno applicati agli importi di spesa i limiti di cui alla precedente lettera c).

3.2 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTI CHIRURGICI NON COMPRESI NELL'ELENCO DI CUI ALL'ALLEGATO 1 (ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI) E SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

Unisalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché 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 (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

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

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

e) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi (incluso l'acquisto di piccoli supporti ortopedici o il noleggio di altri supporti o apparecchiature rese necessarie dalla patologia) e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

3.2.1 DAY-HOSPITAL E DAY-SURGERY

Nel caso di day-hospital o day-surgery, Unisalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 3.2 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per interventi Chirurgici non compresi nell'elenco di cui all'allegato 1 (Elenco Grandi Interventi Chirurgici) e senza intervento chirurgico" con i relativi limiti in esso indicati.

3.2.2 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, Unisalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 3.2 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per interventi chirurgici non compresi nell'elenco di cui all'Allegato 1(Grandi Interventi Chirurgici) e senza intervento chirurgico" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico, c) "Assistenza medica, medicinali, cure", e) "Post-ricovero".

3.2.3 PARTO E ABORTO / PROCEDURE PER LA FERTILITA'

3.2.3.1 PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con Unisalute, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al punto 3.2 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per interventi chirurgici non compresi nell'elenco di cui all'Allegato 1(Grandi Interventi Chirurgici) e senza intervento chirurgico" lett. a) Pre-ricovero, b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza"; e) "Post-ricovero"

3.2.3.2 PARTO NON CESAREO

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con Unisalute, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.2 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per interventi chirurgici non compresi nell'elenco di cui all'Allegato 1(Grandi Interventi Chirurgici) e senza intervento chirurgico" lett. a) Pre-ricovero, b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza"; relativamente alle prestazioni "post-ricovero" vengono garantite due visite mediche specialistiche di controllo effettuate nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 6.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate, ridotto ad € 3.000,00 in caso di parto non cesareo a domicilio.

3.2.3.3 PROCREAZIONE ASSISTITA

Con riferimento alle metodiche per la procreazione assistita, Unisalute garantisce le spese relative al ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale nonché le spese ad esso connesse sostenute nei 90 giorni precedenti il ricovero stesso.

Presso le strutture sanitarie convenzionate viene attivato un servizio di "Fax assistito" mediante il quale l'interessata, previa richiesta al Call Center di Unisalute potrà ottenere, per le prestazioni inerenti la procreazione assistita, l'applicazione delle tariffe agevolate convenute con Unisalute.

3.2.4 TRASPORTO

Unisalute rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

3.2.5 RIMBORSO SPESE FUNERARIE

In occasione del decesso dell'assicurato conseguente a ricovero e avvenuto entro i 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, Unisalute rimborsa le spese funerarie relative nel limite di € 2.500,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

3.2.6 INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso ad Unisalute per le prestazioni effettuate in regime di ricovero avrà diritto a un'indennità di €. 120,00 per ogni giorno di ricovero, fermo restando il diritto al rimborso delle spese Pre Ricovero e Post Ricovero di cui al punto 3.2.

In caso di day-hospital o di day-surgery o di OBI l'indennità erogata per ogni giorno sarà pari a € 60,00.

3.2.7 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per le prestazioni indicate al punto 3.2 " Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per interventi chirurgici non compresi nell'elenco di cui all'Allegato 1 (Elenco Grandi Interventi Chirurgici) e senza intervento chirurgico" corrisponde a € 80.000,00 sia nel caso di copertura per il solo dipendente sia nel caso di estensione al nucleo familiare.

Nell'ambito del massimale sopra indicato, viene previsto un limite annuo di rimborso di € 27.000,00 valido per il dipendente e per l'intero nucleo familiare qualora venga utilizzata una struttura sanitaria non convenzionata con Unisalute o in presenza del cosiddetto "ricovero misto" (qualora cioè o la struttura sanitaria o il personale medico non siano convenzionati con Unisalute).

3.2.8 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati con preventiva attivazione della relativa procedura.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia nei limiti dei massimali di cui ai punti 3.2.7 "Massimale assicurato" e 3.2.3.2 "Parto non cesareo".

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici non convenzionati o prestazioni effettuate in strutture convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici non convenzionati o prestazioni effettuate in strutture non convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati (cosiddetto "ricovero misto") .

Per il funzionario e gli eventuali beneficiari così come definiti all'art.3 dell'allegato n.5 al CCNL 17/9/2001: in questo caso le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia nei limiti dei massimali di cui ai punti 3.2.7 "Massimale assicurato" e 3.2.3.2 "Parto non cesareo".

Per i beneficiari non rientranti tra quelli indicati dall'art.3 dell'allegato n.5 al CCNL 17/9/2007: in questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia fissa di € 260,00 nei limiti dei massimali di cui ai punti 3.2.7 "Massimale assicurato" e 3.2.3.2 "Parto non cesareo".

In caso di interventi ambulatoriali, la franchigia fissa è ridotta a € 100,00 ovvero si applica uno scoperto del 20% qualora il costo dell'intervento sia inferiore a € 500,00.

c) Prestazioni in strutture convenzionate con Unisalute, ma senza preventiva attivazione della relativa procedura, con esclusione dei ricoveri urgenti e non programmati oppure presso le strutture di cui all'apposito elenco dell'allegato 2 incluse le prestazioni di pre e post ricovero.

In questo caso, esclusivamente per i beneficiari non rientranti tra quelli indicati dall'art.3 dell'allegato n.5 al CCNL 17/9/2007, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 200,00 nei limiti dei massimali di cui ai punti 3.2.7 "Massimale assicurato" e 3.2.3.2 "Parto non cesareo".

d) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.2.6 "Indennità Sostitutiva". Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero (così detta differenza di classe per camera singola) o per ticket sanitari, Unisalute rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati", b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici non convenzionati o prestazioni effettuate in strutture convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici non convenzionati o prestazioni effettuate in strutture non convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati (cosiddetto "ricovero misto")", c) Prestazioni in strutture convenzionate con Unisalute, ma senza preventiva attivazione della relativa procedura, con esclusione dei ricoveri urgenti e non programmati, oppure presso strutture di cui all'apposito elenco dell'allegato 2 incluse le prestazioni di pre e post ricovero".

Qualora il ricovero avvenga in regime di SSN in una delle strutture comprese nell'elenco di cui all'allegato 2, in presenza di richiesta di rimborso delle spese per trattamento alberghiero (così detta differenza di classe per camera singola), le spese sostenute verranno rimborsate integralmente. Nel caso in cui le prestazioni vengano effettuate in libera professione intramuraria verranno applicati agli importi di spesa i limiti di cui alla precedente lettera c).

4. MALATTIE ONCOLOGICHE E GRAVI MALATTIE

Tale copertura è prestata:

- a secondo rischio rispetto a quanto previsto dall'art. 4, lettera a), punto 4, 5° alinea dell'allegato n. 5 al CCNL 17.9.2007 relativamente al dipendente e ai beneficiari, così come definiti all'art. 3 dell'allegato citato;
- a primo rischio per gli eventuali coniuge o convivente e/o figli conviventi e/o genitori conviventi non rientranti tra i beneficiari di cui al precedente punto.

Unisalute provvede al pagamento delle spese per:

- visite specialistiche,
- esami ed accertamenti diagnostici,
- terapie farmacologiche, terapie chirurgiche, terapie riabilitative, prestazioni infermieristiche correlate a malattie oncologiche, coronaropatia, ictus cerebrale, infarto del miocardio, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, trapianti di organi vitali e aids conclamato, politraumatismi gravi che non necessitino di intervento chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato, morbo di Parkinson, insufficienza renale che necessiti di dialisi.

In caso di malattie oncologiche, Unisalute provvede anche al pagamento delle prestazioni mediche e farmacologiche prescritte da oncologo.

La garanzia opera secondo le seguenti modalità:

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime.

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente all'assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate, Unisalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

Il massimale annuo assicurato per le prestazioni sopraindicate corrisponde a € 25.000,00 sia nel caso di copertura per il solo dipendente sia nel caso di estensione al nucleo familiare.

5. CURE ODONTOIATRICHE E ORTODONTICHE

Tale copertura è prestata:

- a secondo rischio rispetto a quanto previsto dall'art. 4, lettera a), punto 5 dell'allegato n. 5 al CCNL 17.9.2007 relativamente al dipendente e ai beneficiari, così come definiti all'art. 3 dell'allegato citato;
- a primo rischio per gli eventuali coniuge o convivente e/o figli conviventi e/o genitori conviventi non rientranti tra i beneficiari di cui al precedente punto.

A parziale deroga di quanto previsto al punto B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" n.2), Unisalute provvede al pagamento delle spese relative a cure odontoiatriche e ortodontiche, acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche, visite odontoiatriche od ortodontiche, esami e accertamenti diagnostici di odontoiatria e di ortodonzia.

La garanzia opera secondo le seguenti modalità.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime.

Nel caso di utilizzo di strutture e/o di personale non convenzionato con Unisalute, esclusivamente per i beneficiari non rientranti tra quelli indicati dall'art.3 dell'allegato n.5 al CCNL 17/9/2007, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 10%.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate, Unisalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

Qualora venga assicurato il solo funzionario, il massimale annuo assicurato corrisponde a € 3.400,00 con il limite di € 3.000,00 nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato con Unisalute.

Nel caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il massimale annuo garantito viene così configurato:

- in presenza di una persona assicurata oltre al dipendente, disponibilità complessiva di € 3.700,00 con il limite di € 3.300,00 nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute.
- in presenza di due persone assicurate oltre al dipendente, disponibilità complessiva di € 4.000,00 con il limite di € 3.600,00 nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute.
- in presenza di tre o più persone assicurate oltre al dipendente, disponibilità complessiva di € 4.300,00 con il limite di € 3.900,00 nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute.

6. VISITE MEDICHE, ESAMI DIAGNOSTICI, LENTI E OCCHIALI, PROTESI, PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE, PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE, PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE, MEDICINALI

Unisalute garantisce le spese relative alle seguenti prestazioni.

6.1 VISITE MEDICHE ED ESAMI E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Unisalute provvede al pagamento delle spese per:

- visite mediche, con esclusione di quelle finalizzate all'emissione di certificati a pagamento;
- esami e accertamenti diagnostici; per le seguenti prestazioni di alta diagnostica viene richiesta la presentazione della prescrizione medica:
 - Diagnostica Radiologica (eccetto mammografia)
 - Doppler
 - Elettroencefalografia
 - Endoscopia
 - Gastroendoscopia digestiva
 - Mineralogia Ossea Computerizzata
 - Risonanza Magnetica Nucleare
 - Scintigrafia
 - TAC
 - Urografia

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui il dipendente si rivolga a strutture sanitarie e/o a personale non convenzionato con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente; nel caso in cui i beneficiari diversi dal dipendente si rivolgano a strutture sanitarie e/o a personale non convenzionato con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 15,00 per fattura.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, Unisalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

6.2 CHECK-UP: PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

Unisalute provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni comuni per donne e uomini

- ESAMI DEL SANGUE GENERALI
 - Alanina aminotransferasi ALT
 - Aspartato Aminotransferasi AST
 - calcemia
 - colesterolo (HDL, LDL e totale)
 - creatinina
 - esame emocromocitometrico e morfologico completo
 - fosforemia
 - gamma GT
 - glicemia
 - Q. proteico elettroforetico
 - trigliceridi
 - tempo di tromboplastina parziale
 - tempo di protrombina (PT)
 - urea
 - VES
- ESAMI DEL SANGUE SPECIFICI PER LA TIROIDE: FT3, FT4, TSH
- ESAMI DELLE URINE: esame chimico, fisico e microscopico
- ESAMI DELLE FECEI: ricerca del sangue occulto
- VISITA CARDIOLOGICA + ECG
- ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE E INFERIORE

Prestazione specifica per le donne

A scelta, una fra le seguenti consulenze:

- VISITA GINECOLOGIA + PAP TEST
- VISITA SENOLOGICA + ECOGRAFIA DEL SENO o MAMMOGRAFIA (ogni 2 anni) per le donne con più di 40 anni d'età

Prestazione specifica per gli uomini

VISITA UROLOGICA + esame del sangue per PSA, a cui si aggiunge esame del sangue per PSA free per gli uomini con più di 45 anni d'età

6.3 LENTI E OCCHIALI

Unisalute rimborsa le spese sostenute in caso di modifica del visus certificata da medico oculista o da centri ottici autorizzati per l'acquisto per occhiale (montatura e lenti) o lenti a contatto.

Il rimborso delle spese sostenute per ogni occhiale (lenti e montatura) o acquisto di lenti a contatto viene effettuato nei seguenti limiti per anno assicurativo:

- € 625,00 nel caso in cui sia assicurato il solo funzionario;
- € 840,00 nel caso in cui sia assicurato il funzionario ed il relativo nucleo familiare.

Nel caso del dipendente, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

Nel caso dei beneficiari diversi dal dipendente, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 15,00 per fattura.

6.4 PROTESI

Unisalute rimborsa le spese sostenute per l'acquisto, il noleggio o la riparazione di protesi acustiche, oculari, ortopediche, carrozzelle o stampelle.

Il rimborso delle spese sostenute viene effettuato nel limite di € 1.500,00 per anno assicurativo sia nel caso in cui sia assicurato il solo dipendente sia nel caso di inclusione del nucleo familiare.

Nel caso del dipendente, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

Nel caso dei beneficiari diversi dal dipendente, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 15,00 per fattura.

6.5 PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

A parziale deroga di quanto previsto al punto B.2. "Esclusioni dall'assicurazione", Unisalute provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di malattia o infortunio, a fini riabilitativi, posturali e antalgici, quali agopuntura e trattamenti chiropratici, osteopatici, chinesio logici e logopedici sempreché siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione o in trattamenti antalgici o posturali il cui titolo sia attestato o allegato nel documento di spesa ovvero presso centri medici abilitati.

È prevista l'agopuntura effettuata anche a fini antalgici.

Non rientrano in garanzia le prestazioni non riabilitative con finalità estetiche nonché quelle fatturate da centri medici non abilitati.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui il dipendente si rivolga a strutture sanitarie e/o a personale non convenzionato con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente; nel caso in cui i beneficiari diversi dal dipendente si rivolgano a strutture sanitarie e/o a personale non convenzionato con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 15,00 per fattura.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, Unisalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il limite annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate per il dipendente ed il nucleo familiare corrisponde a €. 2.000,00 qualora ci si avvalga di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute con un sottolimito annuo di € 1.000,00 nel caso in cui non si usufruisca di strutture sanitarie e/o personale convenzionato con Unisalute.

6.6 PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE - TRATTAMENTI LOGOPEDICI PRESCRITTI DA PSICHIATRA O DA NEUROLOGO

Unisalute provvede al pagamento delle prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da medico specialista nella cura dei disturbi psichici e vengano effettuate da psichiatra o da psicoterapeuta / psicologo iscritto all'albo, nonché dei trattamenti logopedici prescritti da psichiatra o da neurologo.

Nel caso di utilizzo di personale convenzionato con Unisalute, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui il dipendente si rivolga a strutture sanitarie e/o a personale non convenzionato con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente; nel caso in cui i beneficiari diversi dal dipendente si rivolgano a strutture sanitarie e/o a personale non convenzionato con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 15,00 per fattura.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, Unisalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il limite annuo garantito nel caso in cui sia assicurato il solo funzionario è di € 3.200,00.

Nel caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il limite annuo garantito viene così configurato:

- in presenza di una persona assicurata oltre al dipendente, disponibilità complessiva di € 3.500,00.
- in presenza di due persone assicurate oltre al dipendente, disponibilità complessiva di € 3.800,00.
- in presenza di tre o più persone assicurate oltre al dipendente, disponibilità complessiva di € 4.100,00.

6.7 PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE

Unisalute rimborsa le spese sostenute per prestazioni infermieristiche sempreché siano prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale infermieristico diplomato, in ambulatorio o presso il domicilio dell'assicurato.

Nel caso del dipendente, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

Nel caso dei beneficiari diversi dal dipendente, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 15,00 per fattura e vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell'assicurato.

Il limite annuo garantito per il funzionario e il nucleo dei beneficiari corrisponde a € 500,00.

6.8 MEDICINALI

Unisalute rimborsa le spese sostenute per acquisto di medicinali, intendendo inclusi anche i dispositivi medici caratterizzati dalla presenza di un principio attivo per cui è prevista la marcatura CE, in presenza della prescrizione del medico di "base" o di medico specialista e su presentazione dello scontrino fiscale, ai sensi delle disposizioni di legge in materia di detrazioni fiscali (indicazione espressa della categoria del farmaco / descrizione del dispositivo medico e del codice fiscale del destinatario). La prescrizione medica si intende valida fino a 6 mesi dalla data di emissione.

Nel caso del dipendente, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente

Nel caso dei beneficiari diversi dal dipendente le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% e vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell'assicurato.

Il limite annuo garantito per il dipendente e il nucleo dei beneficiari corrisponde a € 400,00.

6.9 MASSIMALI ASSICURATI

Per il complesso delle prestazioni di cui al punto 6, vengono garantiti i seguenti massimali annui.

Nel caso in cui risulti assicurato il solo dipendente, il massimale annuo assicurato corrisponde a € 4.400,00 a cui si aggiunge il pagamento diretto da parte di Unisalute del check up effettuato dal dipendente presso la rete convenzionata della Società.

Nel caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il massimale annuo garantito viene così configurato:

- in presenza di una persona assicurata oltre al dipendente, la disponibilità complessiva diviene di € 4.700,00;
- in presenza di due persone assicurate oltre al dipendente, la disponibilità complessiva diviene di € 5.000,00;
- in presenza di tre o più persone assicurate oltre al dipendente, la disponibilità complessiva diviene di € 5.300,00.

6.9.1 MASSIMALE AGGIUNTIVO GRAVIDANZA

In caso di gravidanza della dipendente assicurata o di una componente del nucleo familiare eventualmente incluso, viene previsto un massimale annuo aggiuntivo di € 400,00 per visite specialistiche e per esami e accertamenti diagnostici ad essa correlati.

7. ALTRE PRESTAZIONI

Con riferimento al rimborso delle spese extraospedaliere previsto all'interno del punto 4 dell'art. 4 dell'allegato n. 5 al CCNL 17.9.2007 relativamente ai beneficiari così come definiti all'art. 3 dell'allegato n. 5 al CCNL 17.9.2007, si precisa che:

- sarà effettuato il pagamento diretto integrale da parte di Unisalute, qualora ci si avvalga di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute S.p.A;
- in aggiunta all'acquisto/noleggio di apparecchi protesici, è previsto il rimborso dei plantari ortopedici, qualora il beneficiario documenti la dismetria degli arti inferiori superiore a 2 cm.

8. SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-822490 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

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, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con Unisalute.

c) Pareri medici immediati

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

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 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 DURATA DELL'ASSICURAZIONE / TACITA PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

La polizza ha effetto dall'1/1/2017 ed ha durata assicurativa annuale.

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 trenta giorni 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

Per le controversie relative al presente contratto, il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

A.6 TERMINI DI PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

A.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

A.8 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'assicurato di darne avviso per iscritto in caso di sinistro, ai sensi dell'art. 1910 c.c. .

B - LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

Sia in caso di prestazione di area ricovero sia per le prestazioni di carattere extraospedaliero, l'assicurazione non è operante per:

1. malattie mentali in tutti i casi in cui esse diano luogo a trattamento sanitario obbligatorio ai sensi degli artt. 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;
2. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, con eccezione dei ricoveri odontoiatrici conseguenti a infortunio;
3. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio attestato da certificato di Pronto Soccorso o a seguito di interventi demolitivi per gravi patologie);
4. 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.
5. 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 4 (dell'allegato 5 del CCNL 17/9/2007);
6. gli infortuni derivanti da sport aerei, partecipazioni a corse, gare motoristiche e alle relative prove di allenamento (salvo si tratti di regolarità pura) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
7. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.) salvo che il danno alla salute derivi dall'esposizione a radiazioni per fini terapeutici o per l'espletamento di attività professionali in campo sanitario che comportino l'impiego di raggi x e/o di isotopi radioattivi;
8. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

Come previsto dall'art. 5 dell' allegato 5 del CCNL 17/9/2007, sono in tutti i casi escluse dal rimborso le spese relative a:

- malattie tubercolari in fase attiva assistibili dall'INPS;
- psicoterapia non curata da medico specialista e psicoanalisi;
- agopuntura non effettuata da medico;
- infortuni sofferti in stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili;
- in caso di ricovero, le spese sostenute per l'uso del telefono, della radio e della televisione.

CONDIZIONI COMUNI ALLE COPERTURE SANITARIE

Per i grandi interventi chirurgici e per i ricoveri e/o altri interventi chirurgici in caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o di personale non convenzionato con Unisalute S.p.A., può essere richiesto un anticipo sulla liquidazione delle spese rimborsabili, a fronte di presentazione di preventivo, fino alla concorrenza delle spese previste, purché nei limiti del massimale di polizza, previa esibizione di certificazione medica provvisoria dell'Istituto di Cura in cui si attesti la previsione di ricovero nonché la natura della malattia o dell'infortunio. Tale anticipo viene 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.

Qualora non risulti convenzionata una casa di cura, un poliambulatorio o un centro odontoiatrico entro un raggio di 30 Km dalla sede di lavoro del dipendente, al rimborso delle spese sostenute verranno applicati gli scoperti e le franchigie previste dalla garanzia per le prestazioni in strutture sanitarie convenzionate e con personale medico convenzionato.

Allegato 1

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Per grandi interventi s'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, gostronomia, 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.

Allegato 2

Elenco strutture con limite specifico su ricovero

<i>STRUTTURA</i>	<i>INDIRIZZO</i>	<i>LOCALITA'</i>	<i>PROVINCIA</i>
POLICLINICO MANGIAGALLI	VIA DELLA COMMENDA	MILANO	MILANO
CASA DI CURA LA MADONNINA	VIA QUADRONNO, 29	MILANO	MILANO
VILLA MAFALDA	VIA MONTE DELLE GIOIE, 5	ROMA	ROMA
AZIENDA OSPEDALIERA - ISTITUTO ORTOPEDICO GAETANO PINI	P.ZZA FERRARI, 1	MILANO	MILANO

Allegato 9 (art. 38)

Con riferimento a quanto previsto nel CIA ASSICURATIVO DI GRUPPO sottoscritto in data 13/5/2016 all'articolo 38 "COPERTURE SANITARIE " – paragrafo "Condizioni comuni alla coperture sanitarie per tutti i dipendenti", Unisalute – tramite operatori dedicati per tutti gli assicurati del Gruppo cui si applica il suddetto CIA - garantirà i seguenti livelli di servizio:

SERVIZIO WEB

- Servizi di Specialistica (visite mediche, esami ed accertamenti diagnostici, check-up, prestazioni fisioterapiche) ed Odontoiatria in rete (prima visita e prevenzione): la prenotazione sarà effettuata entro 48 ore dalla ricezione della richiesta da parte dell'assicurato.

SERVIZIO TELEFONICO

- Numero verde dedicato,
- Massimo livello di priorità nella risposta telefonica,
- Livello di servizio nella risposta telefonica: almeno 80%,
- Servizi di Ricovero in rete:
 - ✓ la conferma della copertura delle prestazioni sarà effettuata entro 48 ore dalla ricezione della richiesta di ricovero, che ne definisca la natura; si precisa che - in caso di ricovero urgente - la predetta conferma sarà immediata
 - ✓ la prenotazione del giorno del ricovero rimane a carico dell'assicurato in merito ai dettagli relativi alla presentazione in struttura,
 - ✓ il fax di presa in carico alla struttura viene inviato almeno 2 giorni prima rispetto al ricovero e verrà data conseguente comunicazione anche all'assicurato,
- Servizi di Specialistica (visite mediche, esami ed accertamenti diagnostici, check-up, prestazioni fisioterapiche, prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche) ed Odontoiatria in rete: la prenotazione sarà effettuata entro 48 ore dalla ricezione della richiesta telefonica da parte dell'assicurato.

LIQUIDAZIONE RIMBORSUALE

- Possibilità di caricamento del sinistro da parte dell'assicurato tramite il sito Web o, in alternativa, invio/consegna della documentazione cartacea in fotocopia,
- Pagamento dei rimborsi tramite accredito diretto sul conto corrente bancario, senza inserimento nel cedolino stipendio,
- Pagamento dei rimborsi con cadenza settimanale e comunque entro 30 giorni dalla consegna della pratica completa.

A cadenza trimestrale Unisalute fornirà alla Cassa di Assistenza e ai componenti del gruppo di lavoro di natura tecnica apposita reportistica relativa ai livelli di erogazione del servizio, ivi compresi i tempi di attesa.

Il gruppo di lavoro di natura tecnica affronterà eventuali problematiche connesse al raggiungimento dei livelli di servizio, per i quali Unisalute è tenuta a fornire informazioni specifiche e ad adottare gli interventi idonei ad assicurare quanto previsto nel presente accordo.

Allegato 10
(art. 39)

**CONDIZIONI DI COPERTURA INFORTUNI PROFESSIONALI ED
EXTRA PROFESSIONALI.**

Definizioni:

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

Franchigia La parte di danno, espressa in punti percentuali d'Invalidità o in giorni per le indennità e le inabilità temporanee o in importo per il rimborso spese, che è esclusa dall'Indennizzo.

Day hospital La degenza diurna, con posto letto senza pernottamento, per prestazioni chirurgiche e mediche che siano:
- documentate da cartella clinica;
- praticate in ospedale, cliniche, o strutture all'uopo autorizzate
- effettuate con la presenza continua, nella struttura, di un medico.

**Gessatura /
Mezzo di contenzione**

Gessatura. La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza una immobilizzazione a causa di fratture scheletriche o rottura capsulo-legamentose degli arti che richiedono, a seguito di prescrizione medica, l'applicazione di un mezzo di contenzione immobilizzante inamovibile, rigido ed esterno, costituito da: fasce, docce, apparecchi gessati o altro tutore di contenzione la cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente da Istituti di Cura o da personale medico.

Sono inoltre compresi anche i mezzi di contenzione amovibili e preconfezionati sempreché rigidi ed esterni - esclusi i collari morbidi e bustini ortopedici - limitatamente al periodo in cui hanno svolto una funzione esclusivamente immobilizzante, purché prescritti: in assenza di ricovero o di Day Hospital, da un Pronto Soccorso dipendente da Presidio Ospedaliero; In caso di ricovero o di Day Hospital, nel corso della degenza dai sanitari dell' Istituto di Cura.

La liquidazione dell' Indennità per immobilizzazione verrà riconosciuta per ogni giorno di immobilizzazione sino alla rimozione del mezzo di contenzione, che dovrà essere certificata previa presentazione di idonea documentazione, e comunque per un periodo massimo di sessanta giorni per infortunio.

Infortunio "in itinere" Eventi verificatisi durante il normale tragitto, dall'abitazione al posto di lavoro e viceversa, per il tempo necessario allo scopo.

Infortunio Professionale Quello verificatosi in occasione di lavoro

Infortunio Extraprofessionale Quello verificatosi durante lo svolgimento delle attività familiari, di vita di relazione e del tempo libero, nonché ogni altra circostanza che non rientri nell'attività lavorativa svolta.

Invalidità Permanente La perdita totale o parziale definitiva della capacità generica lavorativa del dipendente indipendentemente dalla professione esercitata.

Istituto di cura L'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura privata regolarmente autorizzata a fornire assistenza sanitaria ospedaliera, *esclusi stabilimenti*

termali, case di convalescenza e di soggiorno, Istituti per la cura della persona ai fini estetici e/o dietetici, case di riposo, alberghi od Istituti per il recupero o mantenimento della forma fisica, cliniche del "benessere".

Ricovero La degenza, risultante dalla cartella clinica, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura.

1. Oggetto

1.1 Infortunati compresi in garanzia

L'Azienda riterrà compresi in garanzia i seguenti eventi:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) l'avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'infezione ed avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, la malaria e le malattie tropicali;
- d) i colpi di sole o di calore;
- e) l'annegamento;
- f) l'assideramento o il congelamento;
- g) la folgorazione;
- h) le lesioni determinate da sforzi, *con esclusione di ogni tipo di infarto*;
- i) le ernie addominali traumatiche, *con esclusione di ogni altro tipo di ernia come previsto dal successivo punto 1.5 – Ernies addominali traumatiche -*;
- j) gli Infortuni causati da malessere o malore e dagli stati di incoscienza *che non siano causati da stupefacenti, allucinogeni ed abuso di psicofarmaci o da alcolici, purchè in quest'ultimo caso non derivino dalla guida di veicoli con tasso alcolemico superiore a 0,5*,
- k) gli Infortuni causati da colpa grave del dipendente
- l) eventi naturali catastrofali (movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni), con il limite cumulativo per evento di € 2.582.000,00; se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo, la Compagnia provvederà alla loro riduzione proporzionale

1.2 Infortunati occorsi in occasioni di guerra e insurrezioni all'estero, tumulti popolari o terrorismo

La garanzia è operante anche per gli infortuni subiti all'estero derivanti da atti di guerra (dichiarata o non) o di insurrezione popolare, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio dell'ostilità o dell'insurrezione, nel caso in cui il dipendente venga sorpreso da tali eventi mentre si trova al di fuori dell'Italia, della Repubblica di S. Marino, dello Stato della Città del Vaticano e dei Paesi U.E., a condizione che non vi abbia preso parte attiva.

Sono inoltre compresi gli Infortuni verificatisi in occasione di tumulti popolari o atti di terrorismo a condizione che il dipendente non vi abbia preso parte attiva.

1.3 Infortunati aeronautici

Fermo restando quanto previsto dall'art. 1.6 punto c) – Esclusioni -, la garanzia è estesa agli Infortuni che il dipendente subisca durante i viaggi aerei, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- Da Società/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- Da Aeroclub.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui il dipendente sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

1.4 Infortunati occorsi durante la pratica di attività sportiva

La garanzia è operante per gli Infortuni subiti durante la pratica di qualsiasi attività sportiva ad eccezione di:

- a) sport esercitati professionalmente;
- b) pugilato, a qualsiasi livello ed in tutte le sue forme, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo, snowboard acrobatico, bob, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere, free climbing, salto con l'elastico, canoa fluviale, rafting, kite surf, pratica di atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, immersione con autorespiratore, scalata di roccia o di ghiaccio, guidoslitta, rugby, football americano, hockey su ghiaccio.

Resta fermo quanto previsto dall'art. 1.6 – Esclusioni – punto b.

1.5 Ernie addominali traumatiche

Fermo quanto previsto dall'art. 3.4 – Minorazioni preesistenti – Criteri di Indennizzabilità - , la garanzia comprende, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Inabilità Temporanea (ove previsti), le ernie addominali traumatiche, con l'intesa che:

- Qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposto solamente l'Indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea, ove prevista, per un periodo non superiore a 30 giorni;
- Qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto un Indennizzo non superiore al 10% della somma prevista dalla copertura per il caso di Invalidità Permanente totale;
- Qualora insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia la decisione è rimessa al Collegio Medico secondo la procedura prevista dal successivo art. 3.5 – Controversie – arbitrato irrituale.

1.6 Esclusioni

Restano esclusi dalla garanzia gli Infortuni determinati da:

- a) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se il dipendente, al momento dell'evento, è privo della prescritta abilitazione salvo il caso in cui la stessa risulti scaduta da non oltre 120 giorni e venga regolarmente rinnovata prima della definizione del danno oppure non venga rinnovata per causa esclusiva e diretta delle lesioni fisiche subite dal conducente a causa dell'evento;
- b) partecipazione, con qualsiasi veicolo o natante a motore, a competizioni ed alle relative prove salvo le gare di regolarità pura;
- c) guida di veicoli in circuiti, pur in assenza di competizione, salvo i corsi di guida sicura;
- d) pilotaggio ed uso di aeromobili, deltaplani, ultraleggeri, parapendio, salvo quanto previsto dall'art. 1.3 – Infortuni aeronautici -, nonché guida e uso di mezzi subacquei;
- e) delitti dolosi commessi o tentati dal dipendente;
- f) ubriachezza solo in caso di guida di veicoli se il tasso alcolemico è superiore a 0,5, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- g) guerra od insurrezione, salvo quanto previsto dall'art. 1.2 – Infortuni occorsi in occasioni di guerra e insurrezioni all'estero, tumulti popolari o terrorismo -;
- h) trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti nonché le contaminazioni nucleari, biologiche e chimiche.
Per contaminazione si intende l'avvelenamento di persone con sostanze nucleari, biologiche e chimiche che provochino infermità o morte.

Sono inoltre escluse le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche, non resi necessari in conseguenza d'Infortunio.

2. Garanzie

2.1 Morte

In caso di Infortunio indennizzabile che abbia come conseguenza la morte del dipendente e questa si verifichi entro due anni dal giorno dell'Infortunio, la Società corrisponde il capitale ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali.

2.2 Morte presunta

Qualora a seguito di Infortunio indennizzabile il corpo del dipendente non venga ritrovato, e si presume si avvenuto il decesso, la Società pagherà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi in parti uguali, il capitale previsto in caso di morte; il pagamento del predetto capitale avverrà decorsi sei mesi dalla presentazione della domanda per la dichiarazione di morte presunta (art. 60 n. 3 e 62 C.C.), mentre, in caso di affondamento o naufragio, oppure di caduta di aeromobile, il pagamento avverrà decorsi sei mesi dal Sinistro, qualora sia accertata dalla competente Autorità, la presenza a bordo del dipendente e quest'ultimo sia dato per disperso a seguito del Sinistro stesso (art. 211 e 838 Codice della Navigazione).

Resta inteso che se dopo il pagamento dell'Indennizzo risulterà che il dipendente non era morto o comunque non lo era a seguito di Infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, il dipendente potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente residua.

2.3 Invalidità Permanente

In caso di Infortunio indennizzabile che abbia come conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifichi entro due anni dal giorno dell'Infortunio, la Società corrisponde un Indennizzo calcolato sul capitale in proporzione al grado d'invalidità verificatosi.

La valutazione dell'Invalidità Permanente sarà effettuata secondo i criteri e le percentuali indicate nella Tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Nei confronti delle persone affette da mancinismo, le percentuali di invalidità permanente previste per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa. Se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale anatomica o funzionale di organi o arti, le percentuali della tabella vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta. La perdita anatomica o funzionale di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali riconosciute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Per i casi non previsti dalla tabella, il grado di Invalidità Permanente sarà stabilito in analogia ai casi elencati nella tabella stessa, tenuto conto della diminuita capacità generica lavorativa del dipendente, indipendentemente dalla specifica professione esercitata.

2.4 Indennità giornaliera per applicazione di Gessatura/ Mezzo di contenzione

Qualora l'Infortunio comporti applicazione di Gessatura / Mezzo di contenzione, l'azienda liquida l'Indennità convenuta a partire dal giorno successivo all'applicazione, per il periodo dell'immobilizzazione.

2.5 Rimborso spese di cura

L'azienda nei soli casi di infortuni professionali, rimborserà, entro il limite previsto dall'art. 39 lett. A.1.4) le spese sostenute per:

- a) per onorari medici e chirurgici, rette di degenza in Istituto di cura, diritti di sala operatoria e materiali d'intervento, accertamenti diagnostici, ticket, trasporto in ambulanza all'Istituto di cura o all'ambulatorio;
- b) per terapie fisiche (prescritte da medici), effettuate da medici o paramedici abilitati, medicinali;
- c) acquisto o noleggio di apparecchi protesici e terapeutici (comprese le protesi dentarie), qualora l'Infortunio abbia comportato Invalidità Permanente.

Il rimborso viene effettuato dalla Società a cure terminate su presentazione da parte del dipendente dei documenti giustificativi in originale.

Se il dipendente ha usufruito di assistenza sanitaria sociale o integrativa privata, la garanzia è operante per la parte di spesa a carico del dipendente stesso.

Sono rimborsabili le spese sostenute non oltre due anni dalla data dell'Infortunio.

3. Norme che regolano la copertura Infortuni

3.1 Estensione territoriale

La garanzia è operante per il mondo intero.

3.2 Persone non in copertura

Le garanzie non sono operanti per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, AIDS e sindromi collegate. La copertura cessa al termine del rapporto di lavoro.

3.3 Denuncia dell'infortunio

In caso di infortunio il dipendente deve darne comunicazione scritta all'azienda.

3.4 Minorazioni preesistenti – Criteri di indennizzabilità

La Società indennizza le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che siano indipendenti da eventuali minorazioni fisiche e stati patologici preesistenti.

La valutazione dell'infortunio sarà avviata dopo che il dipendente avrà presentato certificato di chiusura dell'infortunio relativo alla stabilizzazione dei postumi e comunque entro e non oltre due anni dall'infortunio.

3.5 Controversie – Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sulla indennizzabilità dell'evento nonché su causa, natura e conseguenze dell'Infortunio, sono demandate per iscritto ad un collegio di 3 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 ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza del dipendente.

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

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

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

La decisione del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

3.6 Rinuncia all'azione di rivalsa

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa di cui all'art. 1916 C.C., per le somme pagate lasciando così integri i diritti del dipendente o dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'Infortunio.

Allegato 11
(art. 39)

**CONDIZIONI DI COPERTURA
INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA**

Art. 1 – Definizioni

Nel testo che segue intendono per:

Malattia: l'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Invalidità permanente: la perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendente dalla professione svolta.

Art. 2 – Oggetto

In caso di malattia che abbia per conseguenza una invalidità permanente di grado superiore al 25% la garanzia prevede un indennizzo calcolato sulla somma oggetto di copertura.

La garanzia è operativa alle condizioni essenziali che:

- sia avvenuta la stabilizzazione clinica della malattia, in base al giudizio medico.
L'invalidità permanente venga accertata entro 6 mesi dalla data di denuncia della malattia, in base al giudizio medico sul grado di stabilizzazione della stessa.
- l'invalidità permanente si sia verificata entro un anno dal giorno nel quale la malattia è stata denunciata.

Le percentuali adottate per il calcolo dell'indennizzo saranno quelle previste dalla tabella sotto indicata:

Percentuale di I.P. accertata	Percentuale da applicare sul capitale	Percentuale di I.P. accertata	Percentuale da applicare sul capitale	Percentuale di I.P. accertata	Percentuale da applicare sul capitale
<= 25	0	38	26	51	53
26	2	39	28	52	56
27	4	40	30	53	59
28	6	41	32	54	62
29	8	42	34	55	65
30	10	43	36	56	68
31	12	44	38	57	71
32	14	45	40	58	74
33	16	46	42	59	77
34	18	47	44	60	80
35	20	48	46	61	83
36	22	49	48	62	86
37	24	50	50	63	89
				64	92
				65	95
				>= 66	100

La valutazione dell'invalidità permanente viene effettuata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alla tabella prevista nell'Allegato 1 alla Legge degli infortuni sul lavoro del 30-6-1965 n. 1124 (tabella INAIL)

Nei casi di invalidità permanente non previsti dall'Allegato 1 sopra citato la valutazione è concordata fra il medico del dipendente ed il consulente medico della Società che tengono conto, con riguardo ai casi di invalidità permanente previsti, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica del dipendente ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

Nel caso di invalidità permanente preesistente l'indennizzo è liquidato per le sole conseguenze dirette ed esclusive cagionate dalla malattia denunciata come se essa avesse colpito una persona fisicamente integra senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Nel caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un arto o di un organo già minorato le percentuali di invalidità permanente accertate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 3 – Esclusioni

La copertura non comprende le invalidità permanenti:

- le invalidità permanenti conseguenti a malattie insorte prima del 31/12/2016.
- preesistenti alla data di decorrenza della garanzia ed anche quelle conseguenti ad infortunio verificatosi prima o durante il periodo di validità della copertura;
- derivanti da malattie psicotiche o di natura organica, le psicosi e comunque ogni disturbo mentale, nevrosi o disagio esistenziale, come da classificazione del DSM IV (manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali);
- derivanti dall'abuso di alcoolici o psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- determinate da sieropositività HIV;
- conseguenti ad interventi chirurgici;
- conseguenti a prestazioni fornite da medici o infermieri non abilitati o comunque da chiunque eserciti professioni sanitarie senza specifica abilitazione;
- occorse in conseguenza di guerre e insurrezioni movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche.
- derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;

Art. 4 – Limiti di età e persone non in copertura

La copertura cessa al termine del rapporto di lavoro.

Non sono oggetto di copertura le persone affette da infermità mentale, alcoolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate. La copertura cessa dalla momento dell'effettiva manifestazione di una delle predette alterazioni patologiche.

Art. 5 – Estensione territoriale

La copertura vale in tutto il mondo con l'intesa che la valutazione dell'Invalidità Permanente e la liquidazione dei sinistri vengano effettuate in Italia, con pagamento degli indennizzi in valuta corrente italiana.

Art. 6 – Denuncia del sinistro e obblighi relativi

Nel caso di malattia che abbia comportato o sembri comportare un'invalidità permanente indennizzabile ai sensi delle condizioni previste dalla garanzia deve essere presentata denuncia scritta indirizzata all'azienda.

Alla denuncia deve essere unita o far seguito la seguente documentazione:

- a) certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze della malattia;
- b) certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica della malattia;
- c) copia della cartella clinica e ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti;
- d) trascorsi 6 mesi dalla data del certificato richiamato alla precedente lettera b), deve essere presentato con le modalità suddette un certificato medico con l'indicazione del grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia.

Il dipendente deve fornire ogni informazione e consentire la visita dei medici della Società e qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessaria, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Se dolosamente non viene adempiuto agli obblighi previsti dal presente articolo il dipendente perde il diritto all'indennizzo, se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente, la Società ha il diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 7 – Liquidazione del sinistro

L'azienda, compiuti gli accertamenti del caso, corrisponde il risarcimento secondo i meccanismi previsti dall'art. 24 lett B del presente CIA.

Ove, a giudizio sia del medico del dipendente che del consulente medico dell'azienda, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente la prognosi della malattia oggetto di denuncia e qualora il dipendente non intenda sottoporvisi, la valutazione del sinistro viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che residuerebbero se il dipendente stesso si sottoponesse a detto trattamento, senza riguardo quindi al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni di salute in atto.

Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e quindi non è trasferibile agli eredi.

Tuttavia se il dipendente muore dopo che l'ammontare dell'indennizzo si è stato determinato fra le parti, la Società paga l'importo stabilito agli eredi.

Art. 8 – Controversie

In caso di controversie sulla natura della malattia o sul grado di invalidità permanente o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, la vertenza è deferita 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 sul luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nella città sede di Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza del dipendente.

Ciascuna delle parti sostiene le spese del medico da essa designato e contribuisce in misura della metà alle spese del terzo medico.

Art. 9 – Competenza territoriale

Per le controversie concernenti l'esecuzione del contratto è esclusivamente competente, a scelta della parte attrice, l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza del convenuto ovvero quello del luogo ove ha sede l'azienda cui appartiene il dipendente.

Allegato 12
(art. 41)

CONDIZIONI SPECIFICHE PER IL PERSONALE INQUADRATO NELLA
DISCIPLINA SPECIALE PARTE TERZA DEL CCNL (CALL CENTER)

1. DIVERSIFICAZIONE ATTIVITA' IN UNIPOLSAI, UNISALUTE E LINEAR (CALL CENTER SINISTRI)

La diversificazione delle attività avviene con una distribuzione omogenea fra tutti gli operatori di un'attività telefonica che non superi la misura del 70% del tempo lavoro, con riferimento di massima all'arco temporale di 15 giorni.

In sede di incontri periodici di cui al punto j) dell'art. 41 del presente CIA, l'Impresa fornirà apposita informativa alle OO.SS.AA. in merito all'andamento della diversificazione delle attività.

2. PERCORSI DI INSERIMENTO

La durata del periodo di addestramento professionale è di 2 mesi. Le singole imprese potranno definire durate del periodo di addestramento professionale diverse legate alle singole realtà; qualora la durata del periodo di addestramento professionale sia di durata superiore a 2 mesi fino ad un massimo di 4 mesi, il periodo di contratto a tempo determinato verrà proporzionalmente ridotto.

3. CONDIZIONI PARTICOLARI DI ORARIO

a - UNIPOLSAI

Nella giornata del 4 ottobre (San Petronio patrono di Bologna) e nella giornata semifestiva del 2 novembre verrà garantito il normale presidio del Call Center.

Se le giornate del 4 ottobre e del 2 novembre cadono di sabato, gli operatori in turno per quella giornata garantiranno il presidio per tutta la mattina.

Nelle giornate semifestive del 24 dicembre e del 31 dicembre verrà garantito il presidio del Call Center per la sola mattina: pertanto, gli operatori del turno della mattina garantiranno il presidio per l'intera mattinata; gli operatori del turno pomeridiano recupereranno successivamente la prestazione non effettuata in accordo con il responsabile diretto. Se le giornate del 24 dicembre e del 31 dicembre cadono di sabato, il Call Center rimarrà chiuso e gli operatori anticiperanno la prestazione al venerdì precedente.

A deroga di quanto previsto dal CCNL, la prestazione lavorativa prevista per il sabato di Pasqua verrà anticipata al Venerdì di Pasqua. Pertanto, nella giornata del Sabato di Pasqua il Call Center rimarrà chiuso.

b - UNISALUTE

Nelle giornate del Venerdì Santo, 4 ottobre (San Petronio patrono di Bologna) e del 2 novembre verrà garantito il normale presidio del Call Center.

Nelle giornate semifestive del 24 dicembre e del 31 dicembre verrà garantito il presidio del Call Center per tutta la mattina.

Nella giornata del 16 agosto verrà garantito il normale presidio del Call Center. Se tale giornata cade di lunedì o di giovedì, il Call Center rimarrà chiuso.

Le seguenti disposizioni non si applicano alla centrale destinata al ramo assistenza.

c - LINEAR

Nella giornata del 4 ottobre (San Petronio patrono di Bologna) e nella giornata semifestiva del 2 novembre, verrà garantito il normale presidio del Call Center.

Nelle giornate semifestive del 24 dicembre e del 31 dicembre verrà garantito il presidio del Call Center per tutta la mattina. Se tali giornate cadono di sabato, il Call Center rimarrà chiuso.

A deroga di quanto previsto dal CCNL, la prestazione lavorativa prevista per il sabato di Pasqua verrà anticipata al Venerdì di Pasqua. Pertanto, nella giornata del Sabato di Pasqua il Call Center rimarrà chiuso.

Il giorno di riposo settimanale - se coincidente con una festività cadente fra il lunedì ed il venerdì - non potrà coincidere per più di una volta all'anno.

Per tutte le società, la maggiorazione prevista dall'art. 111 del CCNL ANIA del 17/9/2007 per il lavoro straordinario compiuto in un giorno festivo viene elevata complessivamente al 45%.