

CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE

**per il Personale delle Aree Professionali e per i Quadri Direttivi
di Unipol Banca S.p.A.
5 dicembre 2017**

TESTO UNICO E COORDINATO

**della normativa aziendale vigente per il Personale delle Aree
Professionali e per i Quadri Direttivi di Unipol Banca S.p.A.
5 dicembre 2017**

CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE
per il Personale delle Aree Professionali e per i Quadri Direttivi
di Unipol Banca S.p.A.

5 dicembre 2017

Contratto Integrativo Aziendale per il Personale delle Aree Professionali e per i Quadri Direttivi di Unipol Banca S.p.A.

In data odierna, 5 dicembre 2017, presso la sede di Unipol Banca S.p.A. in Bologna,

tra

UNIPOL BANCA S.p.A.

e

le delegazioni sindacali:

FABI	rappresentata dai sigg.ri	Alba Alabiso, Raffaello Andalò, Adriano Di Martino, David Lena, Andrea Martorella, Mattia Pari e Laura Querzè;
FIRST/CISL	rappresentata dai sigg.ri	Vincenzo Capezzuto, Marco Militerno, Paola Pisco, Marta Proietti e Alessandro Rivano;
FISAC/CGIL	rappresentata dai sigg.ri	Gianfranco Bruschi, Luca Chiapparini, Fabio Naldi, Paolo Riga e Rita Anna Scavone;
UIL C.A.	rappresentata dai sigg.ri	Marco Aversa, Alberto Forlai Claudio Migliorini e Calogero Tramuto.

Premesso che:

- in data 19 aprile 2011 è stato stipulato il Contratto Integrativo Aziendale per il Personale delle Aree Professionali e per i Quadri Direttivi di Unipol Banca S.p.A.;
- il predetto Contratto Integrativo Aziendale è scaduto in data 31 dicembre 2011;
- in data 31 marzo 2015 è stato stipulato il CCNL ABI per i quadri direttivi e per il personale delle aree professionali dipendenti dalle imprese creditizie, finanziarie e strumentali;
- le Parti intendono procedere, ai sensi dell'art. 28 del CCNL ABI 31 marzo 2015, al rinnovo del Contratto Integrativo Aziendale;

si conviene e sottoscrive quanto segue.

ART. 1 – PREMIO AZIENDALE

Secondo le previsioni di cui all'art. 48 del CCNL 31/3/2015, nonché sulla base delle valutazioni congiunte effettuate dalle Parti, il premio aziendale deve essere opportunamente definito in stretta correlazione ai risultati conseguiti nella realizzazione di programmi, concordati fra le Parti, aventi come obiettivo incrementi della produttività del lavoro, della qualità ed altri elementi di competitività di cui le imprese dispongano, nonché ad un miglior andamento dei risultati economici dell'impresa.

Inoltre, i commi 182-191 dell'art. 1, delle legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di stabilità 2016) e successive modificazioni hanno stabilito un regime fiscale agevolato per i premi di risultato di ammontare variabile, la cui corresponsione sia legata ad incrementi di produttività, redditività, qualità, efficienza ed innovazione, ed hanno disciplinato le fattispecie che non concorrono a formare il reddito da lavoro dipendente nell'eventualità in cui le stesse siano fruite, per scelta del lavoratore, in sostituzione dei predetti premi di risultato.

Il premio variabile potrà essere corrisposto sotto forma di premio di risultato lordo (P.R.L.) tramite l'erogazione di una somma lorda "Una Tantum" non computabile ai fini del TFR oppure - in alternativa e a parità di costo aziendale - il dipendente, che sia titolare di un reddito di lavoro di un importo non superiore alla soglia stabilita tempo per tempo dalla normativa fiscale in materia, potrà optare per il versamento di un contributo una tantum al Fondo Pensione a carico dell'impresa, sulla base di quanto previsto dalla lettera e bis) dell'art. 10 del TUIR 917/1986, ovvero per prestazioni di "Welfare", sulla base di quanto previsto al comma II dell'art. 51 del TUIR 917/1986 (e successive modificazioni).

a) ESERCIZIO 2017 – EROGAZIONE 2018

Con riferimento all'esercizio 2017, le Parti si sono ampiamente confrontate sui criteri di misurazione riferiti all'aumento della produzione, il cui raggiungimento sia verificabile in modo obiettivo attraverso il riscontro di indicatori numerici, in modo da stabilire le eventuali condizioni di erogazione nell'anno 2018 dell'istituto del premio aziendale.

Pertanto, in relazione all'esercizio 2017, nel caso in cui il risultato del bilancio registri un margine d'Intermediazione pari ad almeno € 323.000.000,00, l'eventuale premio variabile sarà determinato sulla base dell'incremento registrato nell'esercizio 2017 rispetto a quello 2016 alla voce "Commissioni Nette" (voce 60 del conto economico) secondo la tabella di seguito riportata.

INCREMENTO COMMISSIONI NETTE	P.R.L.	F. PENSIONE	WELFARE
Da 10% a 15%	€ 600	€ 690	€ 760
Oltre il 15% e fino al 20%	€ 650	€ 745	€ 820
Oltre il 20%	€ 700	€ 800	€ 880

b) ESERCIZIO 2018 – EROGAZIONE 2019

Con riferimento all'esercizio 2018, le Parti si confronteranno e definiranno i criteri di misurazione degli incrementi di produttività, redditività, qualità, efficienza ed innovazione, il cui raggiungimento sia verificabile in modo obiettivo attraverso il riscontro di indicatori numerici, in modo da stabilire le eventuali condizioni di erogazione nell'anno 2019 dell'istituto del premio aziendale.

L'importo massimo di erogazione sarà pari ad un premio di risultato lordo di € 795,00, a cui corrisponde in alternativa un contributo una tantum al Fondo Pensione di € 910,00 ovvero prestazioni di "Welfare" pari a € 1.000,00.

Inoltre, in analogia a quanto previsto nella tabella precedentemente riportata in relazione all'esercizio 2017, saranno previsti scaglioni inferiori di erogazione, qualora si registrino incrementi dell'indicatore numerico individuato per l'esercizio di riferimento, ancorchè non ci si attesti sul raggiungimento dell'obiettivo massimo.

c) MODALITA' DI EROGAZIONE ANNI 2018 e 2019

L'eventuale premio variabile sarà corrisposto a favore del personale dipendente non dirigente in servizio in Unipol Banca rispettivamente alla data del 31.12.2017 e del 31.12.2018 ed ancora in servizio rispettivamente alla data del 31.7.2018 e del 31.7.2019 in caso di erogazione sotto forma di somma lorda "Una Tantum" ovvero in caso di opzione per il versamento di un contributo una tantum al Fondo Pensione, oppure in servizio rispettivamente alla data del 30.11.2018 e del 30.11.2019 in caso di opzione per le prestazioni di "Welfare".

Al dipendente, che opterà per l'erogazione del premio variabile sotto forma di una somma lorda "Una Tantum", detto importo sarà corrisposto con le competenze del mese di luglio 2018 e luglio 2019 in base all'applicazione della normativa fiscale e contributiva vigente all'atto dell'erogazione.

Al dipendente, che opterà per il versamento di un contributo una tantum al Fondo Pensione da parte dell'Impresa, lo stesso sarà riconosciuto con le competenze del mese di luglio 2018 e luglio 2019.

Al dipendente, che opterà per le prestazioni di Welfare e avrà sostenuto le spese indicate nell'allegato a) nel corso degli anni 2018 e 2019, presentando la necessaria documentazione rispettivamente entro il 15.11.2018 e 15.11.2019, sarà corrisposto il relativo rimborso con le competenze rispettivamente del mese di novembre 2018 e novembre 2019.

Nel caso in cui rispettivamente entro il 15.11.2018 e il 15.11.2019 il dipendente abbia presentato documentazione per un valore totale inferiore rispetto alla capienza disponibile sopra indicata in termini di prestazioni di welfare, la restante quota parziale non fruita fino a concorrenza dell'importo stabilito sarà erogata rispettivamente nel mese di dicembre 2018 e dicembre 2019 con un versamento di un contributo una tantum netto al Fondo Pensione. Per il calcolo della suddetta quota parziale si applicherà la formula riportata nell'allegato b).

L'erogazione del premio avverrà con le seguenti modalità:

- ✓ in caso di inizio del rapporto di lavoro durante il corso dell'anno 2017 e 2018, compete in proporzione ai mesi di servizio prestato, considerando come mese intero l'eventuale frazione superiore a 15 giorni di calendario;
- ✓ per il personale a tempo parziale è ridotto in proporzione dell'orario di lavoro, fatta eccezione per l'erogazione in forma di Welfare;
- ✓ non viene corrisposto ai dipendenti che abbiano conseguito un giudizio professionale complessivo negativo (inadeguato) in relazione agli esercizi 2017 o 2018;
- ✓ non spetta ai dimissionari e ai lavoratori il cui rapporto di lavoro sia stato risolto per giusta causa o giustificato motivo soggettivo;
- ✓ spetta al personale che ha risolto il rapporto di lavoro per quiescenza dopo la chiusura dell'esercizio di riferimento;
- ✓ nei casi di assenza non retribuita, compete in proporzione ai mesi di servizio prestato, considerando come mese intero l'eventuale frazione superiore a 15 giorni di calendario;
- ✓ nei casi di assenza retribuita o di congedo di maternità, si applica quanto previsto dall'art. 48 del CCNL ABI 31 marzo 2015.

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

3. – Eventuali nuove fattispecie che venissero introdotte da norme di legge che entreranno in vigore in data successiva alla sottoscrizione del presente accordo.

NOTA A VERBALE

I familiari indicati nell'art. 12 del TUIR corrispondono a quelli previsti dall'art. 433 del codice civile e sono:

- i figli
- il coniuge
- i genitori e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi
- il suocero e la suocera
- i generi e le nuore
- i fratelli e le sorelle

Allegato b)

Esempio di riproporzionamento

Prestazioni welfare spettanti pari ad € 880,00.

Valore non utilizzato pari ad € 100,00.

Residuo in Previdenza Complementare

Previdenza Complementare : Prestazioni welfare = X : Valore non utilizzato

800	880	100
-----	-----	-----

Residuo netto in Previdenza Complementare pari ad € 90,91.

ART. 2 – INQUADRAMENTI

1. AREA COMMERCIALE

In materia di inquadramenti presso tutte le Filiali/Succursali (di seguito Filiali), a tutto il personale inquadrato nelle aree professionali ed ai quadri direttivi, è applicata la normativa prevista dal vigente CCNL ABI 31/3/2015.

Sono inoltre riconosciuti i seguenti inquadramenti qualora, alla data di stipulazione del presente accordo e successivamente in qualsiasi momento, sussistano le condizioni sotto riportate.

Coordinatore Commerciale

- Al lavoratore/lavoratrice formalmente incaricato dall'Azienda di svolgere i compiti previsti per tale posizione di lavoro, nell'ambito del modello organizzativo aziendale tempo per tempo in essere, è riconosciuto l'inquadramento di Quadro direttivo di 3° livello dopo 3 mesi di adibizione continuativa nell'incarico.

Responsabile Imprese

- Al lavoratore/lavoratrice formalmente incaricato dall'Azienda di svolgere i compiti previsti per tale posizione di lavoro, nell'ambito del modello organizzativo aziendale tempo per tempo in essere, è riconosciuto l'inquadramento di Quadro direttivo di 3° livello dopo 3 mesi di adibizione continuativa nell'incarico.

Responsabile Affluent

- Al lavoratore/lavoratrice formalmente incaricato dall'Azienda di svolgere i compiti previsti per tale posizione di lavoro, nell'ambito del modello organizzativo aziendale tempo per tempo in essere, è riconosciuto l'inquadramento di Quadro direttivo di 2° livello dopo 3 mesi di adibizione continuativa nell'incarico.
- al lavoratore/lavoratrice che abbia conseguito l'inquadramento di cui all'alinea che precede è riconosciuto altresì l'inquadramento di Quadro direttivo di 3° livello dopo ulteriori 18 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;
- al lavoratore/lavoratrice già inquadrato, al momento dell'attribuzione dell'incarico, come Quadro direttivo di 2° livello è riconosciuto l'inquadramento di Quadro direttivo di 3° livello dopo 18 mesi di adibizione continuativa nell'incarico.

Responsabile Sviluppo Privati

- Al lavoratore/lavoratrice formalmente incaricato dall'Azienda di svolgere i compiti previsti per tale posizione di lavoro, nell'ambito del modello organizzativo aziendale tempo per tempo in essere, è riconosciuto l'inquadramento di Quadro direttivo di 2° livello dopo 3 mesi di adibizione continuativa nell'incarico.

Sviluppatore Privati:

- la predetta posizione di lavoro viene ricoperta da personale inquadrato all'interno della 3^ area professionale.

Responsabile Small Business e Piccole Imprese

- Al lavoratore/lavoratrice formalmente incaricato dall'Azienda di svolgere i compiti previsti per tale posizione di lavoro, nell'ambito del modello organizzativo aziendale

tempo per tempo in essere, è riconosciuto l'inquadramento di Quadro direttivo di 2° livello dopo 3 mesi di adibizione continuativa nell'incarico.

Sviluppatore Small Business e Piccole Imprese

- la predetta posizione di lavoro viene ricoperta da personale inquadrato nella categoria dei Quadri Direttivi.

Gestore Imprese facoltizzato / Gestore Cooperative facoltizzato

- Al lavoratore/lavoratrice formalmente incaricato dall'Azienda di svolgere i compiti previsti per tale posizione di lavoro, nell'ambito del modello organizzativo aziendale tempo per tempo in essere, ed al quale sono attribuiti poteri deliberativi, è riconosciuto, al momento dell'assegnazione nell'incarico, l'inquadramento di Quadro direttivo di 1° livello dopo 5 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;
- al lavoratore/lavoratrice che abbia conseguito l'inquadramento di cui all'alinea che precede è riconosciuto altresì l'inquadramento di Quadro direttivo di 2° livello dopo ulteriori 12 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;
- al lavoratore/lavoratrice che al momento dell'assegnazione nell'incarico risulti già inquadrato come Quadro direttivo di 1° livello è riconosciuto l'inquadramento di Quadro direttivo di 2° livello dopo 12 mesi di adibizione continuativa nell'incarico.

Assistente Imprese / Assistente Cooperative

- Al lavoratore/lavoratrice formalmente incaricato dall'Azienda di svolgere i compiti previsti per tale posizione di lavoro - nell'ambito del modello organizzativo aziendale tempo per tempo in essere - ma privo di poteri deliberativi, è riconosciuto l'inquadramento nella 3^ area professionale, 3° livello retributivo dopo 3 mesi di adibizione continuativa nell'incarico.

Titolare di Filiale

- a) Filiali fino a 4 dipendenti:
 - al Titolare è riconosciuto l'inquadramento di Quadro direttivo di 1° livello dopo 5 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;
- b) Filiali da 5 a 6 dipendenti:
 - al Titolare è riconosciuto l'inquadramento di Quadro direttivo di 1° livello dopo 5 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;
 - al Titolare che abbia conseguito l'inquadramento di cui all'alinea che precede è riconosciuto altresì l'inquadramento di Quadro direttivo di 2° livello dopo ulteriori 7 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;
 - al Titolare già inquadrato, al momento dell'attribuzione dell'incarico, come Quadro direttivo di 1° livello è riconosciuto l'inquadramento di Quadro direttivo di 2° livello dopo 7 mesi di adibizione continuativa nell'incarico.

Vice Titolare di Filiale

- a) Filiali fino a 4 dipendenti:
 - al Vice Titolare è riconosciuto l'inquadramento nella 3^ area professionale, 2° livello retributivo dopo 3 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;

- al Vice Titolare che abbia conseguito l'inquadramento di cui all'alinea che precede è riconosciuto altresì l'inquadramento nella 3^a area professionale, 3° livello retributivo dopo ulteriori 9 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;
- al Vice Titolare già inquadrato, al momento dell'attribuzione dell'incarico, nella 3^a area professionale, 2° livello retributivo è riconosciuto l'inquadramento nella 3^a area professionale, 3° livello retributivo dopo 9 mesi di adibizione continuativa nell'incarico.

Con riferimento alle filiali fino a 3 dipendenti, la predetta disciplina entra in vigore a far data dal 1° gennaio 2018.

c) Filiali da 5 e 6 dipendenti:

- al Vice Titolare è riconosciuto l'inquadramento nella 3^a area professionale, 3° livello retributivo dopo 3 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;
- al Vice Titolare che abbia conseguito l'inquadramento di cui all'alinea che precede è riconosciuto altresì l'inquadramento nella 3^a area professionale, 4° livello retributivo dopo ulteriori 9 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;
- al Vice Titolare già inquadrato, al momento dell'attribuzione dell'incarico, nella 3^a area professionale, 3° livello retributivo è riconosciuto l'inquadramento nella 3^a area professionale, 4° livello retributivo dopo 9 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;

d) Filiali da 7 a 9 dipendenti:

- al Vice Titolare è riconosciuto l'inquadramento nella 3^a area professionale, 4° livello retributivo dopo 3 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;

e) Filiali oltre 9 dipendenti:

- al Vice Titolare è riconosciuto l'inquadramento di Quadro direttivo di 1° livello dopo 5 mesi di adibizione continuativa nell'incarico.

Ai fini degli inquadramenti dei Titolari e dei Vice Titolari, verrà computato il personale appartenente almeno alla 3^a area professionale ed al 3° livello retributivo (escluso l'ultimo alinea) della 2^a area professionale e si terrà conto del personale assunto a tempo indeterminato, con contratto di apprendistato professionalizzante, e con contratto a tempo determinato; si precisa che il personale in aspettativa legata alla maternità non viene computato ai fini del suddetto organico; relativamente al computo dei lavoratori a tempo parziale, si applica quanto previsto dall'art. 8 dell'appendice n. 1 del CCNL Assicredito 19/12/1994.

Gestore Small Business e Piccole Imprese

- Al lavoratore/lavoratrice formalmente incaricato dall'Azienda di svolgere i compiti previsti per tale posizione di lavoro, nell'ambito del modello organizzativo aziendale tempo per tempo in essere, è riconosciuto l'inquadramento nella 3^a area professionale, 3° livello retributivo dopo 3 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;
- al lavoratore/lavoratrice che abbia conseguito l'inquadramento di cui all'alinea che precede è riconosciuto altresì l'inquadramento nella 3^a area professionale, 4° livello retributivo dopo ulteriori 6 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;
- al lavoratore/lavoratrice già inquadrato, al momento dell'attribuzione dell'incarico, nella 3^a area professionale, 3° livello retributivo è riconosciuto l'inquadramento nella 3^a area professionale, 4° livello retributivo dopo 6 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;

- al lavoratore/lavoratrice che abbia conseguito l'inquadramento di cui ai due precedenti alinea è riconosciuto altresì l'inquadramento di Quadro direttivo di 1° livello dopo ulteriori 12 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;
- al lavoratore/lavoratrice già inquadrato nella 3^ area professionale, 4° livello retributivo è riconosciuto altresì l'inquadramento di Quadro direttivo di 1° livello dopo 12 mesi di adibizione continuativa nell'incarico.

Gestore Affluent

- Al lavoratore/lavoratrice formalmente incaricato dall'Azienda di svolgere i compiti previsti per tale posizione di lavoro, nell'ambito del modello organizzativo aziendale tempo per tempo in essere, è riconosciuto l'inquadramento nella 3^ area professionale, 3° livello retributivo dopo 3 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;
- al lavoratore/lavoratrice che abbia conseguito l'inquadramento di cui all'alinea che precede è riconosciuto altresì l'inquadramento nella 3^ area professionale, 4° livello retributivo dopo ulteriori 12 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;
- al lavoratore/lavoratrice già inquadrato, al momento dell'attribuzione dell'incarico, nella 3^ area professionale, 3° livello retributivo è riconosciuto l'inquadramento nella 3^ area professionale, 4° livello retributivo dopo 12 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;
- al lavoratore/lavoratrice che abbia conseguito l'inquadramento di cui all'alinea che precede è riconosciuto altresì l'inquadramento di Quadro direttivo di 1° livello dopo ulteriori 24 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;
- al lavoratore/lavoratrice già inquadrato, al momento dell'attribuzione dell'incarico, nella 3^ area professionale, 4° livello retributivo è riconosciuto l'inquadramento di Quadro direttivo di 1° livello dopo 24 mesi di adibizione continuativa nell'incarico.

2. AREA CREDITI

Responsabile Polo Crediti

- Al lavoratore/lavoratrice formalmente incaricato dall'Azienda di svolgere i compiti previsti per tale posizione di lavoro, nell'ambito del modello organizzativo aziendale tempo per tempo in essere, è riconosciuto l'inquadramento di Quadro direttivo di 3° livello dopo 3 mesi di adibizione continuativa nell'incarico.

Responsabile Monitoraggio Crediti di Area

- Al lavoratore/lavoratrice formalmente incaricato dall'Azienda di svolgere i compiti previsti per tale posizione di lavoro, nell'ambito del modello organizzativo aziendale tempo per tempo in essere, è riconosciuto l'inquadramento di Quadro direttivo di 2° livello dopo 3 mesi di adibizione continuativa nell'incarico.

Addetto funzione Concessione Crediti (facoltizzato)

- Al lavoratore/lavoratrice formalmente incaricato dall'Azienda di svolgere i compiti previsti per tale posizione di lavoro, nell'ambito del modello organizzativo aziendale tempo per tempo in essere, ed al quale sono attribuiti poteri deliberativi, è riconosciuto l'inquadramento nella 3^ area professionale, 4° livello retributivo dopo 3 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;
- al lavoratore/lavoratrice che abbia conseguito l'inquadramento di cui all'alinea che precede è riconosciuto altresì l'inquadramento di Quadro direttivo di 1° livello dopo ulteriori 5 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;

- al lavoratore/lavoratrice, al momento dell'attribuzione dell'incarico, già inquadrato nella 3^ area professionale, 4° livello retributivo è riconosciuto l'inquadramento di Quadro direttivo di 1° livello dopo 5 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;
- al lavoratore/lavoratrice che abbia conseguito l'inquadramento di cui ai due precedenti alinea è riconosciuto altresì l'inquadramento di Quadro direttivo di 2° livello dopo ulteriori 9 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;
- al lavoratore/lavoratrice già inquadrato, al momento dell'attribuzione dell'incarico, come Quadro direttivo di 1° livello è riconosciuto altresì l'inquadramento di Quadro direttivo di 2° livello dopo 9 mesi di adibizione continuativa nell'incarico.

Addetto Polo Crediti (facoltizzato)

- Al lavoratore/lavoratrice formalmente incaricato dall'Azienda di svolgere i compiti previsti per tale posizione di lavoro, nell'ambito del modello organizzativo aziendale tempo per tempo in essere, ed al quale sono attribuiti poteri deliberativi, è riconosciuto l'inquadramento nella 3^ area professionale, 3° livello retributivo dopo 3 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;
- al lavoratore/lavoratrice che abbia conseguito l'inquadramento di cui all'alinea che precede è riconosciuto altresì l'inquadramento nella 3^ area professionale, 4° livello retributivo dopo ulteriori 6 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;
- al lavoratore/lavoratrice già inquadrato, al momento dell'attribuzione dell'incarico, nella 3^ area professionale, 3° livello retributivo è riconosciuto l'inquadramento nella 3^ area professionale, 4° livello retributivo dopo 6 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;
- al lavoratore/lavoratrice che abbia conseguito l'inquadramento di cui ai due precedenti alinea è riconosciuto altresì l'inquadramento di Quadro direttivo di 1° livello dopo ulteriori 12 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;
- al lavoratore/lavoratrice già inquadrato nella 3^ area professionale, 4° livello retributivo è riconosciuto altresì l'inquadramento di Quadro direttivo di 1° livello dopo 12 mesi di adibizione continuativa nell'incarico.

Addetto funzione Concessione Crediti (non facoltizzato)

- Al lavoratore/lavoratrice formalmente incaricato dall'Azienda di svolgere i compiti previsti per tale posizione di lavoro, nell'ambito del modello organizzativo aziendale tempo per tempo in essere, e privo di poteri deliberativi, è riconosciuto l'inquadramento nella 3^ area professionale, 3° livello retributivo dopo 3 mesi di adibizione continuativa nell'incarico.

Addetto Polo Crediti (non facoltizzato)

- Al lavoratore/lavoratrice formalmente incaricato dall'Azienda di svolgere i compiti previsti per tale posizione di lavoro, nell'ambito del modello organizzativo aziendale tempo per tempo in essere, ma privo di poteri deliberativi, è riconosciuto l'inquadramento nella 3^ area professionale, 3° livello retributivo dopo 3 mesi di adibizione continuativa nell'incarico.

Addetto al Monitoraggio Crediti

- Al lavoratore/lavoratrice formalmente incaricato dall'Azienda di svolgere i compiti previsti per tale posizione di lavoro, nell'ambito del modello organizzativo aziendale tempo per tempo in essere, ma privo di poteri deliberativi, è riconosciuto l'inquadramento nella 3^ area professionale, 3° livello retributivo dopo 3 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;

- al lavoratore/lavoratrice che abbia conseguito l'inquadramento di cui all'alinea che precede è riconosciuto altresì l'inquadramento nella 3^a area professionale, 4° livello retributivo dopo 9 mesi di adibizione continuativa nell'incarico;
 - al lavoratore/lavoratrice già inquadrato, al momento dell'attribuzione dell'incarico, nella 3^a area professionale, 3° livello retributivo è riconosciuto l'inquadramento nella 3^a area professionale, 4° livello retributivo dopo 9 mesi di adibizione continuativa nell'incarico.
- La predetta disciplina entra in vigore a far data dal 1° gennaio 2018.

3. DIREZIONE GENERALE

Responsabile

Ai lavoratori/lavoratrici in possesso di elevata preparazione professionale e/o particolare specializzazione che, nell'ambito di una unità organizzativa di Direzione Generale (comunque denominata), ricoprono l'incarico di Responsabile, è riconosciuto l'inquadramento nella 3^a area professionale, 4° livello retributivo dopo 3 mesi di adibizione continuativa nell'incarico.

Dichiarazione delle Parti

Le Parti dichiarano altresì l'opportunità di incontrarsi per approfondire le problematiche derivanti da eventuali modifiche organizzative e/o nuove attività che hanno rilevanza sull'organizzazione del lavoro e sulla professionalità delle persone e che saranno oggetto di specifica informativa.

Le Parti si incontreranno ogni qualvolta l'azienda individuerà nuove figure professionali, al fine di confrontarsi in materia di competenze professionali e degli aspetti relativi agli inquadramenti.

Le Parti convengono che l'attribuzione formale di ogni incarico avvenga per iscritto.

Nota a verbale

Si precisa che:

- *il periodo di assegnazione temporanea ai predetti incarichi - previsto ai sensi dell'art. 2103 del cod. civ. e degli articoli 83 e 98 del CCNL ABI del 31.3.2015 - è computato al fine della maturazione degli inquadramenti disciplinati dal presente CIA. Durante tale periodo di assegnazione temporanea il lavoratore ha diritto al trattamento economico corrispondente all'inquadramento minimo disciplinato dal presente CIA. Non sarà applicato il periodo di assegnazione temporanea per gli incarichi i cui inquadramenti minimi hanno decorrenza immediata;*
- *per i lavoratori/lavoratrici che, alla data di stipulazione del presente contratto integrativo aziendale, ricoprono un incarico per il quale è variato il dettame contrattuale rispetto ad accordi sindacali precedenti ovvero è stata definita ex novo la relativa disciplina contrattuale, nel caso in cui:*
 - *l'adibizione al predetto ruolo abbia già superato le tempistiche previste nel presente contratto integrativo aziendale, il conseguente inquadramento sarà riconosciuto a*

far tempo dal mese successivo alla data di stipulazione, senza riconoscimento alcuno di arretrati economici;

- *l'adibizione al predetto ruolo non abbia ancora superato le tempistiche previste nel presente contratto integrativo aziendale, il conseguente inquadramento sarà riconosciuto secondo le nuove modalità previste e tenendo conto del periodo di adibizione in itinere già svolto, senza riconoscimento alcuno di arretrati economici.*

ART. 3 – GARANZIE VOLTE ALLA SICUREZZA DEL LAVORO

Nel quadro delle garanzie volte alla sicurezza del lavoro è previsto quanto segue:

- l'azienda farà ricorso esclusivamente a società specializzate per il trasferimento di valori nell'ambito della rete delle filiali, tra le filiali e gli uffici della Direzione Generale e viceversa, o tra filiali e/o uffici della Direzione Generale e enti terzi e/o clientela;
- l'operatore di sportello al quale, in caso di rapina, venissero rivolte contestazioni per eccedenze o giacenze di numerario superiori alle previsioni delle norme interne, può farsi assistere da un rappresentante delle organizzazioni sindacali cui aderisce o conferisce mandato;
- l'operatore non verrà comunque ritenuto responsabile di eccedenze o giacenze eccedenti createsi per eventi di carattere occasionale e non dipendenti da negligenze dello stesso;
- l'azienda porterà a conoscenza delle R.S.A. nonché, all'atto dell'assunzione dei singoli lavoratori, le condizioni generali e particolari di assicurazione della vigente polizza infortuni del personale;
- l'azienda valuterà la concessione di un breve periodo di riposo ai lavoratori che, a seguito di rapina sul lavoro, ne facciano richiesta e si impegna ad esaminare le domande di avvicendamento eventualmente formulate dagli interessati;
- l'azienda in caso di apertura di nuovi sportelli ovvero di ristrutturazione di quelli già in essere, si impegna a predisporre le necessarie misure di sicurezza con soluzioni che evitino barriere all'accesso e all'uscita dei dipendenti e/o clienti portatori di handicap.

Si precisa che la Rappresentanza dei lavoratori per la sicurezza è disciplinata sulla base di quanto previsto dall'accordo del 21.11.2016.

ART. 4 – TUTELA DELLE CONDIZIONI IGIENICO-SANITARIE NELL'AMBIENTE DI LAVORO

Fermo restando quanto previsto dalla vigente normativa in materia di prevenzione, igiene e sicurezza dei lavoratori in ambiente di lavoro, in conformità alle previsioni di cui al D. Lgs. 9/4/2008, n. 81 e successive modificazioni, ai Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza sono attribuiti anche i compiti di cui all'art. 9 della Legge 20 maggio 1970, n. 300.

Unipol Banca 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.

ART. 5 – ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA per tutto il personale appartenente alle aree professionali dalla 1^a alla 3^a ed ai quadri direttivi di 1° e 2° livello

Le Parti hanno convenuto di mantenere il trattamento di assistenza sanitaria disciplinato dall'art. 5 del Contratto Integrativo Aziendale per il Personale delle Aree Professionali e per i Quadri Direttivi di Unipol Banca 19.4.2011, così come integrato per effetto dell'accordo sottoscritto in data 30.1.2014, che risulta aggiornato come di seguito riportato a far data dal 1° gennaio 2018.

Sono destinatari dei trattamenti di assistenza sanitaria:

- i lavoratori/lavoratrici assunti a tempo indeterminato al termine del superamento del periodo di prova;
- i lavoratori/lavoratrici assunti con contratto di apprendistato professionalizzante, al termine del superamento del periodo di prova.

Le adesioni alla Cassa di Assistenza tempo per tempo individuata avverranno con le modalità previste dallo Statuto e dal Regolamento della stessa.

Le spese conseguenti all'iscrizione alla Cassa di Assistenza restano a carico di Unipol Banca.

Il trattamento di assistenza sanitaria è quello previsto dai piani sanitari realizzati dalla Cassa di Assistenza tramite la stipulazione di apposita convenzione con Unisalute S.p.A.; l'elenco delle prestazioni è allegato al presente accordo (allegato n. 1).

L'assistenza sanitaria è realizzata con un contributo complessivo annuo alla Cassa di Assistenza di euro 1.565,00 di cui euro 80,00 a carico del dipendente tramite dieci quote mensili da marzo a dicembre addebitati sul cedolino stipendi.

L'assistenza sanitaria realizzata con il predetto contributo complessivo è riferita per il dipendente, il coniuge fiscalmente a carico ed i figli anch'essi fiscalmente a carico del dipendente medesimo:

- alla garanzia "Ricoveri, Specialistica e Protesi ortopediche e acustiche";
- alla garanzia "Dentarie e Lenti".

In proposito si precisa che:

- il figlio a carico non convivente è equiparato a quello a carico convivente risultante da stato di famiglia;
- il coniuge a carico non convivente è equiparato a quello a carico convivente risultante da stato di famiglia;
- il convivente more uxorio – risultante dallo stato di famiglia e con reddito non superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico – è equiparato al coniuge fiscalmente a carico.

E' prevista la possibilità di estendere le prestazioni "Ricoveri, Specialistica e Protesi ortopediche e acustiche" del piano sanitario ai componenti il nucleo familiare risultanti dallo stato di famiglia del dipendente – che non siano fiscalmente a carico dello stesso – attraverso il versamento di specifici contributi assistenziali ad esclusivo carico del dipendente medesimo così determinati:

- a) euro 320,00 per l'estensione al coniuge o al convivente "more uxorio"; in proposito si precisa che il coniuge non a carico e non convivente – purché non legalmente separato – è equiparato al coniuge fiscalmente non a carico e convivente;

- b) euro 255,00 per l'estensione ad ogni figlio non fiscalmente a carico;
- c) euro 760,00 per l'estensione ad ogni genitore, purché presente nello stato di famiglia.

Si precisa che l'attivazione delle opzioni a), b) e c) per la sezione "Ricoveri, Specialistica e Protesi ortopediche e acustiche" comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari, intesi come sopra indicati, risultanti dallo stato di famiglia.

I contributi sopra indicati, previsti a carico del dipendente, sono addebitati sul cedolino stipendi tramite dieci quote mensili da marzo a dicembre.

E' prevista altresì la possibilità di estendere le prestazioni "Dentarie e Lenti" del piano sanitario attraverso il versamento di specifici contributi assistenziali ad esclusivo carico del dipendente medesimo così determinati:

- a) euro 355,00 per l'estensione al coniuge o al convivente "more uxorio"; in proposito si precisa che il coniuge non a carico e non convivente – purché non legalmente separato – è equiparato al coniuge fiscalmente non a carico e convivente;
- b) euro 120,00 per l'estensione ad ogni figlio non fiscalmente a carico;
- c) euro 485,00 per l'estensione ad ogni genitore purché presente nello stato di famiglia.

Si precisa che:

- solo i familiari che hanno attivato la garanzia "Ricoveri, Specialistica e Protesi ortopediche e acustiche" possono acquisire le garanzie della sezione "Dentarie e Lenti";
- l'attivazione delle opzioni a), b) e c) per la sezione "Dentarie e Lenti" comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari, intesi come sopra indicati, che abbiano attivato la sezione "Ricoveri, Specialistica e Protesi ortopediche e acustiche".

I contributi sopra indicati, previsti a carico del dipendente, sono addebitati sul cedolino stipendi tramite dieci quote mensili da marzo a dicembre.

* * * * *

Fino al 31 dicembre 2017 restano in vigore le garanzie e le condizioni in essere alla data di stipulazione del presente CIA.

Sono allegati al presente accordo e ne costituiscono parte integrante i seguenti documenti:

- Statuto e Regolamento della Cassa di assistenza (allegati n. 2 e n. 3).
- elenco delle prestazioni di assistenza sanitaria erogate tramite convenzione assicurativa stipulata con la Compagnia Assicuratrice Unisalute S.p.A. (allegato n. 1).

ART. 6 – ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA PER TUTTO IL PERSONALE APPARTENENTE AI QUADRI DIRETTIVI DI 3° E 4° LIVELLO

Le Parti hanno convenuto di mantenere il trattamento di assistenza sanitaria disciplinato dall'art. 6 del Contratto Integrativo Aziendale per il Personale delle Aree Professionali e per i Quadri Direttivi di Unipol Banca 17.4.2011, così come integrato per effetto dell'accordo sottoscritto in data 30.1.2014, che risulta aggiornato come di seguito riportato a far data dal 1° gennaio 2018.

Sono destinatari dei trattamenti di assistenza sanitaria:

- i lavoratori/lavoratrici assunti a tempo indeterminato al termine del superamento del periodo di prova.

Le adesioni alla Cassa di Assistenza tempo per tempo individuata avverranno con le modalità previste dallo Statuto e dal Regolamento della stessa.

Le spese conseguenti all'iscrizione alla Cassa di Assistenza restano a carico di UGF Banca.

Il trattamento di assistenza sanitaria è quello previsto dai piani sanitari realizzati dalla Cassa di assistenza tramite la stipulazione di apposita convenzione con Unisalute S.p.A.; l'elenco delle prestazioni è allegato al presente accordo (allegato n. 4).

L'assistenza sanitaria è realizzata con un contributo complessivo annuo alla Cassa di Assistenza di euro 2.010,00 di cui euro 90,00 a carico del dipendente tramite dieci quote mensili da marzo a dicembre addebitati sul cedolino stipendi.

L'assistenza sanitaria realizzata con il predetto contributo complessivo è riferita per il dipendente, il coniuge fiscalmente a carico ed i figli anch'essi fiscalmente a carico del dipendente medesimo:

- alla garanzia "Ricoveri, Specialistica e Protesi ortopediche e acustiche";
- alla garanzia "Dentarie e Lenti".

In proposito si precisa che:

- il figlio a carico non convivente è equiparato a quello convivente risultante da stato di famiglia;
- il coniuge a carico non convivente è equiparato a quello convivente risultante da stato di famiglia;
- il convivente more uxorio – risultante dallo stato di famiglia e con reddito non superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico – è equiparato al coniuge fiscalmente a carico.

E' prevista la possibilità di estendere le prestazioni "Ricoveri, Specialistica e Protesi ortopediche e acustiche" del piano sanitario ai componenti il nucleo familiare risultanti dallo stato di famiglia del dipendente – che non siano fiscalmente a carico dello stesso – attraverso il versamento di specifici contributi assistenziali ad esclusivo carico del dipendente medesimo così determinati:

- a) euro 365,00 per l'estensione al coniuge o al convivente "more uxorio"; in proposito si precisa che il coniuge non a carico e non convivente – purché non legalmente separato – è equiparato al coniuge fiscalmente non a carico e convivente;
- b) euro 365,00 per l'estensione ad ogni figlio non fiscalmente a carico;

- c) euro 980,00 per l'estensione ad ogni genitore purché presente nello stato di famiglia.

Si precisa che l'attivazione delle opzioni a), b) e c) per la sezione "Ricoveri, Specialistica e Protesi ortopediche e acustiche" comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari, intesi come sopra indicati, risultanti dallo stato di famiglia.

I contributi sopra indicati, previsti a carico del dipendente, sono addebitati sul cedolino stipendi tramite dieci quote mensili da marzo a dicembre.

E' prevista altresì la possibilità di estendere le prestazioni "Dentarie e Lenti" del piano sanitario attraverso il versamento di specifici contributi assistenziali ad esclusivo carico del dipendente medesimo così determinati:

- a) euro 355,00 per l'estensione al coniuge o al convivente "more uxorio"; in proposito si precisa che il coniuge non a carico e non convivente – purché non legalmente separato – è equiparato al coniuge fiscalmente non a carico e convivente;
- b) euro 120,00 per l'estensione ad ogni figlio non fiscalmente a carico;
- c) euro 485,00 per l'estensione ad ogni genitore purché presente nello stato di famiglia.

Si precisa che:

- solo i familiari che hanno attivato la garanzia "Ricoveri, Specialistica e Protesi ortopediche e acustiche" possono acquisire le garanzie della sezione "Dentarie e Lenti";
- l'attivazione delle opzioni a), b) e c) per la sezione "Dentarie e Lenti" comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari, intesi come sopra indicati, che abbiano attivato la sezione "Ricoveri, specialistica e Protesi ortopediche e acustiche".

I contributi sopra indicati, previsti a carico del dipendente, sono addebitati sul cedolino stipendi tramite dieci quote mensili da marzo a dicembre.

* * * * *

Fino al 31 dicembre 2017 restano in vigore le garanzie e le condizioni in essere alla data di stipulazione del presente CIA.

Sono allegati al presente accordo e ne costituiscono parte integrante i seguenti documenti:

- Statuto e Regolamento della Cassa di assistenza (allegati n. 2 e n. 3).
- elenco delle prestazioni di assistenza sanitaria erogate tramite convenzione assicurativa stipulata con la Compagnia Assicuratrice Unisalute S.p.A. (allegato n. 4).

ART. 7 – ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA PER I PENSIONATI UNIPOL BANCA

Per i lavoratori collocati in quiescenza nel corso dell'anno:

- le garanzie di cui agli articoli 5 e 6 restano valide fino alla prima scadenza annuale;
- le garanzie per ricoveri per grandi interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio e per cure oncologiche 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. In tal caso, sarà versato annualmente dall'interessato il contributo di € 200,00.

Il trattamento di assistenza sanitaria di cui al secondo alinea è previsto dal piano sanitario realizzato dalla Cassa di Assistenza tramite la stipulazione di apposita convenzione con Unisalute e l'elenco delle prestazioni è allegato al presente accordo (allegato n. 5).

Le spese conseguenti all'iscrizione alla Cassa di Assistenza restano a carico di Unipol Banca.

ART. 8 – PREVIDENZA COMPLEMENTARE

A) Aspetti contributivi

1. Contributo a carico azienda

Premesso che in Unipol Banca è istituita una forma di previdenza complementare aziendale realizzata tramite il “Fondo Pensione dei Lavoratori Unipol Banca” (di seguito denominato Fondo) che ha lo scopo di erogare trattamenti pensionistici complementari del sistema obbligatorio pubblico a favore dei dipendenti, ai sensi del D. Lgs. 124/93 e successive modifiche ed integrazioni, si conviene che il contributo mensile posto a carico di Unipol Banca a favore di ciascun lavoratore/lavoratrice iscritto al Fondo - con inquadramento nelle aree professionali e nei quadri direttivi - è stabilito con le modalità e nelle misure indicate nella tabella che segue:

<i>- contribuzione a carico azienda -</i>	
<i>tipologia iscritti</i>	<i>misura % contribuzione</i>
Vecchi iscritti	4,50%
Nuovi iscritti in servizio presso Unipol Banca fino al 13.7.2001	4,10%
Nuovi iscritti in servizio presso Unipol Banca dal 14.7.2001	3,60%

2. Contributo a carico dipendente

- Ferma restando la facoltà per tutti i lavoratori di determinare liberamente l’entità della contribuzione a proprio carico si precisa che ciascun iscritto, vecchio o nuovo, può contribuire mensilmente al Fondo con un versamento a partire da un minimo dello 0,25 % (con aliquote intermedie individuate, a partire dallo 0,50%, per multipli dello 0,50%) calcolato sulla retribuzione lorda presa a base per il computo del TFR, con esclusione di ogni altro emolumento;
- è prevista la facoltà dell’iscritto di richiedere la variazione dell’aliquota scelta, non più di una volta nell’anno solare, con richiesta da inoltrare al datore di lavoro entro il 31 dicembre, con effetto dall’1 gennaio.

3. Trattamento di Fine Rapporto

I lavoratori/lavoratrici iscritti contribuiscono inoltre al Fondo con il trasferimento di una quota annua del TFR, nelle seguenti misure:

- “vecchi iscritti”: versamento da un minimo del 2,75% della retribuzione utile al calcolo del TFR, fino all’intero importo del TFR maturando nell’anno;
- “nuovi iscritti” (non di prima occupazione successiva al 28/4/1993): versamento da un minimo del 2,00% della retribuzione utile al calcolo del TFR, fino all’intero importo del TFR maturando nell’anno;
- lavoratori/lavoratrici di “prima occupazione” successiva al 28/4/1993: versamento dell’intero TFR maturando nell’anno.

4. Retribuzione di riferimento e periodicità della contribuzione.

- La retribuzione di riferimento per il calcolo dei contributi al Fondo, posti a carico sia dell'iscritto che dell'azienda, è la retribuzione lorda presa a base per il computo del TFR, con esclusione di ogni altro emolumento;
- i predetti contributi e la quota del TFR sono versati al Fondo con periodicità mensile.

5. Perdita dei requisiti di partecipazione al Fondo

Nei casi di cessazione del rapporto di lavoro che determinano la perdita dei requisiti di partecipazione al Fondo, senza aver maturato i requisiti per il diritto alla pensione complementare, è consentita al lavoratore la facoltà di chiedere il riscatto dell'intera posizione individuale.

6. Trasferimento volontario della posizione individuale

Fermo restando quanto previsto dalla normativa in materia di fondi pensione, il lavoratore iscritto al Fondo che in costanza di rapporto di lavoro chiede il trasferimento della posizione individuale maturata ad altra forma pensionistica ha diritto al versamento del solo TFR maturando alla nuova forma pensionistica da lui prescelta, con esclusione del contributo a carico dell'Azienda e con contestuale cessazione delle coperture assicurative accessorie al Fondo, quali la polizza infortuni extra professionali, la polizza invalidità permanente da malattia e la polizza vita caso morte.

7. Adesione mediante conferimento del solo TFR

L'adesione al Fondo o ad un'altra forma pensionistica realizzata tramite il solo conferimento esplicito o tacito del TFR non comporta l'obbligo della contribuzione a carico dell'Azienda.

Qualora la predetta modalità di adesione riguardi il Fondo non verranno, altresì, attivate le coperture assicurative accessorie al Fondo stesso indicate al punto precedente.

B) Aspetti regolamentari

Viene iscritto al Fondo il personale dipendente assunto in servizio a tempo indeterminato e con contratto di apprendistato professionalizzante, con effetto dalla data di decorrenza dell'assunzione, a condizione che la richiesta di iscrizione, munita della documentazione necessaria, pervenga al Fondo entro i 30 gg. successivi alla decorrenza dell'assunzione ovvero entro i 30 gg. successivi al termine dell'eventuale periodo di prova, nei casi in cui il periodo di prova termini nello stesso anno solare dell'assunzione. Nel caso in cui il periodo di prova non termini nello stesso anno solare dell'assunzione, l'iscrizione decorrerà dall'1 gennaio dell'anno successivo.

In caso di adesione oltre i termini sopraindicati, la stessa decorrerà dal primo giorno del mese successivo a quello in cui perviene al Fondo la richiesta di iscrizione.

I dipendenti assunti con contratto a termine vengono iscritti al Fondo al momento dell'eventuale trasformazione a tempo indeterminato del loro rapporto di lavoro, con le medesime modalità già individuate al capoverso che precede (con decorrenza comunque non anteriore alla trasformazione del rapporto di lavoro).

L'adesione al Fondo è volontaria e, una volta effettuata, è irrevocabile per tutta la durata del rapporto di lavoro, salvo i casi di cessazione di partecipazione al Fondo previsti dallo Statuto. All'atto dell'iscrizione, richiesta in forma scritta dallo Statuto e dal Regolamento del Fondo, ogni dipendente rilascerà alla Banca una delega irrevocabile a trattenere dalla sua retribuzione i contributi previsti dal presente accordo.

La mancata adesione al Fondo da parte dei dipendenti non comporta il nascere di qualsiasi diritto dei medesimi al riconoscimento sotto altra forma di quanto dovuto dalla Banca sulla base degli accordi in materia di previdenza complementare.

I dipendenti che non intendano aderire al Fondo devono pertanto formalizzare per iscritto la volontà di rinunciare al trattamento pensionistico complementare nella consapevolezza che il contributo mensile a carico della Banca non si convertirà in trattamenti di altro genere.

La trattenuta del contributo mensile posto a carico di ciascun dipendente iscritto al Fondo, viene effettuata direttamente dalla Banca sulla retribuzione e trasmessa al Fondo unitamente ai contributi mensili a carico della Banca stessa.

In caso di assenza per aspettativa non retribuita, per la quale si verifichi una sospensione del rapporto di lavoro, con sospensione integrale della retribuzione e senza la maturazione del TFR, è comunque mantenuta l'iscrizione al Fondo pur in assenza di contribuzione.

In caso di cessazione del rapporto di lavoro cessano i requisiti di partecipazione al Fondo, salvo i casi previsti dallo Statuto.

Le spese di gestione del Fondo sono a carico della Banca che si impegna inoltre a fornire idonei locali per il funzionamento dello stesso. Per tali spese la Banca verserà al Fondo una specifica contribuzione nelle misure stabilite annualmente dal C.d.A. del Fondo.

Nota a verbale

Il presente articolo rappresenta la situazione normativa aziendale in materia di previdenza complementare, riveniente da precedenti accordi aziendali già siglati sull'argomento (Accordi 16/5/1991; 17/12/1996; 18/12/1996; 13/7/2001, art. 3; 5/12/2001; 16/5/2003, art. 2; 4/3/2004, 4/1/2006 e 29/12/2006) di cui non costituisce novazione.

ART. 9 – DECORRENZA E DURATA

Il presente Contratto Integrativo Aziendale si applica al personale appartenente alle aree professionali ed ai quadri direttivi in servizio alla data di stipulazione o assunto successivamente.

Il presente contratto entra in vigore a decorrere dalla data di sottoscrizione; da tale data restano abrogate e sostituite integralmente tutte le norme del preesistente contratto integrativo aziendale (CIA 19/4/2011).

Per quanto non espressamente disposto dal presente contratto, valgono le norme del CCNL ABI 31/3/2015.

Il presente Contratto scade, in conformità alle previsioni del CCNL ABI 31/3/2015, il 30 giugno 2019.

TESTO UNICO E COORDINATO
della normativa aziendale vigente
per il Personale delle Aree Professionali e per i Quadri Direttivi
di Unipol Banca S.p.A.

5 dicembre 2017

**Testo Unico e Coordinato della normativa aziendale vigente per il Personale delle
Aree Professionali e per i Quadri Direttivi di Unipol Banca S.p.A.**

In data odierna, 5 dicembre 2017, presso la sede di Unipol Banca S.p.A. in Bologna,

tra

UNIPOL BANCA S.p.A.

e

le delegazioni sindacali:

FABI	rappresentata dai sigg.ri	Alba Alabiso, Raffaello Andalò, Adriano Di Martino, David Lena, Andrea Martorella, Mattia Pari e Laura Querzè;
FIRST/CISL	rappresentata dai sigg.ri	Vincenzo Capezzuto, Marco Militerno, Paola Pisco, Marta Proietti e Alessandro Rivano;
FISAC/CGIL	rappresentata dai sigg.ri	Gianfranco Bruschi, Luca Chiapparini, Fabio Naldi, Paolo Riga e Rita Anna Scavone;
UIL C.A.	rappresentata dai sigg.ri	Marco Aversa, Alberto Forlai Claudio Migliorini e Calogero Tramuto.

Premessa

Le Parti stipulanti il presente “Testo Unico e Coordinato” si danno atto che:

- attraverso il presente “Testo Unico e Coordinato”, è confermato il reciproco impegno allo sviluppo di un sistema di relazioni sindacali improntato a migliorare la gestione degli strumenti contrattuali, in particolare quelli relativi all’informazione e al confronto, in un’ottica di coinvolgimento delle Parti per consolidare, con le predette modalità, un metodo partecipativo;
- ai fini dello sviluppo delle strategie aziendali, si è reso e si renderà necessario un costante processo di adeguamento e di revisione organizzativa; tale processo ha determinato e potrà determinare importanti modifiche nell’assetto della struttura aziendale;
- le risorse umane occupano un ruolo centrale nei fattori di crescita della Banca; tale riconoscimento si afferma nella loro motivazione e partecipazione, secondo principi di collaborazione e di responsabilità diffuse;
- l’intensa fase di ristrutturazione e concentrazione in corso nel settore del credito e le crisi aziendali verificatesi, rendono necessaria una strategia aziendale in grado di affrontare le esigenze di mercato, in una logica di efficienza, competitività e valorizzazione delle competenze professionali, al fine di elevare le proprie capacità concorrenziali; in tale contesto il sistema di relazioni sindacali aziendale si deve ispirare, nella necessaria distinzione dei ruoli, a principi di responsabilizzazione e coinvolgimento, così da realizzare sintesi efficaci tra obiettivi aziendali ed attese dei lavoratori anche attraverso specifici momenti di confronto e di verifica;
- la contrattazione collettiva aziendale per la parte economica deve essere strettamente correlata all’andamento economico della Banca, tenuto conto di indicatori di produttività e redditività, della remunerazione degli investimenti, ed eventualmente dei diversi apporti professionali;
- in data 5 dicembre 2017 è stato stipulato il Contratto Integrativo Aziendale;
- le premesse formano parte integrante del presente “Testo Unico e Coordinato”.

ART. 1 – SVILUPPO PROFESSIONALE E DI CARRIERA

Premessa

Le capacità professionali costituiscono un patrimonio fondamentale per i lavoratori/lavoratrici e per l'efficienza e la produttività di Unipol Banca.

Lo sviluppo professionale si realizza, in via principale e in coerenza con le previsioni dell'art. 73 del vigente CCNL, tramite:

- una formazione adeguata (anche tramite affiancamento e addestramento);
- l'esperienza pratica di lavoro;
- la mobilità su diverse posizioni di lavoro.

L'inquadramento del lavoratore/lavoratrice:

- deve essere coerente alle mansioni effettivamente svolte nell'ambito dell'organizzazione aziendale;
- deve rappresentare un riconoscimento delle competenze professionali acquisite anche attraverso specifici iter formativi ed esercitate attraverso concrete esperienze di lavoro.

* * * * *

Tanto premesso, Unipol Banca si impegna a valorizzare e sviluppare le capacità professionali secondo il principio delle pari opportunità ed in coerenza con le scelte strategiche e le esigenze organizzative e produttive dell'azienda.

In tale contesto, lo sviluppo professionale si realizzerà anche attraverso specifici percorsi professionali ai quali potrà accedere tutto il personale di Unipol Banca, anche sulla base di una valutazione delle potenzialità e delle attitudini dei lavoratori/lavoratrici interessati nonché - prioritariamente - in funzione delle esigenze di carattere tecnico, organizzativo e produttivo.

In particolare si potranno individuare i seguenti percorsi professionali per il personale di Unipol Banca, con l'obiettivo di creare delle opportunità per sviluppare conoscenze e competenze finalizzate anche allo sviluppo di carriera del personale stesso:

- 1) *Percorso Professionale Orizzontale*;
- 2) *Percorso Professionale Verticale*.

I lavoratori/lavoratrici interessati ai percorsi professionali potranno farne richiesta in forma scritta, su base volontaria, ai propri Responsabili ed alla funzione Personale.

1) Percorso Professionale Orizzontale - Regolamentazione:

a. requisiti:

- anzianità di servizio, di norma, non inferiore a 24 mesi;
- disponibilità alla mobilità territoriale; tale disponibilità potrà, in via prioritaria, esplicitarsi in ambito provinciale ovvero, con il consenso del lavoratore/lavoratrice, anche su ambiti territoriali più ampi.

b. modalità:

- l'inserimento nel percorso professionale e la sua decorrenza, saranno formalizzati con comunicazione scritta al lavoratore/lavoratrice interessato;
- la mobilità professionale si potrà esplicitare nell'ambito della unità operativa di appartenenza ovvero anche in altre unità operative in funzione delle esigenze aziendali;
- si potrà svolgere facendo ricoprire ai lavoratori/lavoratrici anche tutte le aree di attività previste dall'organizzazione delle u.o. di appartenenza;
- potrà avere, di norma, durata massima di 24 mesi;
- la verifica degli stati di avanzamento del percorso avverrà anche nell'ambito del sistema di valutazione professionale del lavoratore;
- potrà essere interrotto ad iniziativa del lavoratore/lavoratrice in ogni caso o ad iniziativa aziendale solo in caso di valutazione inadeguata delle prestazioni, non prima di 6 mesi dal suo inizio;
- in caso di interruzione e se il percorso professionale aveva già determinato l'assegnazione ad una nuova unità operativa, l'Azienda valuterà, compatibilmente con le proprie esigenze organizzative, la possibilità di assegnare prioritariamente il lavoratore/lavoratrice presso l'unità operativa di iniziale appartenenza ovvero presso unità operativa limitrofa.

Al termine del percorso il personale interessato che avrà acquisito un adeguato livello di preparazione professionale e conseguito, per tutta la durata del percorso, giudizi professionali non inferiori ad "adeguato" - in via prioritaria – potrà, ferme restando le esigenze tecniche, organizzative e produttive, essere assegnato a ricoprire mansioni per le quali ha maturato specifiche competenze che prevedono un inquadramento minimo.

Al termine del percorso formativo, anche nel caso in cui tale personale non sia utilizzato in mansioni comportanti un inquadramento minimo, ferma restando una valutazione non inferiore ad "adeguato", lo stesso maturerà un inquadramento superiore con il limite massimo del 2° livello retributivo della 3^a area professionale.

L'azienda formalizzerà, entro il mese di maggio, tramite apposita comunicazione a tutto il Personale, l'intenzione di attivare specifici percorsi professionali orizzontali.

L'individuazione dei partecipanti, tra coloro che ne faranno richiesta, avverrà attraverso il merito della valutazione professionale e, al fine di conferire trasparenza alle opportunità di formazione ed allo sviluppo professionale, terrà conto di ulteriori elementi e/o criteri quali, a titolo di esempio, le esperienze professionali, la formazione fruita, la rotazione in mansioni diverse, l'anzianità di servizio e/o di permanenza nell'inquadramento, ecc.

Dichiarazione a verbale

L'azienda raccoglie l'invito delle oo.ss.aa. di valutare con particolare attenzione le richieste di inserimento nei percorsi professionali orizzontali da parte di lavoratori/lavoratrici inquadrati da almeno 5 anni nel 1° e nel 2° livello retributivo della 3^ area professionale.

In tali casi laddove al termine del percorso formativo, tale personale non sia utilizzato in mansioni comportanti un inquadramento minimo e sempre che abbia conseguito, per tutta la durata del percorso, giudizi professionali non inferiori ad "adeguato" maturerà un inquadramento al livello retributivo superiore rispetto a quello di appartenenza nell'ambito della 3^ area professionale e con il massimo del 3° livello retributivo della 3^ area professionale.

In proposito l'azienda dichiara altresì che i lavoratori/lavoratrici già inquadrati nel 1° livello retributivo della 3^ area professionale, che già fruiscono di un trattamento economico corrispondente a quello del 2° livello retributivo, matureranno l'inquadramento al 3° livello retributivo della 3^ area professionale.

2) Percorso Professionale Verticale - Regolamentazione:

a. requisiti:

- anzianità di servizio, di norma, non inferiore a 36 mesi;
- disponibilità alla mobilità territoriale;

b. modalità:

- l'inserimento nel percorso professionale e la sua decorrenza, saranno formalizzati con comunicazione scritta al lavoratore/lavoratrice interessato;
- le aree di attività sulle quali si svolge il percorso sono - in via principale - quelle relative a ruoli per i quali sono previsti inquadramenti minimi (a titolo di es. Vice Titolare di Filiale) che, di norma, non siano inferiori al 3° livello retributivo della 3^a area professionale;
- la mobilità professionale si potrà esplicare nell'ambito della unità operativa di appartenenza ovvero anche in altre unità operative in funzione delle esigenze aziendali;
- la verifica degli stati di avanzamento del percorso avverrà anche nell'ambito del sistema di valutazione professionale del lavoratore/lavoratrice;
- potrà avere, di norma, durata massima di 36 mesi;
- potrà essere interrotto ad iniziativa del lavoratore/lavoratrice in ogni caso o ad iniziativa aziendale solo in caso di valutazione inadeguata delle prestazioni, non prima di 6 mesi dal suo inizio;
- in caso di interruzione e se il percorso professionale aveva già determinato l'assegnazione ad una nuova unità operativa, l'Azienda valuterà, compatibilmente con le proprie esigenze organizzative, la possibilità di assegnare il lavoratore/lavoratrice in mansioni sostanzialmente equivalenti a quelle di avvio e la possibilità di assegnazione presso l'unità operativa di iniziale appartenenza ovvero presso unità operativa limitrofa.

Al termine del percorso il personale interessato che avrà acquisito un adeguato livello di preparazione professionale e conseguito giudizi professionali non inferiori ad "adeguato" potrà - in via prioritaria - essere assegnato a ricoprire incarichi comportanti un inquadramento superiore.

Laddove, decorsi 9 mesi dal termine del percorso formativo, tale personale non sia utilizzato in mansioni comportanti un inquadramento minimo e, comunque, dopo aver conseguito una valutazione non inferiore ad "adeguato", maturerà comunque un inquadramento superiore, con il limite massimo del 1° livello retributivo dei quadri direttivi.

Norme comuni a tutte le tipologie di percorsi professionali

Si precisa che:

- i percorsi professionali verranno attivati con cadenza almeno biennale;
- se si dovesse verificare l'interruzione del percorso per fattori non connessi ad una valutazione inadeguata della prestazione professionale, le eventuali nuove competenze, comunque, acquisite verranno tenute in debita considerazione dall'azienda al fine di reinserire eventualmente in futuro il dipendente nel percorso sospeso ovvero in mansioni che tengano conto delle competenze acquisite.

I percorsi professionali (orizzontali e verticali) saranno sostenuti da opportuni progetti formativi mirati a sviluppare adeguate capacità e conoscenze in coerenza con i ruoli tempo per tempo da ricoprire e saranno eventualmente personalizzati sui bisogni formativi di ogni singolo lavoratore/lavoratrice; tali interventi formativi potranno rientrare anche all'interno dei quantitativi previsti per la c.d. formazione obbligatoria.

L'azienda prende atto dell'invito delle oo.ss.aa. affinché l'accesso all'iter formativo previsto nei percorsi professionali non venga correlato alla stipula di patti di stabilità o di non concorrenza.

Ad integrazione delle previsioni di cui all'art. 72, punto 9 del CCNL 31.3.2015 l'Azienda fornirà alle oo.ss.aa. una informativa annuale con documentazione di supporto sull'andamento complessivo dei percorsi formativi professionali indicando, tra l'altro, il numero dei lavoratori/lavoratrici che ne hanno fatto richiesta, il numero dei lavoratori/lavoratrici inseriti e le loro caratteristiche (ad es. età, anzianità di servizio, titolo di studio ecc.) e dei percorsi attivati nonché di quelli eventualmente interrotti, i passaggi di livello riconosciuti ed il numero delle domande non accolte con le relative motivazioni.

Le parti convengono di avere esperito la procedura di cui all'art. 76 del CCNL 31.3.2015 e di avere condiviso le soluzioni sopra riportate.

ART. 2 – FORMAZIONE PROFESSIONALE

Si conferma che - anche con riferimento a quanto previsto dall'art. 72 del CCNL ABI 31.03.2015 - la formazione rappresenta uno strumento essenziale per trasferire cultura, competenza e conoscenza, nonché un necessario fattore di crescita professionale e di motivazione del personale.

La Formazione assume, altresì, un ruolo strategico per la realizzazione delle necessarie trasformazioni aziendali e per adempiere a quanto previsto dalle normative comunitarie e nazionali.

Tanto premesso la Banca continuerà a sviluppare le attività di formazione – secondo criteri di trasparenza e pari opportunità – anche con l'obiettivo di favorire la valorizzazione delle persone presenti in azienda al fine di garantirne la crescita e lo sviluppo professionale.

L'impegno di erogare una formazione qualificata, si concretizzerà, in via generale, anche attraverso progetti formativi specialistici, anche finanziati, coerenti con il ruolo ricoperto o da ricoprire. Questi ultimi verranno preventivamente presentati dall'Azienda alle oo.ss.aa., al fine di condividerne – quando richiesto dai relativi bandi - i loro contenuti ed il relativo iter progettuale.

Per l'apprendimento di tematiche complesse si prediligerà il ricorso alla formazione di aula e in materia di formazione a distanza si applica quanto previsto dall'accordo del 10.9.2009.

Le giornate di formazione effettuate in comune diverso dalla propria sede di lavoro e dal proprio residenza/domicilio (dimora) danno luogo al trattamento di "Missione" di cui all'art. 70 del vigente CCNL e le stesse saranno utili al computo dei 5 giorni da cui decorre l'opzione per il trattamento di diaria in luogo del piè di lista.

ART. 3 – VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE INTERNE

La Banca, nel confermare che le persone sono un fattore centrale indispensabile allo sviluppo aziendale, dichiara che la valorizzazione delle stesse si afferma tramite la loro motivazione e partecipazione; pertanto le politiche del personale saranno orientate allo sviluppo professionale da realizzarsi prioritariamente tramite la crescita interna.

Conseguentemente, laddove si verificassero esigenze di ricoprire specifiche posizioni di lavoro, la Banca - prima di attingere al mercato esterno - continuerà a valutare la presenza di eventuali professionalità idonee già presenti al proprio interno.

In particolare, la Banca valuterà nei casi di specie le candidature del personale, che aveva già ricoperto quel tipo di ruolo, prima che la sua posizione lavorativa venisse modificata a seguito di un processo di razionalizzazione e/o riorganizzazione delle unità produttive, dando priorità ad eventuali candidature spontanee.

ART. 4 – LAVORO A TEMPO PARZIALE

La richiesta di poter effettuare una prestazione lavorativa a tempo parziale deve essere presentata per iscritto dal dipendente all'Azienda, indicando le motivazioni della richiesta stessa.

L'Azienda valuterà con particolare attenzione le richieste di una prestazione lavorativa a tempo parziale provenienti dalla lavoratrice/lavoratore fino al compimento del terzo anno di età del proprio figlio.

L'Azienda, compatibilmente con le proprie esigenze tecniche, organizzative e produttive, accoglierà le richieste fino al 20% complessivo del Personale in servizio destinatario del CCNL ABI 31 marzo 2015.

In proposito si precisa che:

- le richieste di effettuare prestazioni lavorative a tempo parziale verranno riscontrate dall'Azienda almeno 30 giorni prima della decorrenza indicata dal lavoratore;
- le richieste di rinnovo relative a prestazioni lavorative a tempo parziale già in essere verranno riscontrate dall'Azienda almeno 45 giorni prima della loro scadenza.

Il dipendente può chiedere di effettuare una prestazione lavorativa a tempo parziale secondo una delle seguenti modalità:

modo orizzontale: prevede l'equa distribuzione dell'orario di lavoro su cinque giornate nell'arco della settimana, articolato su 20, 25, 30 e 32,30 ore settimanali. L'articolazione su 30 e 32,30 ore settimanali di norma prevedrà l'effettuazione dell'intervallo.

modo verticale: prevede la distribuzione dell'orario di lavoro su alcune giornate anche non consecutive, articolato come segue:

- 30 ore settimanali su quattro giornate di 7,30 ore;
- 22,30 ore settimanali su tre giornate di 7,30 ore;

modo misto: prevede la distribuzione dell'orario di lavoro in 32,30 ore settimanali, su tre giornate di 7,30 ore e due giornate di 5 ore.

Ulteriori modalità di effettuazione della prestazione lavorativa a tempo parziale, sia per quanto riguarda la quantità che la distribuzione dell'orario di lavoro, potranno essere concordate dalle Parti.

La richiesta del dipendente deve avere una durata massima di 12 mesi, rinnovabile più volte finché sussistono le motivazioni iniziali della richiesta fatta.

L'Azienda valuterà, di norma, le motivazioni contenute nelle richieste pervenute, secondo i seguenti criteri di priorità:

1. figli minori fino a 6 anni di età ovvero assistenza a familiari conviventi e non ed a conviventi inabili o portatori di handicap;
2. figli minori da 6 a 12 anni di età;
3. altri motivi personali o familiari di rilevante entità;
4. motivi di studio;
5. altri motivi personali.

In caso di raggiungimento del limite massimo delle richieste di part-time concedibili contenenti motivazioni analoghe, avrà la precedenza la richiesta pervenuta anteriormente. Qualora le richieste siano pervenute contemporaneamente avrà precedenza la richiesta del dipendente con maggiore anzianità di servizio.

Al fine di favorire l'accoglimento delle richieste e il superamento delle difficoltà organizzative, o in relazione ad eventuali futuri provvedimenti legislativi in merito, le Parti si incontreranno al fine di approfondire, caso per caso, le problematiche che dovessero presentarsi.

Per quanto riguarda i pacchetti formativi in favore del personale part-time, previsti dall'art. 72 del vigente CCNL e successive modifiche, e per ogni corso di formazione fruito dal medesimo personale, l'Azienda si impegna a retribuire le ore di formazione effettuate oltre il normale orario di lavoro e fino a concorrenza dell'orario giornaliero a tempo pieno, anche eccedenti le 24 ore del pacchetto formativo obbligatorio, nel limite di durata complessiva dei corsi erogati.

ART. 5 – FLESSIBILITÀ DELL'ORARIO DI LAVORO

Fermo restando quanto previsto dalle norme contrattuali, tempo per tempo vigenti, l'Azienda, compatibilmente con le proprie esigenze tecniche, organizzative e produttive, accorda ai lavoratori pendolari, in merito ad esigenze connesse agli orari dei mezzi pubblici, o ai lavoratori con esigenze di natura personale comunicate tramite una dichiarazione di necessità, elasticità ovvero spostamenti di orario di entrata e di uscita, nell'ambito massimo di 30 minuti giornalieri, sia in via anticipata che posticipata.

Le elasticità di cui sopra, così come quelle contrattualmente previste, vengono accordate qualora siano garantiti i presidi minimi delle Filiali e delle singole unità operative di Direzione Generale, secondo i seguenti criteri:

- dipendente portatore di handicap;
- presenza di figli in età scolare;
- consistente distanza domicilio – luogo di lavoro;
- motivi personali o familiari di rilevante entità.

ART. 6 – ASPETTATIVE E PERMESSI

Fermo restando quanto previsto dalle norme contrattuali, tempo per tempo vigenti, l'Azienda accorda permessi con le modalità di seguito riportate:

A) PERMESSI RETRIBUITI

1. nascite:

- 2 giorni lavorativi, fruibili entro 15 giorni dall'evento, nel caso di nascita di un figlio;

2. decessi:

- 3 giorni lavorativi, in occasione di ogni evento, nel caso di decesso del coniuge (o del convivente more uxorio), di figli e genitori, anche se non conviventi;
- 1 giorno lavorativo, in occasione di ogni evento, nel caso di decesso di un parente di secondo grado, anche se non convivente.

Resta, comunque, ferma la possibilità per il lavoratore/lavoratrice di richiedere - in alternativa a quanto previsto dal precedente punto 2) - l'applicazione delle previsioni di cui all'art. 4, comma 1, della Legge 53/2000 (allegato n. 6).

3. cura dei figli:

- permessi retribuiti al fine di consentire la cura dei figli, fermo restando quanto previsto dalle norme di legge e di contratto tempo per tempo vigenti, con le modalità di seguito riportate:
 - fino ai 3 anni di vita del bambino, 30 ore annuali;
 - dai 3 ai 10 anni di vita del bambino, 15 ore annuali.

Tale monte ore sarà fruibile, da ciascun dipendente genitore - con frazionamento minimo di 30 minuti - per assistere i propri figli in occasione di visite mediche, esami e accertamenti diagnostici e ricoveri ospedalieri.

I permessi dovranno essere richiesti con almeno 24 ore di preavviso e giustificati con successiva presentazione di idonea certificazione medica.

4. prestazioni sanitarie:

- brevi permessi retribuiti per il tempo strettamente necessario alle prestazioni ed agli spostamenti (il permesso relativo all'itinerario non potrà superare complessivamente, di norma, la durata di 90 minuti) per:
 - visite mediche;
 - analisi cliniche;
 - prestazioni sanitarie specialistiche;effettuabili solo in orario di lavoro presso strutture pubbliche, nonché presso strutture private in caso di urgenza;
- permessi retribuiti per il tempo necessario, in caso di cicli di terapia per patologie di carattere oncologico accertate;
- brevi permessi retribuiti - compatibilmente con le esigenze tecniche, organizzative e produttive - per il tempo strettamente necessario alle prestazioni ed agli spostamenti (il permesso relativo all'itinerario non potrà superare complessivamente, di norma, la durata di 90 minuti che viene elevata a 150 minuti nel caso in cui la prestazione sia effettuata in un comune diverso dalla sede di lavoro e ad esso non

limitrofo) per prestazioni sanitarie aventi carattere terapeutico a seguito di infortunio e malattia - per le sole fattispecie previste e autorizzate dal piano sanitario aziendale, tempo per tempo vigente - effettuabili solo in orario di lavoro presso strutture pubbliche, nonché presso strutture private in caso di urgenza; restano escluse dal trattamento in parola le cure termali.

I predetti permessi dovranno essere debitamente documentati con presentazione, al rientro in servizio, di dichiarazione rilasciata dalla struttura sanitaria o dal medico riportante le circostanze di cui sopra (tipo di prestazione sanitaria, la durata e l'impossibilità di sottoporsi alla stessa al di fuori dell'orario di lavoro; tale ultima circostanza potrà eventualmente essere documentata dal lavoratore anche tramite un'autocertificazione).

5. per altre cause:

- brevi permessi retribuiti, previa valutazione caso per caso, a fronte di assenze del lavoratore/lavoratrice determinate da particolari impegni a cui non possa sottrarsi per obblighi di legge ovvero conseguenti a particolari cause esterne e/o di forza maggiore; le richieste devono possibilmente pervenire all'Azienda con almeno 24 ore di preavviso.

B) PERMESSI NON RETRIBUITI

1. esigenze personali:

- permessi non retribuiti - compatibilmente con le esigenze tecniche, organizzative e produttive - a richiesta del lavoratore/lavoratrice, nella misura massima di 30 ore annuali; le richieste devono pervenire all'Azienda con almeno 24 ore di anticipo;

2. assistenza di familiari portatori di handicap:

- in aggiunta a quanto già previsto dalla L. 104/92, permessi non retribuiti - compatibilmente con le esigenze tecniche, organizzative e produttive - a richiesta del lavoratore/lavoratrice, nella misura massima di 100 ore annuali per l'assistenza di familiari portatori di handicap;

3. trattamenti terapeutici:

- permessi non retribuiti - compatibilmente con le esigenze tecniche, organizzative e produttive - a richiesta del lavoratore/lavoratrice, per necessità di ricorrere a trattamenti terapeutici (nelle fattispecie non previste alla lettera A), punto 4), 2° alinea del presente articolo), documentati da certificazione medica; in tal caso l'assenza si deve protrarre soltanto per una frazione della giornata;

4. aspettative per motivi personali e di studio:

- una aspettativa non retribuita - compatibilmente con le esigenze tecniche, organizzative e produttive - a richiesta del lavoratore, per motivi di studio, o familiari e personali fino ad un massimo di un anno nel corso del rapporto di lavoro, frazionabile fino ad un massimo di tre periodi, eventualmente aumentabili previo accordo con l'Azienda.

Il lavoratore/lavoratrice può richiedere i permessi non retribuiti di cui ai punti 1, 2 e 3 anche nel caso in cui non abbia esaurito la propria spettanza di ferie, permessi e banca ore relativi all'esercizio in corso.

C) PERMESSI CON RECUPERO

Compatibilmente con le esigenze tecniche organizzative e produttive, a richiesta del lavoratore/lavoratrice con almeno 24 ore di anticipo, potranno essere concessi permessi con successivo recupero di ore o parti di ore - con frazionamento minimo di mezz'ora - per i seguenti motivi:

- a) interessi di famiglia e gravi motivi di indole privata;
- b) necessità di inserire all'asilo o alla scuola dell'infanzia il proprio figlio.

I permessi di cui alla lettera a) possono essere concessi in caso di esaurimento delle ferie annuali spettanti, nonché delle ore riversate nella "banca delle ore". La suddetta disposizione sull'obbligo di avere esaurito le ferie annuali spettanti non si applica ai lavoratori/lavoratrici a part-time.

Il recupero dei suddetti permessi deve essere inderogabilmente effettuato entro la fine del mese successivo a quello in cui il permesso è stato fruito.

Il recupero dei permessi di cui alla lettera b) deve essere inderogabilmente effettuato entro tre mesi dalla data di fruizione degli stessi.

ART. 7 – COPERTURE ASSICURATIVE IN FAVORE DEL PERSONALE

L'azienda attiverà tramite idonee polizze assicurative - con effetto dal 1° gennaio 2018 le seguenti coperture:

- polizza infortuni professionali: con garanzia, per il solo dipendente, di una copertura in caso di morte di un capitale pari a 4 volte la retribuzione annua lorda ed in caso di invalidità permanente fino a 5 volte la retribuzione annua lorda; la garanzia comprende anche i c.d. infortuni in "itinere" subiti dal dipendente mentre compie il tragitto per via ordinaria dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, ma comunque durante il tempo necessario a compiere tale percorso. In caso di infortunio in "itinere", fino al 5% di Invalidità Permanente la liquidazione avviene sul 50% della somma assicurata, mentre se l'Invalidità Permanente è superiore al 5% l'indennizzo viene calcolato sul 100% della somma assicurata.

La presente copertura assicurativa è attivata in favore di tutti i dipendenti assunti a tempo indeterminato, con decorrenza dal superamento del periodo di prova.

La garanzia opera secondo le condizioni speciali riportate nell'allegato n. 7 e per quanto non espressamente indicato valgono le condizioni generali di polizza, che saranno pubblicate nella rete intranet aziendale;

- polizza infortuni extra professionali: con garanzia, per il solo dipendente, di una copertura in caso di morte di un capitale pari a 4 volte la retribuzione annua lorda ed in caso di invalidità permanente fino a 5 volte la retribuzione annua lorda. Nella garanzia di invalidità permanente si applica una franchigia relativa del 5%.

La presente copertura assicurativa è stipulata in favore di tutti i dipendenti iscritti al Fondo Pensione dei lavoratori Unipol Banca con versamento di apposita contribuzione a carico della Banca al Fondo Pensione; in caso di assunzione in corso d'anno la copertura assicurativa avrà effetto dalla data di adesione al Fondo Pensione.

La garanzia opera secondo le condizioni speciali riportate nell'allegato n. 8 e per quanto non espressamente indicato valgono le condizioni generali di polizza, che saranno pubblicate nella rete intranet aziendale;

- polizza invalidità permanente da malattia: con garanzia, per il solo dipendente, di un capitale massimo assicurato fino a 4 volte la retribuzione annua lorda dell'interessato, in favore di tutti i dipendenti iscritti al Fondo Pensione dei lavoratori Unipol Banca con versamento di apposita contribuzione a carico della Banca al Fondo Pensione; in caso di assunzione in corso d'anno la copertura assicurativa avrà effetto dalla data di adesione al Fondo Pensione.

La garanzia opera secondo le condizioni speciali riportate nell'allegato n. 9 e per quanto non espressamente indicato valgono le condizioni generali di polizza, che saranno pubblicate nella rete intranet aziendale;

- polizza caso morte: con garanzia, per il solo dipendente, di un capitale massimo assicurato pari a 2 volte la retribuzione annua lorda dell'interessato, in favore di tutti i dipendenti iscritti al Fondo Pensione dei lavoratori Unipol Banca con versamento di apposita contribuzione a carico della Banca al Fondo Pensione; in caso di assunzione in corso d'anno la copertura assicurativa avrà effetto dalla data di adesione al Fondo Pensione.

La garanzia opera secondo le condizioni speciali riportate nell'allegato n. 10 e per quanto non espressamente indicato valgono le condizioni generali di polizza, che saranno pubblicate nella rete intranet aziendale;

- polizza caso di malattia/infortunio che risolve il rapporto di lavoro: con garanzia, per il solo dipendente iscritto alla Cassa di Assistenza, di una somma pari a due volte la retribuzione annua lorda nel caso in cui l'Impresa risolva il rapporto di lavoro per il superamento del periodo di comporto previsto dal C.C.N.L. a causa di malattia (sia per I.P. sia per morbilità) o infortunio, a condizione che il fatto morboso o l'infortunio abbia avuto inizio dopo il periodo di prova. 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 infortunio.

La garanzia opera secondo le condizioni speciali riportate nell'allegato n. 11 e per quanto non espressamente indicato valgono le condizioni generali di polizza, che saranno pubblicate nella rete intranet aziendale.

Fino al 31 dicembre 2017 restano in vigore le garanzie e le condizioni in essere alla data di stipulazione del presente Testo Unico.

Dichiarazione a verbale

Si dichiara altresì che in favore dei dipendenti di Unipol Banca sono applicate le condizioni in materia di coperture assicurative così come stabilite da specifica convenzione.

Art. 8 – ANTICIPAZIONE DEL TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO (TFR) NON DESTINATO A FONDO PENSIONE

Con riferimento alle modalità previste dalla legge per l'anticipazione di somme accantonate a TFR e non destinate a fondo pensione, l'azienda erogherà l'anticipazione del T.F.R. nella misura del 85% del maturato e accoglierà una seconda richiesta di anticipazione presentata dal dipendente sempre nel limite massimo complessivo del 85% della somma accantonata.

In aggiunta alle causali previste dall'art. 2120 del codice civile, l'anticipazione del T.F.R. potrà essere riconosciuta anche qualora ricorrano le sotto elencate motivazioni:

- acquisto autovettura per le persone diversamente abili;
- spese per l'adozione e/o l'affido;
- spese per l'istruzione dei figli.

In merito alla causale prevista dall'art. 2120 del codice civile di anticipazione del T.F.R. giustificata dalla necessità di spese sanitarie per terapie o interventi straordinari, si precisa che – in alternativa al riconoscimento da parte delle competenti strutture pubbliche – l'accoglimento sarà subordinato alle seguenti condizioni:

- la spesa non sia di natura estetica;
- la spesa sia in tutto o in parte rimasta in carico al dipendente, perché non coperta integralmente dalla copertura sanitaria prevista dal Contratto Integrativo Aziendale.

Tutte le richieste dovranno essere supportate da adeguata documentazione in originale che attesti l'effettuazione delle spese.

ART. 9 – BANCA ORE

Le Parti convengono sulla necessità di garantire ai lavoratori la fruibilità delle ore riversate nella banca ore, in coerenza con la vigente disciplina contrattuale.

Qualora si verificassero particolari situazioni di mancato recupero delle ore riversate nella banca ore - dipendenti da ragioni tecnico organizzative o produttive aziendali verificatesi a seguito di eventi straordinari - le Parti potranno incontrarsi per convenire eccezionalmente una proroga dei termini, in deroga a quanto previsto dal CCNL, tempo per tempo vigente, con possibilità di recupero entro i due mesi successivi dalla scadenza.

La Banca trasmette ai lavoratori interessati un'apposita comunicazione periodica, riportante: l'ammontare delle ore riversate nella banca ore, le ore già recuperate e il residuo ore ancora da recuperare, con indicazione delle relative scadenze.

ART. 10 – GIUDIZIO PROFESSIONALE COMPLESSIVO

Il giudizio professionale complessivo annuale viene comunicato, in deroga alle vigenti disposizioni contrattuali, entro il mese di maggio dell'anno successivo a quello cui si riferisce.

Il Responsabile inserisce nell'apposita procedura informatica i verbali di colloquio ed il dipendente ne può altresì prendere visione, accedendo alla stessa tramite la Intranet aziendale, sulla base delle tempistiche attualmente previste all'interno del sistema aziendale di valutazione della prestazione professionale.

Qualora il dipendente sia assente dal servizio nell'arco temporale previsto per la comunicazione del giudizio professionale, l'Azienda lo trasmetterà all'interessato, tramite raccomandata a/r.

In caso di ricorso avverso il giudizio professionale ai sensi del CCNL tempo per tempo vigente, verrà redatto apposito verbale sottoscritto dalle parti.

ART. 11 – INCONTRO ANNUALE

Con riferimento alle previsioni del CCNL, tempo per tempo vigente, e a quanto previsto dal presente Testo Unico e Coordinato in materia di incontri specifici, l'azienda si rende disponibile ad affrontare nel corso di appositi incontri semestrali, su iniziativa delle oo.ss.aa., una verifica relativa ai temi oggetto dell'incontro annuale nonché le eventuali problematiche relative ai carichi e ai ritmi di lavoro, agli organici, alle condizioni igienico-ambientali dove il lavoro si svolge ed alla tutela fisica dei lavoratori per l'adozione dei provvedimenti ritenuti idonei in relazione a quanto prospettato.

Nell'ambito dei suddetti incontri l'Azienda si rende disponibile:

- a discutere con le oo.ss.aa. dell'andamento dello sviluppo professionale del personale in servizio presso la Direzione Generale nonché dei percorsi professionali;
- a comunicare alle oo.ss.aa. l'elenco dei dipendenti ai quali sia stata riconosciuta una promozione con la specifica dell'inquadramento riconosciuto;
- a comunicare alle oo.ss.aa. in forma aggregata le una tantum riconosciute al personale.

ART. 12 – BANCA MULTICANALE (CALL CENTER)

Registrazioni telefoniche

Premesso che:

- Unipol Banca nell'ambito dei propri programmi di innovazione e di sviluppo si è dotata di una struttura di Call Center attraverso la quale realizzare a mezzo telefono un canale diretto di comunicazione con la clientela e con le proprie strutture periferiche allo scopo di vendere e promuovere la vendita di prodotti finanziari, ovvero realizzare e concludere ordini, transazioni e operazioni finanziarie, oltre che fornire informazione, consulenza e assistenza sia alla clientela che ai propri operatori di filiale e ai promotori finanziari;
 - è altresì necessario tutelare sia la Banca che gli operatori del Call Center nel caso di eventuali contestazioni che dovessero insorgere da parte della clientela in ordine al contenuto delle operazioni concluse a mezzo telefono;
 - la Consob ha adottato in data 1.7.1998, con delibera n. 11522, il Regolamento di attivazione del D. Lgs. n. 58 del 24.2.1998 concernente la disciplina degli intermediari finanziari, definendo altresì la materia inerente la registrazione degli ordini impartiti telefonicamente;
 - tale disciplina impone di registrare, su nastro magnetico o su altro supporto equivalente, tutti gli ordini impartiti telefonicamente, di far risultare dalla registrazione l'assolvimento degli obblighi informativi in materia di conflitto di interessi e di operazioni non adeguate, nonché le relative autorizzazioni e di conservare le registrazioni per almeno due anni;
 - Unipol Banca ha già predisposto un idoneo sistema centralizzato per la registrazione delle predette disposizioni impartite telefonicamente;
- ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 4, comma 2, della Legge n. 300/1970 (Statuto dei Lavoratori), si conviene quanto segue.

➤ **Finalità**

Onde provvedere alla puntuale applicazione delle direttive emanate dalla Consob, allo scopo di assicurare la massima trasparenza operativa connessa alle attività di cui in premessa, nonché al fine di dirimere eventuali contestazioni le disposizioni impartite telefonicamente vengono sottoposte a registrazione, su idonei supporti di memorizzazione (ad es. DVD), secondo le modalità di seguito indicate.

➤ **Impegni dell'Azienda**

Unipol Banca assicura di non adottare criteri discriminatori nei confronti dei suddetti dipendenti rispetto agli altri lavoratori/lavoratrici nella valutazione delle notizie che dovessero emergere dall'ascolto delle registrazioni.

Infatti tali registrazioni:

- non potranno essere utilizzate a supporto di eventuali contestazioni con esclusione delle ipotesi di dolo o colpa grave o in caso di mancanza degli obblighi di registrazione di cui al citato Regolamento Consob;
- non saranno utilizzate per finalità di controllo a distanza dei lavoratori.

➤ **Sistemi di registrazione**

Presso il Call Center esistono apposite linee telefoniche dedicate nelle quali confluisce tale tipo di operatività.

Un addetto della funzione Information Technology effettuerà, volta per volta, l'estrazione dei supporti di memorizzazione che abbiano esaurito la propria capacità di memoria disponibile e sui quali vengono riversate, per il tramite di un elaboratore elettronico appositamente dedicato, tutte le registrazioni telefoniche; lo stesso provvederà ad apporre su ciascun supporto di memorizzazione estratto un'etichetta indicante: numero progressivo, data e ora di inizio e fine delle registrazioni.

Il medesimo addetto consegnerà, poi, il supporto di memorizzazione ad un operatore della Funzione Call Center che, in presenza di un incaricato della Banca (di norma il Responsabile della Funzione Call Center), lo inserirà in una busta sulla quale trascrive gli stessi dati apposti nelle etichette di cui sopra e vi apporrà due firme sui lembi di chiusura, sigillandoli con nastro adesivo.

La cancellazione delle registrazioni telefoniche potrà avvenire, non prima di due anni, in conformità alle previsioni regolamentari e di legge sull'argomento, mediante distruzione dei supporti di memorizzazione. Gli estremi identificativi dei supporti di memorizzazione distrutti dovranno essere riportati su apposito registro sottoscritto, di volta in volta, dall'operatore della Funzione Call Center e dall'incaricato della Banca che hanno effettuato l'operazione.

I supporti di memorizzazione contenenti le registrazioni telefoniche, unitamente al registro di cui sopra, saranno custoditi in ordine cronologico in apposito armadio presso la Direzione Generale.

A richiesta congiunta delle rappresentanze sindacali aziendali delle organizzazioni sindacali firmatarie del presente accordo, la Banca consentirà ad un dirigente sindacale – unitariamente designato dalle rappresentanze sindacali medesime – di verificare, in presenza di un incaricato aziendale, l'esistenza di tutti i supporti di memorizzazione, nonché l'avvenuto rispetto delle procedure di archiviazione e cancellazione.

➤ **Riascolto delle telefonate**

All'ascolto, da parte dei singoli operatori che ne facessero richiesta *motivata*, di telefonate registrate dovrà essere presente un incaricato della Banca.

Della richiesta dell'operatore viene effettuata annotazione su apposito registro dei dati identificativi dell'operatore stesso e del supporto magnetico ascoltato, nonché del giorno e dell'ora dell'operazione di riascolto.

Invece - nei casi di reclamo scritto sulle transazioni concluse, ovvero per l'espletamento delle funzioni istituzionali di controllo interno previste da norme di legge o regolamenti delle autorità di vigilanza, nonché per esigenze di tutela della clientela e/o del patrimonio aziendale - l'Azienda potrà disporre l'ascolto delle relative registrazioni, secondo la procedura che segue.

All'ascolto della telefonata registrata oggetto di contestazione dovranno essere presenti:

- il dipendente che ha effettuato l'operazione o, in sua assenza, la persona da lui delegata per iscritto;
- la/e persona/e indicata/e dalla Banca;
- eventualmente, a discrezione della Banca, anche il reclamante coinvolto nella contestazione;
- un dirigente delle rappresentanze sindacali aziendali delle organizzazioni sindacali firmatarie del presente accordo eventualmente scelto lavoratore/lavoratrice interessato.

ART. 13 – MOBILITÀ

Al lavoratore/lavoratrice trasferito - senza che ciò comporti cambio di residenza - presso una unità produttiva situata ad una maggiore distanza, superiore ai 25 chilometri, risultante dalla differenza tra:

– la distanza percorsa tra la residenza/domicilio (dimora) e il luogo di lavoro di provenienza e la distanza percorsa tra la residenza/domicilio (dimora) e il luogo di lavoro di destinazione,

viene riconosciuta un'indennità mensile lorda di disagio a destinazione, per il periodo di permanenza, pari a:

- ad euro 5,00 al chilometro per maggiore distanza – di sola andata – superiore a 25 chilometri e sino a 70 chilometri;
- ad euro 375,00 fissi mensili, come contributo minimo, per maggiore distanza – di sola andata – superiore a 70 chilometri.

Tali indennità non verranno corrisposte se il trasferimento avviene su accoglimento di richiesta dell'interessato o se, per effetto del trasferimento, il lavoratore viene avvicinato alla propria residenza/domicilio (dimora).

Per i trasferimenti che comportano il cambio di residenza si applicano le disposizioni contrattuali.

L'Azienda valuterà, inoltre, compatibilmente con le esigenze di servizio, particolari situazioni oggettive di disagio.

Per gli appartenenti alle seguenti categorie di personale:

- personale femminile in stato di gravidanza o con figli di età inferiore a tre anni (ovvero al padre lavoratore quando detti figli siano affidati a lui esclusivamente);
- dipendenti portatori di handicap, ovvero nel cui nucleo familiare siano presenti persone portatrici di handicap o in gravi e documentate condizioni di malattia;
- dipendenti con rapporto di lavoro a tempo parziale;

resta inteso che nel caso si rendesse necessario disporre trasferimenti presso unità produttive situate ad oltre 25 chilometri di distanza dal luogo di residenza/domicilio (dimora) del dipendente, il provvedimento potrà essere disposto solo in presenza del consenso dello stesso.

Si precisa che:

- l'azienda utilizzerà l'applicazione web www.viamichelin.it al fine di determinare le predette distanze chilometriche;
- i calcoli delle distanze chilometriche tempo per tempo operati con tale strumento informatico verranno effettuati con riferimento al percorso "consigliato" con autovettura, avranno validità ultrattiva ed i loro effetti non subiranno modifiche e/o pregiudizio alcuno in conseguenza di eventuali e successivi cambiamenti introdotti nel programma stesso.

Unipol Banca continuerà, nella gestione della mobilità sul territorio a coniugare le proprie esigenze tecniche, organizzative e produttive con le esigenze dei lavoratori, al fine di addivenire, ove possibile, a soluzioni condivise. L'azienda continuerà altresì a valutare, compatibilmente con le esigenze di servizio, particolari situazioni oggettive di disagio, che potranno essere oggetto di confronto tra l'azienda stessa e le oo.ss.aa. ai fini di eventuali

verifiche; compatibilmente con le esigenze di servizio l'azienda continuerà inoltre a valutare eventuali richieste di avvicinamento.

Le Parti convengono inoltre che la mobilità condivisa rappresenta, in conformità a principi di pari opportunità, un'importante occasione di valorizzazione delle capacità professionali dei lavoratori/lavoratrici.

Dichiarazione a verbale

L'Impresa, a fronte di particolari situazioni oggettive di disagio nella mobilità territoriale conferma la propria disponibilità a riconoscere trattamenti integrativi come concorso per le spese effettivamente sostenute dai dipendenti interessati.

ART. 14 – RIMBORSO CHILOMETRICO

L'entità del rimborso chilometrico tempo per tempo vigente, dovrà essere commisurata al valore adottato presso la Capogruppo e dovrà seguirne, in via automatica, le variazioni periodiche.

ART. 15 – FAMILIARI PORTATORI DI HANDICAP

Ai dipendenti con figli (o equiparati) a carico, portatori di handicap, viene erogata annualmente la somma lorda di euro 2.200,00 con il cedolino stipendio del mese di novembre e comunque entro e non oltre la fine dell'anno solare.

A tale fine l'interessato dovrà presentare l'idonea certificazione medica, prevista ai sensi della Legge 5.2.1992, n. 104.

A richiesta del lavoratore/lavoratrice interessato l'azienda concederà, in aggiunta a quanto già previsto dalla citata L. 104/92, dei permessi non retribuiti nella misura e con le modalità previste alla lettera B), punto 2) dell'art. 6 del presente Testo Unico.

ART. 16 – PREMIO DI ANZIANITÀ

Il premio di anzianità viene riconosciuto secondo i seguenti criteri:

- al raggiungimento del 20° anno di servizio presso Unipol Banca viene erogato al personale un premio nella misura del 50% della mensilità lorda di stipendio riferita al mese di dicembre dell'anno precedente;
- al raggiungimento del 25° anno di servizio presso Unipol Banca viene erogato al personale un premio nella misura del 100% della mensilità lorda di stipendio riferita al mese di dicembre dell'anno precedente;
- al raggiungimento del 35° anno di servizio presso Unipol Banca viene erogato al personale un premio nella misura del 100% della mensilità lorda di stipendio riferita al mese di dicembre dell'anno precedente.

Per tutto il personale assunto da aziende del Gruppo Unipol, viene riconosciuto il 100% dell'anzianità eventualmente maturata. Sono esclusi dalla presente previsione i dipendenti provenienti da sportelli oggetto di acquisizione per i quali i suddetti premi verranno erogati pro quota in ventesimi, venticinquesimi e trentacinquesimi in relazione all'effettivo periodo di permanenza in servizio presso Unipol Banca.

Per tutto il personale assunto da altra azienda di credito, in data anteriore al 12.5.2005, è riconosciuto il 50% dell'anzianità ivi maturata.

ART. 17 – BUONI PASTO

A ciascun dipendente spetta un buono per la consumazione del pasto - nella misura giornaliera di euro 5,29 - per ogni giornata in cui effettua l'intervallo nell'ambito della prestazione lavorativa:

- a tempo pieno;
- a tempo parziale con modalità verticale;

medesimo trattamento spetta altresì ai turnisti che effettuano la pausa.

Un buono per la consumazione del pasto spetta, altresì, ai lavoratori con contratto di lavoro a tempo parziale di tipo orizzontale nella misura giornaliera di euro 3,60.

Il buono pasto non spetta al personale in missione che fruisce del trattamento di diaria, ovvero del rimborso delle spese per l'effettiva consumazione del pasto o altro trattamento equivalente il cui costo è stato sostenuto dall'Azienda.

ART. 18 – INDENNITÀ DI RISCHIO

In considerazione del modello organizzativo di Filiale di Unipol Banca, al personale, che svolge il servizio di cassa, la conseguente indennità di rischio – determinata nelle misure previste dal CCNL – spetta nei seguenti casi:

- in misura intera, in caso di svolgimento superiore a 10 giorni lavorativi nel mese;
- in misura ridotta del 50%, in caso di svolgimento non superiore a 10 giorni lavorativi nel mese.

Per il computo di cui al precedente comma, le assenze dal servizio dovute a ferie o malattia sono equiparate ai giorni lavorativi, a meno che il periodo di assenza non sia pari all'intero mese.

Sono fatte salve le previsioni in materia del CCNL per il personale che è stato espressamente incaricato del servizio di cassa con lettera formale.

ART. 19 – MATERNITÀ A RISCHIO

Nel caso di maternità a rischio, certificata secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge vigenti, l'Azienda provvederà ad integrare l'indennità per interdizione anticipata corrisposta dall'INPS, garantendo alla lavoratrice la corresponsione dell'intero trattamento economico.

ART. 20 – LAVORO TEMPORANEO E BUONA OCCUPAZIONE

L'Azienda, in coerenza con quanto previsto dal CCNL 31.3.2015 in tema di "politiche attive per l'occupazione" e con la scelta operata dalle Parti nazionali all'atto del recepimento delle disposizioni della Legge 30/2003 e del D. Lgs. 276/2003, conferma la propria volontà di proseguire nella direzione della tutela del patrimonio umano e professionale della Banca.

E pertanto valuterà, altresì, con la massima disponibilità la possibilità di confermare in servizio, alla scadenza, i lavoratori/lavoratrici assunti con contratti di lavoro non a tempo indeterminato, fermo restando che ciò avverrà in funzione delle esigenze tecniche, organizzative e produttive.

ART. 21 – VOLONTARIATO

L'Azienda riconosce l'elevato valore sociale delle attività di volontariato, ritenendole espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo.

Pertanto, onde favorire l'attività dei colleghi aderenti alle associazioni di volontariato iscritte negli appositi registri di cui alla Legge n. 266/1991 (e successive modificazioni), potrà accordare – compatibilmente con le proprie esigenze tecniche, organizzative e produttive – brevi permessi non retribuiti e/o flessibilità di orario ai lavoratori/lavoratrici che, per lo svolgimento delle attività in parola, ne facciano motivata richiesta per iscritto.

ART. 22 – MOBBING

Le Parti, nell'esprimere la massima sensibilità sull'argomento, si dichiarano disponibili ad esaminare congiuntamente eventuali casi in cui i lavoratori/lavoratrici dovessero rappresentare - con riferimento allo svolgimento della propria attività lavorativa - una situazione di emarginazione e/o l'esistenza di comportamenti offensivi della persona (eventualmente anche a sfondo sessuale) anche solo potenzialmente in grado di lederne la dignità.

ART. 23 – BORSE DI STUDIO

Fermo restando quanto previsto sull'argomento dalle vigenti norme del CCNL, l'azienda corrisponde, con il cedolino stipendio del mese di ottobre e comunque entro e non oltre la fine dell'anno solare, borse di studio in favore dei dipendenti i cui figli abbiano frequentato corsi regolari di studio in scuole elementari, per il solo quinto anno, nella misura annua di € 100,00.

Si precisa che la predetta provvidenza per motivi di studio spetta una sola volta e solo in caso di superamento della 5^a elementare.

ART. 24 – CONCILIAZIONE TEMPI DI VITA E DI LAVORO

Così come previsto dall'Accordo Sindacale Nazionale del 19 aprile 2013, le Parti riconoscono la necessità di proseguire nello sviluppo di una cultura aziendale che incida concretamente sui fattori in grado di favorire la permanenza, il consolidamento e lo sviluppo professionale dei lavoratori e delle lavoratrici nonché di rafforzare il senso di appartenenza ed aumentare la qualità della vita sul posto di lavoro.

ART. 25 – PREMORIENZA

Nel caso di decesso di un dipendente in servizio, l'Azienda valuterà, nell'eventualità di nuove assunzioni di personale, la possibilità di inserimento di un figlio/a del dipendente, purché sia in possesso dei requisiti richiesti per l'assunzione.

DISPOSIZIONI FINALI

Il presente Testo Unico e Coordinato della normativa aziendale vigente per il Personale delle Aree Professionali e per i Quadri Direttivi di Unipol Banca S.p.A.:

- si applica al predetto personale dipendente in servizio alla data di stipulazione o assunto successivamente;
- entra in vigore a decorrere dalla data di sottoscrizione ; da tale data si intendono abrogati e sostituiti integralmente tutti gli accordi sindacali precedentemente stipulati in Unipol Banca S.p.A. relativi al personale appartenente alle aree professionali (dalla 1^ alla 3^) ed ai quadri direttivi con esclusione:
 - delle disposizioni di cui agli accordi sindacali:
 - Accordo 5.12.2017 Fondo di Solidarietà
 - Accordo 5.12.2017 Agibilità sindacali
 - Accordo 5.12.2017 Fruizione Ferie e Festività Soppresse
 - Accordo 13.9.2017 Politiche Commerciali
 - Accordo 13.9.2017 Premio di Risultato Lordo
 - Accordo 29.5.2017 Chiusura Filiali
 - Accordo 21.11.2016 RLS
 - Accordo 20.5.2016 Videosorveglianza
 - Accordo 15.12.2015 Sviluppatori
 - Accordo 23.9.2014 Privacy Provvedimento Garante 192/2011
 - Accordo 22.9.2014 Fusione Banca Sai
 - Accordo 16.9.2014 RegISTRAZIONI telefoniche area Finanza e Filiali
 - Accordo 10.7.2012 Rilevazione accessi
 - Accordo del 29.09.2009 – Mobilità infragruppo da comparto bancario a comparto assicurativo;
 - Accordo del 10.09.2009 – Formazione a distanza;
 - Verbale di incontro del 05.06.2008 – Mutui ex Intesa;
 - Accordo del 05.06.2008 – Orario di lavoro Filiale di Siracusa 276;
 - Verbale di incontro Unipol Banca del 13.12.2007 – Mobilità infragruppo da comparto assicurativo a comparto bancario;
 - Accordo del 17.01.2007 – RegISTRAZIONI telefoniche area Finanza e Filiali.

In relazione a quanto non espressamente disposto dal presente Testo Unico e Coordinato, valgono le norme del CCNL del settore credito tempo per tempo vigente.

Piano sanitario
Personale delle aree professionali
dalla 1[^] alla 3[^]
e
Quadri direttivi
di 1° e 2° livello
di
Unipol Banca S.p.A
Edizione 2018

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NELLA POLIZZA

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Contraente

Il soggetto che stipula la polizza.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Società

Unisalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale

L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Istituto di Cura

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

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 1
(art. 5 del Contratto Integrativo Aziendale)

Struttura sanitaria convenzionata

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

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Day-hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per prestazioni di pre e di post ricovero, per le quali si prevede comunque il rimborso a termini di polizza.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo

Sinistro

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

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato.
Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Scoperto

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

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 1
(art. 5 del Contratto Integrativo Aziendale)

Lettera di Impegno (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Documento con cui l'Assicurato si impegna a far fronte agli oneri che rimarranno a proprio carico e a dare la liberatoria per la privacy alla Società.

Piano terapeutico (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Documento sottoscritto dall'Assicurato contenente l'insieme delle prestazioni che il dentista convenzionato e lo stesso concordano di effettuare. Tale documento deve essere comunicato alla Società per rendere possibile la successiva "presa in carico". Eventuali successive variazioni al piano terapeutico concordato dovranno essere sottoposte ad una nuova presa in carico da parte della Società.

Presa in carico (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Comunicazione della Società al Centro Odontoiatrico convenzionato in ordine alle prestazioni contenute nel piano terapeutico che la Società stessa si impegna a pagare, in toto o in parte, direttamente allo stesso. La liquidazione degli oneri contenuta nella presa in carico è subordinata al rispetto di quanto riportato nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nel presente contratto.

Scheda anamnestica (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Documento redatto dal dentista, in collaborazione con l'Assicurato, che descrive lo stato dell'apparato masticatorio dell'Assicurato, con particolare riferimento alle patologie che possono influire sulla sua salute.

La Contraente

La Società
Un procuratore

.....

.....

Allegato n. 1
(art. 5 del Contratto Integrativo Aziendale)

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

Sezione A) Ricovero, Specialistica e Protesi ortopediche/acustiche:

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio e malattia;
- protesi ortopediche e acustiche;
- prestazioni diagnostiche particolari (per il titolare);
- servizi di consulenza.

Sezione B) Dentarie e Lenti:

- odontoiatria/ortodonzia;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- lenti;

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

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

Le modalità di attuazione delle opzioni sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore del personale delle aree professionali dalla 1^a alla 3^a e i Quadri Direttivi di 1° e 2° livello assunti a tempo indeterminato, nonché assunti con contratto di apprendistato professionalizzante o di inserimento, al termine del superamento del periodo di prova in forza presso l'azienda Unipol Banca S.p.A., e dei relativi nuclei familiari fiscalmente a carico intendendo per tali il coniuge ed i figli per cui sia stata richiesta l'attivazione della presente copertura.

In proposito si precisa che:

- il figlio a carico non convivente è equiparato a quello a carico convivente risultante da stato di famiglia;

La Contraente

La Società
Un procuratore

.....

.....

Allegato n. 1
(art. 5 del Contratto Integrativo Aziendale)

- il coniuge a carico non convivente è equiparato a quello a carico convivente risultante da stato di famiglia;
- il convivente more uxorio – risultante dallo stato di famiglia e con reddito non superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico – è equiparato al coniuge fiscalmente a carico.

Qualora un dipendente decida di non aderire alla copertura nei termini annui previsti, non sarà più possibile per lui l'attivazione della stessa in un momento successivo.

La copertura può essere estesa con versamento del relativo premio a carico del dipendente: al coniuge fiscalmente non a carico o al convivente "more uxorio" con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, ai figli non fiscalmente a carico e ai genitori del dipendente, purché risultanti dallo stato di famiglia. In questo caso dovranno essere incluse tutte le persone come sopra indicate risultanti dallo stato di famiglia.

In proposito si precisa che il coniuge non a carico e non convivente – purché non legalmente separato – è equiparato al coniuge fiscalmente non a carico e convivente.

SEZIONE A) RICOVERO, SPECIALISTICA E PROTESI ORTOPEDICHE/ACUSTICHE

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

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

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 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, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di €. 207,00 al giorno.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 1
(art. 5 del Contratto Integrativo Aziendale)

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di €. 55,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di €. 78,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

g) Post ricovero Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

3.2 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di €1.033,00 per ricovero.

3.3 DAY-HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lett.

a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico, c) "Assistenza medica, medicinali, cure", g) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

3.5 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi 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.

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 1
(art. 5 del Contratto Integrativo Aziendale)

3.6 PARTO E ABORTO

3.6.1 PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”, e) “Accompagnatore; g) “Post-ricovero”, e 3.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 6.198,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

3.6.2 PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”; relativamente alle prestazioni “post-ricovero” vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 3.1 “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”, lettera g) “Post-ricovero”, e 3.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 2.583,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

3.7 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.550,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

3.8 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”:

– lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;

punto 3.2 “Trasporto sanitario”;

punto 3.7 “Rimpatrio della salma”

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:

La Contraente

La Società
Un procuratore

.....

.....

Allegato n. 1
(art. 5 del Contratto Integrativo Aziendale)

punto 3.6 “Parto e aborto”;
che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di €. 516,00 ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”:

- lett. d) “Retta di degenza”;
- lett. e) “Accompagnatore”;
- lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;

punto 3.2 “Trasporto sanitario”;

punto 3.6 “Parto e aborto”;

punto 3.7 “Rimpatrio della salma”

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

c) 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 3.9 “Indennità Sostitutiva”.

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; 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 la Società ed effettuate da medici convenzionati” o b) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società”.

3.9 INDENNITA' SOSTITUTIVA

Se l'Assicurato non richiede alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di €100,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

3.10 INDENNITA' DI CONVALESCENZA

In casi di ricovero per Grande Intervento Chirurgico, intendendo per tali quelli contenuti nell'elenco allegato alla polizza, la Società assicura una diaria di convalescenza di €.26,00 giornaliera, con il massimo di 30 (trenta) giorni per anno assicurativo e per persona.

La convalescenza deve essere prescritta all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura e risultare da idonea certificazione, escludendo eventuali rinnovi .

Tale indennità verrà corrisposta solo nel caso la prescrizione iniziale sia superiore a 10 (dieci) giorni.

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 1
(art. 5 del Contratto Integrativo Aziendale)

3.11 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 130.000,00 per nucleo familiare.

(Nel caso di “grande intervento chirurgico”, intendendo per tali quelli contenuti nell’elenco allegato alla polizza, il massimale suindicato corrisponde €155.000,00).

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”)

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 1
(art. 5 del Contratto Integrativo Aziendale)

Accertamenti

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 6.800,00 per nucleo familiare.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 51,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

5. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

La Contraente

La Società
Un procuratore

.....

.....

Allegato n. 1
(art. 5 del Contratto Integrativo Aziendale)

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 41,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 3.000,00 per nucleo familiare.

6. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO E MALATTIA

La Società liquida le spese sostenute per trattamenti fisioterapici e riabilitativi e per terapie antalgiche conseguenti a malattia e a infortunio nel limite di €. 800,00 per anno e per nucleo familiare.

Per l'attivazione della garanzia, è necessario che i trattamenti vengano richiesti mediante prescrizione medica attestante la patologia o l'infortunio occorso.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

In caso di utilizzo di strutture non convenzionate con la Società le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di €. 77,00 per ogni ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'iscritto o un componente del nucleo familiare si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

7. PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di € 517,00 per nucleo familiare.

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20% e con un minimo non indennizzabile di € 51,00 per fattura.

8. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (per il solo titolare)

La Società provvede al pagamento, una volta all'anno, delle prestazioni di prevenzione effettuate in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazione previste per gli uomini

- prelievo venoso
- ALT
- AST
- colesterolo totale
- trigliceridi

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 1
(art. 5 del Contratto Integrativo Aziendale)

- urea
- creatinina
- PSA

Prestazione previste per le donne

- prelievo venoso
- ALT
- AST
- colesterolo totale
- trigliceridi
- urea
- creatinina
- pap-test

9. SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-822478 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 la Società.

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 .

SEZIONE B) DENTARIE E LENTI

10. ODONTOIATRIA/ORTODONZIA

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni sotto indicate.

10.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ODONTOIATRICI

La Contraente

La Società
Un procuratore

.....

.....

Allegato n. 1
(art. 5 del Contratto Integrativo Aziendale)

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

- ortopantomografia
- dentalscan
- tele cranio
- rx endorale

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione del dentista contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di studi odontoiatrici e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società agli studi medesimi con l'applicazione di uno scoperto del 10% che dovrà essere versato dall'Assicurato allo studio convenzionato con la Società al momento dell'emissione della fattura.

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 100,00 per fattura.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

10.2 CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE ED ALTRE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DIVERSE DA PROTESI E ORTODONZIA

La Società provvede al pagamento delle spese per cure odontoiatriche, terapie conservative o per altre prestazioni odontoiatriche diverse da protesi e ortodonzia.

In aggiunta a quanto previsto al punto 11 "Prestazioni odontoiatriche particolari", rientrano in garanzia eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche alle cure o alle terapie stesse.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 10% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 100,00 per fattura.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

10.3 PROTESI ODONTOIATRICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie.

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 1
(art. 5 del Contratto Integrativo Aziendale)

In aggiunta a quanto previsto al punto 11 “Prestazioni odontoiatriche particolari”, rientrano in garanzia eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche all’applicazione delle protesi.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all’Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l’applicazione di uno scoperto del 10% che dovrà essere versato dall’Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell’emissione della fattura.

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l’applicazione di uno scoperto del 20% con il limite di €. 250,00 per elemento.

Nel caso in cui l’Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

10.4 ORTODONZIA

La Società provvede al pagamento delle spese per prestazioni ortodontiche.

In aggiunta a quanto previsto al punto 11 “Prestazioni odontoiatriche particolari”, rientrano in garanzia eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche alle prestazioni ortodontiche.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all’Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l’applicazione di uno scoperto del 10% che dovrà essere versato dall’Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell’emissione della fattura.

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l’applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 100,00 per fattura.

Nel caso in cui l’Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

10.5 MASSIMALE

In caso di copertura del singolo dipendente/titolare:

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.700,00 per singolo assicurato.

In caso di copertura di tutto il nucleo assicurato:

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 2.200,00 per nucleo assicurato.

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 1
(art. 5 del Contratto Integrativo Aziendale)

Gli eventuali importi di spesa eccedenti i massimali annui assicurati dovranno essere versati dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.

11. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento di un sinistro costituito da una visita specialistica e da una seduta di igiene orale professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni sotto indicate sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale;
- Visita specialistica odontoiatrica.

Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Società provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

12. LENTI

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto, inclusa la montatura, nel limite annuo di €. 500,00 per nucleo familiare.

La Società provvederà al rimborso delle spese sostenute con applicazione di una franchigia di €. 50,00 per fattura.

Per l'attivazione è necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus.

13. PREMI

13.1 PREMIO per Dipendente e nucleo familiare fiscalmente a carico - Sezione A e Sezione B

Il premio annuo per il complesso delle prestazioni di cui alle Sezione A e B, comprensivo di oneri fiscali, corrisponde al seguente importo:

dipendente e nucleo familiare fiscalmente a carico come indicato al punto 2 "Persone assicurate"	€ 1.565,00 di cui € 80,00 a carico del dipendente
---	--

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 1
(art. 5 del Contratto Integrativo Aziendale)

13. 2 PREMIO per i Familiari NON fiscalmente a carico - Sezione A

I premi annui per il complesso delle prestazioni di cui alla Sezione A, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

a) coniuge non fiscalmente a carico, o convivente “more uxorio” con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, secondo quanto previsto al punto 2 “Persone assicurate”	€ 320,00
b) ogni figlio non fiscalmente a carico purché presente nello stato di famiglia	€ 255,00
c) i genitori (del dipendente) purché presenti nello stato di famiglia	€ 760,00

L'attivazione delle opzioni a) e b) e c) comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari, intesi come sopra indicati, risultanti dallo stato di famiglia.

Le opzioni a) e b) e c) saranno attivate solo nel caso in cui aderisca un numero di nuclei familiari pari al 30% dei nuclei fiscalmente non a carico.

13. 3 PREMIO per i Familiari NON fiscalmente a carico - Sezione B

I premi annui per il complesso delle prestazioni di cui alla Sezione B, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

a) coniuge non fiscalmente a carico, o convivente “more uxorio” con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, secondo quanto previsto al punto 2 “Persone assicurate”	€ 355,00
b) ogni figlio non fiscalmente a carico purché presente nello stato di famiglia	€ 120,00
c) i genitori (del dipendente) purché presenti nello stato di famiglia	€ 485,00

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 1
(art. 5 del Contratto Integrativo Aziendale)

Solo i Familiari che hanno attivato la garanzie della Sezione A possono acquistare le garanzie della Sezione B.

L'attivazione delle opzioni a), b), c), comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari, intesi come sopra indicati, che abbiano attivato la sezione A

14 DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per i dipendenti avrà effetto dalle ore 00.00 dell'1 gennaio 2018 sia in forma rimborsuale che in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società.

15 INCLUSIONI / ESCLUSIONI

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per i dipendenti, e per i loro relativi familiari, i quali non abbiano aderito alla stessa entro i termini di cui all'art. 2 "Persone assicurate", le movimentazioni all'interno della presente polizza sono regolate dai punti di seguito indicati.

1) Coniuge, convivente "more uxorio" con reddito non superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, e figli anche non conviventi, tutti fiscalmente a carico, con le modalità specifiche per il coniuge di cui all'art.2 "Persone assicurate"

Per i dipendenti in servizio alla data di effetto del contratto, il coniuge, il convivente "more uxorio" con reddito non superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico e i figli anche non conviventi possono essere inclusi anche in un momento successivo al termine ultimo fissato per la consegna della scheda di adesione.

In questo caso la garanzia decorre dal giorno di effetto del contratto sempreché l'inclusione venga comunicata alla Società prima della fine dell'annualità assicurativa. Qualora la comunicazione non pervenga entro la scadenza dell'annualità assicurativa la garanzia decorrerà dal primo giorno dell'annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione.

Alle scadenze annuali del contratto i familiari suindicati inseriti nella copertura potranno essere esclusi; in questo caso, non potranno più essere reinseriti.

2) Genitori, coniuge e figli fiscalmente non a carico, e convivente "more uxorio" con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, tutti risultanti dallo stato di famiglia, con le modalità specifiche per il coniuge di cui all'art.2 "Persone assicurate"

Per i dipendenti in servizio alla data di effetto del contratto, i genitori (del dipendente), il coniuge e i figli fiscalmente non a carico, o il convivente "more uxorio" con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, tutti risultanti dallo stato di famiglia, possono essere inclusi mediante pagamento del relativo premio ed invio dell'apposito modulo tassativamente entro la data del 31 gennaio 2018; oltre detto termine, potranno essere inseriti esclusivamente i genitori (del dipendente) il coniuge e i figli fiscalmente non a carico o il convivente "more uxorio" con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, tutti risultanti dallo stato di famiglia di dipendenti neoassunti.

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 1
(art. 5 del Contratto Integrativo Aziendale)

Alle scadenze annuali del contratto i familiari suindicati inseriti nella copertura potranno essere esclusi; in questo caso, non potranno più essere reinscritti.

3) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia con le modalità specifiche per il coniuge di cui all'art.2 "Persone assicurate"

Per i dipendenti in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari come definiti al punto 2 "Persone assicurate" in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo. Per i familiari per i quali è previsto il versamento di un premio aggiuntivo la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo premio; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società sempreché sia stato pagato il relativo premio. Per i familiari per i quali non è previsto il versamento di un premio aggiuntivo la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata prima della fine dell'annualità assicurativa; in caso contrario decorrerà dal primo giorno dell'annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione.

4) Inserimento di nuovi dipendenti in data successiva all'effetto di polizza con le modalità specifiche per il coniuge di cui all'art.2 "Persone assicurate"

Le inclusioni di dipendenti in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni. La garanzia per il dipendente e i familiari indicati al punto 2 "Persone assicurate", primo capoverso, decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Qualora il dipendente intenda inserire l'eventuale coniuge o figli fiscalmente non a carico o il convivente "more uxorio" con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, e i genitori del dipendente, tutti se risultanti dallo stato di famiglia, dovrà includerli nella copertura all'atto dell'assunzione e non potrà inserirli successivamente. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo premio.

5) Variazione del requisito di carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio

Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio, o di superamento relativamente al reddito del convivente "more uxorio" dei limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, la garanzia cesserà dal momento di accadimento dell'evento e dovrà essere immediatamente comunicata alla Società; la copertura potrà essere mantenuta con versamento del premio per il coniuge o per il figlio fiscalmente non a carico, o per il convivente "more uxorio" con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, da parte del dipendente. Qualora il coniuge, il figlio o il convivente "more uxorio" con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, non venga mantenuto nella garanzia dal momento della perdita del carico fiscale, non potrà più essere incluso successivamente. Nel caso di acquisizione, in corso di copertura, del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio, o di posizionamento della soglia di reddito del convivente "more uxorio" a un livello non superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, la garanzia resterà comunque attiva per l'Assicurato interessato, mentre il relativo premio annuo pagato e non goduto

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 1
(art. 5 del Contratto Integrativo Aziendale)

per il periodo di tempo intercorrente tra la data di acquisizione del suddetto requisito e la prima scadenza utile di polizza verrà restituito all'Assicurato stesso al netto delle imposte.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste ai numeri 2,3,4,5 del presente punto, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde a tanti trecentosessantesimi del premio annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione al termine del periodo assicurativo in corso.

6) Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente e gli eventuali familiari assicurati vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

7) Promozioni

Nel caso di promozione, la copertura per il dipendente e gli eventuali familiari assicurati, cessa dal giorno della promozione sempreché questa venga comunicata alla Società prima della prima scadenza di rata utile. Qualora la comunicazione non pervenga entro tale data la garanzia cesserà dal giorno successivo a quello di quietanzamento.

8) Trasferimento di dipendenti tra Società appartenenti ad uno stesso Gruppo

Nel caso di trasferimento di un dipendente presso una azienda appartenente allo stesso gruppo per la quale valgano le stesse condizioni assicurative, l'ex-dipendente e gli eventuali familiari assicurati restano in copertura nella presente polizza sino alla prima scadenza annuale successiva.

A - CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

I premi devono essere pagati alla Società.

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

A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE / TACITA PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

La polizza scade alle ore 00.00 dell'1 gennaio 2020.

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.

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 1
(art. 5 del Contratto Integrativo Aziendale)

A.4 ONERI FISCALI

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

A.5 FORO COMPETENTE

A scelta della parte attrice, il foro competente è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede la Società.

A.6 TERMINI DI PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente polizza è di un anno 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

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);

La Contraente

La Società
Un procuratore

.....

.....

Allegato n. 1
(art. 5 del Contratto Integrativo Aziendale)

5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. 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.
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
12. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
14. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto 10. "Odontoiatria/Ortodonzia" l'assicurazione non è operante per:

- protesi estetiche
- trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

B.3 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75 anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il 75 anno di età, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assicurato.

C - SINISTRI

C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di Unisalute al numero verde gratuito **800-822478** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389046) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 1
(art. 5 del Contratto Integrativo Aziendale)

successivi punti **C.1.1** “Sinistri in strutture convenzionate con la Società” , **C.1.2** “Sinistri in strutture non convenzionate con la Società” o **C.1.3** “Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale”.
Qualora l’Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l’applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate ai punti **C.1.2** “Sinistri in strutture non convenzionate con la Società” e **3.8** “Modalità di erogazione delle prestazioni” **lett. b)**” Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società”.

C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

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

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere, al momento dell’ammissione nell’Istituto di cura, la lettera d’impegno, con cui l’Assicurato si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dal piano, e all’atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l’Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l’Assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

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

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall’assicurato verranno liquidate con le modalità previste ai punti **C.1.2** “Sinistri in strutture non convenzionate con la Società” o **C.1.3** “Sinistri nel servizio sanitario nazionale” e con l’applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

C.1.2 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l’Assicurato deve inviare direttamente alla sede della Società la documentazione necessaria:

modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all’originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

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

Il pagamento di quanto spettante all’Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Qualora l’Assicurato abbia presentato a terzi l’originale dei documenti di spesa, al fine di ottenere un rimborso, all’Assicurato verrà liquidato esclusivamente l’importo rimasto a Suo carico, con le

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 1
(art. 5 del Contratto Integrativo Aziendale)

modalità di cui al punto **3.8** “Modalità di erogazione delle prestazioni” **lett. b)** “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società”, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere certificato.

C.1.3 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti **C.1.1** “Sinistri in strutture convenzionate con la Società” o **C.1.2** “Sinistri in strutture non convenzionate con la Società”.

Nel caso di richiesta di corresponsione dell’indennità sostitutiva, l’Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all’originale.

C.1.4 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all’Assicurato.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa ricevuta dalla Società in copia fotostatica viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre – qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali – si restituisce all’Assicurato, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

La Società, al fine di mantenere aggiornato l’Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all’invio dei seguenti riepiloghi:

- **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e non liquidate nel corso del mese;
- **riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell’anno con l’indicazione dell’importo richiesto, dell’importo liquidato e dell’eventuale quota di spesa rimasta a carico dell’Assicurato.

C.2 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Per eventuali controversie che dovessero insorgere fra le Parti in ordine all’interpretazione, all’applicazione ed all’esecuzione del presente contratto, potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale irrituale composto da tre Arbitri.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Presidente del Tribunale del luogo di residenza dell’Assicurato.

Il Collegio Arbitrale si riunirà nel comune in cui ha sede l’Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell’Assicurato.

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

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

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 1
(art. 5 del Contratto Integrativo Aziendale)

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

La Contraente

La Società
Un procuratore

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 sul plesso brachiale

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

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

CHIRURGIA DEL COLLO

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 1
(art. 5 del Contratto Integrativo Aziendale)

- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatici
- 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 prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

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

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 1
(art. 5 del Contratto Integrativo Aziendale)

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

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

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

La Contraente

La Società
Un procuratore

.....

.....

Allegato n. 2
(artt. 5 e 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

STATUTO DELLA CASSA DI ASSISTENZA

TITOLO I

DENOMINAZIONE-SEDE-OGGETTO-DURATA

Art.1

È costituita ai sensi degli artt. 36 e seguenti del Codice civile, un'Associazione, non avente finalità di lucro, denominata "Cassa Interaziendale di Assistenza del Personale degli Enti Pubblici e Parastatali, delle Società Cooperative, di Capitali, della Piccola e Media Impresa e delle Associazioni professionali" di seguito denominata più brevemente "ASSICASSA."

Art.2

Assicassa ha lo scopo esclusivo di attuare, senza finalità di lucro, le forme di assistenza previste da regolamenti o accordi collettivi a favore dei lavoratori dipendenti e di tutte le categorie di lavoratori in regime di lavoro non subordinato.

Art.3

Assicassa ha sede in Bologna, attualmente in Via Aldo Moro, 16. Eventuali variazioni della sede sociale nell'ambito del Comune di Bologna potranno essere deliberate dal Consiglio di Amministrazione.

Art.4

L'Associazione ha durata sino al 31 Dicembre 2100 e può essere prorogata con delibera dell'Assemblea.

Allegato n. 2
(artt. 5 e 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

TITOLO II

SOCI

CAPO I

CONDIZIONI DI ADESIONE-TIPOLOGIA DEI SOCI

Art. 5

L'adesione ad Assicassa è libera e volontaria.

In particolare, l'adesione ha luogo per dare attuazione a quanto previsto nella specifica materia dell'assistenza integrativa dai contratti collettivi, accordi e regolamenti aziendali.

L'adesione ad Assicassa è volontaria e deve essere effettuata secondo le norme previste dal Regolamento.

La domanda di iscrizione comporta:

A-SOCI ORDINARI

A-1 per i lavoratori dipendenti o assimilati cui siano applicati accordi di lavoro che prevedano forme di assistenza integrativa:

- l'autorizzazione al datore di lavoro presso il quale è in essere il rapporto di lavoro, ad operare le trattenute corrispondenti ai contributi dovuti alla Cassa dal lavoratore;
- la delega al datore di lavoro medesimo a versare tali somme ad Assicassa secondo le modalità indicate dal Consiglio di Amministrazione.

A-2 Per i lavoratori non subordinati:

dichiarazione sottoscritta con l'impegno a versare secondo le modalità indicate dal Consiglio di Amministrazione le somme corrispondenti alle assistenze integrative prescelte.

B-SOCI SOSTENITORI

L'Ente che desidera diventare Socio sostenitore deve presentare domanda ad Assicassa nella quale deve specificare:

1. La denominazione e la sede legale;

Allegato n. 2
(artt. 5 e 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

2. Dichiarazione di aver preso visione e di accettare le norme contenute nello Statuto e nei Regolamenti emanati da Assicassa.

L'ammissione dell' Ente è subordinata alla decisione insindacabile del Consiglio di Amministrazione che provvederà a dare opportuna informazione della decisione presa.

Art.6

Sono ammessi Soci ordinari e Soci sostenitori.

Soci ordinari sono i lavoratori, di cui all'art.2 del presente Statuto, che si iscrivono per fruire delle prestazioni di cui al successivo art.10.

Soci sostenitori sono le Associazioni di rappresentanza datoriale e/o professionali che aderiscono ad Assicassa con il preciso obiettivo di promuovere lo sviluppo di forme di assistenza nell'ambito del lavoro.

Tutti i Soci, ordinari e sostenitori, sono tenuti al versamento dei contributi sulla base di quanto deliberato dal Consiglio di Amministrazione.

CAPO II

DIRITTI E DOVERI DEI SOCI ORDINARI E SOSTENITORI CESSAZIONE DEL RAPPORTO SOCIALE

Art. 7

La qualità di Socio ordinario dà diritto:

- ad usufruire di tutte o parte delle prestazioni in ragione del contributo versato;
- a partecipare alla vita associativa e alle elezioni degli organi sociali nelle forme delegate di cui all'art. 14.

Art.8

Allegato n. 2
(artt. 5 e 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

La qualità di Socio sostenitore dà diritto:

- a partecipare alla vita associativa e alle elezioni degli organi sociali nelle forme delegate di cui all'art.14.

Art.9

La qualità di Socio ordinario si perde:

- a) per risoluzione, per qualunque causa, del rapporto di lavoro o sua cessazione;
- b) per morosità;
- c) per recesso;
- d) per morte.

La qualità di Socio sostenitore si perde:

- a) per recesso;
- b) per morosità.

La cessazione della qualità di Socio, ordinario e/o sostenitore, determina l'estinzione dei diritti e degli obblighi ad essa inerenti.

CAPO III

PRESTAZIONI-CONTRIBUZIONI

Art.10

Le prestazioni che Assicassa può erogare sono le seguenti;

- integrazione per assistenza sanitaria;
- liquidazione di un capitale in caso di morte per qualunque causa;
- liquidazione di un capitale per infortuni professionali ed extraprofessionali;
- liquidazione di un capitale per invalidità permanente da malattia;
- liquidazione di diarie per inabilità temporanea da infortunio;
- liquidazione di diarie per inabilità temporanea da malattia.

Allegato n. 2
(artt. 5 e 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

Le prestazioni e le contribuzioni, per i Soci ordinari appartenenti alla categoria dei lavoratori dipendenti, sono quelle stabilite dagli accordi collettivi di lavoro e/o dai regolamenti. Assicassa, in applicazione di quanto previsto dagli accordi collettivi di lavoro e/o dai regolamenti, può garantire ai lavoratori dipendenti anche soltanto una parte delle prestazioni di cui al primo comma.

Le modalità e i criteri di erogazione delle prestazioni sono determinati da apposito Regolamento.

Art.11

I Soci ordinari sono obbligati al versamento dei contributi previsti e richiesti da Assicassa.

Assicassa potrà richiedere ai Soci ordinari e/o ai loro datori di lavoro una specifica ulteriore contribuzione diretta a far fronte agli oneri di funzionamento, così come definito da apposito Regolamento.

Art.12

I Soci ordinari che effettuano i versamenti di contributi, oltre i termini stabiliti dal Consiglio di Amministrazione, sono assoggettati al pagamento di una somma aggiuntiva determinata dal Consiglio di Amministrazione, nonché delle eventuali spese accessorie.

Se il Socio ordinario o il relativo datore di lavoro non ottempera alle specifiche richieste di Assicassa entro 30 giorni dalle scadenze di cui al precedente comma, l'adesione verrà meno automaticamente e, quindi, il Socio non avrà più diritto ad alcuna prestazione. Assicassa procederà, nei confronti dei soggetti inadempienti, al recupero degli oneri sostenuti per eventuali prestazioni fornite dal Socio, secondo le modalità indicate dal Regolamento.

Allegato n. 2
(artt. 5 e 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

TITOLO III

ORGANI

Art.13

Sono organi dell'Associazione:

- o l'Assemblea;
- o il Consiglio di Amministrazione;
- o il Collegio dei Revisori.

CAPO I

ASSEMBLEA

Art.14

L'Assemblea è formata dai Rappresentanti dei Soci ordinari e dai Rappresentanti dei Soci sostenitori secondo le seguenti modalità:

A- SOCI ORDINARI

Ogni Socio ordinario è rappresentato dall'Azienda e/o Associazione professionale e/o categoria la quale designa un rappresentante per l'Assemblea da nominarsi tra i propri dipendenti e/o aderenti Soci di Assicassa con modalità definite da apposito Regolamento predisposto dal Consiglio di Amministrazione.

B-SOCI SOSTENITORI

Ogni Socio sostenitore designa tre Rappresentanti con modalità definite da apposito Regolamento predisposto dal Consiglio di Amministrazione.

Tutti i Rappresentanti rimangono in carica tre esercizi e possono essere ridesignati.

Qualora un Rappresentante, nel corso del mandato cessi dall'incarico per qualsiasi motivo, la sostituzione, per il periodo residuo, sarà effettuata nel rispetto delle modalità previste dagli appositi Regolamenti.

Allegato n. 2
(artt. 5 e 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

Ogni Rappresentante può, mediante delega scritta, farsi rappresentare in Assemblea da altro Rappresentante della stessa categoria.

Ogni Rappresentante può essere portatore al massimo di due deleghe di altri Rappresentanti appartenenti alla medesima categoria di Soci.

Art.15

L'Assemblea è convocata dal Consiglio di Amministrazione, con comunicazione scritta da inviare ad ogni Rappresentante almeno otto giorni prima di quello fissato per l'adunanza con indicazione dell'ordine del giorno. La convocazione dovrà prevedere una seconda convocazione qualora nella prima non si raggiunga il quorum di validità.

In caso di particolare urgenza è ammessa la convocazione telegrafica o via fax. L'Assemblea deve pure essere convocata se ne pervenga al Consiglio di Amministrazione espressa richiesta sottoscritta da almeno la metà dei Rappresentanti.

L'Assemblea può essere convocata anche fuori dalla sede sociale.

Art.16

L'Assemblea è presieduta dal Presidente del Consiglio di Amministrazione o, in mancanza, dal Vicepresidente, in mancanza di entrambi l'Assemblea nomina il proprio Presidente.

Il Presidente dell'Assemblea designa un Segretario ed eventualmente due scrutatori. Spetta al Presidente dell'Assemblea di constatare la regolarità delle deleghe ed in genere il diritto di intervento all'Assemblea. Delle riunioni di Assemblea, si redige processo verbale firmato dal Presidente e dal Segretario ed eventualmente dagli scrutatori.

Art. 17

Allegato n. 2
(artt. 5 e 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

L'Assemblea ordinaria delibera sul bilancio, sugli indirizzi e sulle direttive di Assicassa, sulla nomina dei componenti il Consiglio di Amministrazione, di cui ne determina il numero, il tutto nel rispetto di quanto previsto all'art. 20, sulla nomina dei componenti il Collegio dei Revisori, sui compensi eventualmente dovuti agli Amministratori ed ai Revisori e su tutto quant'altro ad essa demandato per legge o per Statuto.

Art.18

L'Assemblea ordinaria è validamente costituita in prima convocazione qualora siano presenti almeno la metà dei Rappresentanti e a condizione che sia presente almeno la metà dei Rappresentanti dei Soci sostenitori; in seconda convocazione sarà validamente costituita, indipendentemente dal numero dei Rappresentanti presenti ma a condizione che sia presente almeno un Rappresentante dei Soci sostenitori. Ogni Rappresentante ha diritto ad un voto; peraltro i Rappresentanti dei Soci ordinari, comunque rappresentati, possono esprimere in qualsiasi Assemblea sia ordinaria che straordinaria al massimo il 50% dei voti validi in sede di deliberazione non computandosi i voti eccedenti.

Le deliberazioni in prima o seconda convocazione sono assunte con il voto favorevole della maggioranza dei voti presenti e a condizione che vi sia il voto favorevole di almeno la metà dei voti espressi dai Rappresentanti dei Soci sostenitori.

Art.19

L'Assemblea straordinaria delibera su proposta del Consiglio di Amministrazione in materia di:

- modifiche dello Statuto;
- scioglimento messa in liquidazione, modalità e nomina di uno o più liquidatori.

L'Assemblea straordinaria è convocata con le stesse modalità e nei termini stabiliti per le convocazioni dell'Assemblea ordinaria.

Allegato n. 2
(artt. 5 e 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

L'Assemblea straordinaria è validamente costituita in prima convocazione con la presenza di almeno 2/3 dei Rappresentanti e a condizione che sia presente almeno la metà dei Rappresentanti dei Soci sostenitori.

Le deliberazioni in prima e seconda convocazione sono assunte con il voto favorevole della maggioranza dei voti presenti e a condizione che vi sia il voto favorevole di almeno la metà dei voti espressi dai Rappresentanti dei Soci sostenitori.

Il verbale di riunione dell'Assemblea straordinaria è redatto da un notaio.

CAPO II

IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Art.20

Il Consiglio di Amministrazione è composto da 4 a 12 membri eletti dall'Assemblea dopo averne determinato il numero.

Il Consiglio di Amministrazione è il massimo organo di direzione e coordinamento di Assicassa.

Almeno i quattro quinti dei componenti del Consiglio di Amministrazione vengono eletti su designazione dei Soci sostenitori, i quali provvederanno, entro i dieci giorni antecedenti l'Assemblea, alla relativa designazione mediante separata decisione che dovrà essere notificata ad Assicassa anche mediante fax.

Art.21

Il Consiglio di Amministrazione ha il compito di amministrare Assicassa ed è investito dei più ampi poteri per l'attuazione di quanto previsto dal presente Statuto.

In particolare il Consiglio di Amministrazione:

- elegge nel proprio ambito il Presidente ed il Vicepresidente;

Allegato n. 2
(artt. 5 e 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

- delibera la stipulazione di convenzioni con le Società assicuratrici prescelte e provvede alla definizione delle modalità di pagamento dei relativi premi;
- definisce l'organizzazione di Assicassa e ne cura la gestione deliberando la misura dei contributi diretti a far fronte agli oneri di funzionamento;
- predisporre e presenta all'approvazione dell'Assemblea ordinaria il rendiconto annuale, nonché la relazione generale attinente alla situazione consuntiva di ogni esercizio e all'attività svolta;
- stabilisce le modalità di adesione;
- delibera l'ammissione di nuovi soci;
- stabilisce le modalità di versamento dei contributi;
- stabilisce l'ammontare del contributo annuale per i lavoratori dipendenti e non subordinati;
- determina la somma aggiuntiva da applicarsi sui contributi versati in ritardo;
- delibera le modifiche del Regolamento;
- sottopone all'Assemblea eventuali proposte attinenti agli indirizzi generali ed alle modifiche dello Statuto, nonché alla procedura di liquidazione.
-

Art.22

Il Consiglio di Amministrazione si riunisce almeno due volte all'anno ed ogni qualvolta il Presidente ritenga necessario convocarlo, ovvero quando almeno un terzo dei suoi componenti lo richieda.

Le convocazioni, con contestuale trasmissione dell'ordine del giorno e dell'eventuale documentazione, sono fatte con comunicazione scritta da inviare ai componenti il Consiglio di Amministrazione ed il Collegio dei Revisori almeno 5 giorni prima della data della riunione.

Allegato n. 2
(artt. 5 e 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

In casi di particolare urgenza è ammessa la convocazione telegrafica o via fax contenente in ogni caso l'ordine del giorno da spedire almeno 3 giorni prima della riunione.

Le riunioni del Consiglio di Amministrazione sono presiedute dal Presidente o, in caso di assenza o impedimento di questi, dal Vice Presidente. In caso di assenza o impedimento anche del Vicepresidente, le riunioni sono presiedute dal Consigliere più anziano in carica ovvero, a parità di anzianità in carica, dal Consigliere più anziano di età.

Per la validità delle sedute del Consiglio di Amministrazione è necessaria la presenza della metà più 1 (uno) dei componenti.

Le deliberazioni sono prese a maggioranza dei presenti. In caso di parità di voti, prevale il voto del Presidente.

Art.23

Il Consiglio dura in carica 3 esercizi ed è rieleggibile.

IL Consiglio di Amministrazione, qualora nell'ambito del mandato vengano a mancare uno o più Consiglieri, potrà procedere alla cooptazione.

CAPO III

IL PRESIDENTE E VICEPRESIDENTE

Art.24

Il Consiglio di Amministrazione elegge nel suo seno il Presidente ed il Vicepresidente.

Il Presidente è eletto tra i consiglieri eletti su designazione dei Soci sostenitori.

Il Presidente ha la legale rappresentanza e la firma sociale di Assicassa e stà per essa in giudizio. Per determinati atti può conferire deleghe al Vicepresidente ovvero, in casi eccezionali, ad uno o più componenti del Consiglio di Amministrazione.

Allegato n. 2
(artt. 5 e 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

Il Presidente sovrintendente al funzionamento di Assicassa, convoca e presiede le sedute dell'Assemblea e del Consiglio di Amministrazione, provvede all'esecuzione delle deliberazioni assunte da tali Organi e svolge ogni altro compito previsto dal presente Statuto o che gli venga attribuito dal Consiglio di Amministrazione.

In caso di temporaneo impedimento del Presidente, i relativi poteri e funzioni sono esercitati dal Vicepresidente.

Nel caso in cui concorra l'assenza o l'impedimento temporaneo del Vicepresidente, questi è sostituito dal Consigliere più anziano in carica, ovvero a parità di anzianità in carica, dal Consigliere più anziano di età.

CAPO IV

Art.25

COLLEGIO DEI REVISORI

Il Collegio dei Revisori è composto da 3 componenti effettivi nonché da 2 supplenti. Tutti i componenti, effettivi e supplenti dovranno essere iscritti al Registro dei Revisori contabili.

Al Collegio spettano i compiti ed i doveri previsti dall'art.2403 e seguenti del Codice Civile; nonché il controllo contabile ex art. 2409 bis c.c..

Spetta in particolare ai Revisori vigilare sulla coerenza e compatibilità dell'attività di Assicassa con il suo scopo assistenziale.

I componenti effettivi dei Revisori assistono alle riunioni del Consiglio di Amministrazione e dell'Assemblea.

Allegato n. 2
(artt. 5 e 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

TITOLO IV

ENTRATE-PATRIMONIO

GESTIONE DELLE RISORSE

Art.26

Le entrate della Cassa sono costituite da:

- a) contributi versati dai Soci ordinari e dai datori di lavoro, per i lavoratori dipendenti;
- b) eventuali ulteriori contributi di cui all'art.11;
- c) contribuzioni aggiuntive di cui all'art.12;
- d) gli interessi ed i rendimenti della disponibilità amministrative;
- e) le erogazioni, le oblazioni volontarie, i contributi provenienti a qualsiasi titolo da soggetti pubblici o privati finalizzati al sostegno dell'attività di Assicassa;
- f) contributi dei Soci sostenitori;
- g) ogni altro provento che spetti o affluisca ad Assicassa a qualsiasi titolo.

Il patrimonio è costituito da tutti i beni mobili ed immobili, comunque appartenenti ad Assicassa, nonché da tutti i diritti a contenuto patrimoniale ad essa facenti capo.

Art.27

Per l'erogazione di prestazioni assistenziali Assicassa utilizza le contribuzioni ricevute per la sottoscrizione di polizze assicurative.

Allegato n. 2
(artt. 5 e 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

TITOLO V
CONTROVERSIE

Art.28

Ogni controversia che dovesse insorgere fra i Soci ed Assicassa sarà sottoposta alla competenza di un Collegio Arbitrale composto da tre arbitri designati dal Presidente del Tribunale di Bologna. Il Collegio deciderà in via irrituale ex bono et equo senza il rispetto di formalità di sorta.
Sede dell'arbitrato è Bologna.

Allegato n. 2
(artt. 5 e 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

TITOLO VI
SCIoglimento

Art.29

Lo scioglimento di Assicassa potrà essere deliberato dall'Assemblea Straordinaria la quale provvederà a nominare uno o più liquidatori.

Al termine della liquidazione il patrimonio eventualmente residuo verrà destinato ad enti pubblici e/o privati aventi finalità assistenziali o similari.

NORME FINALI

Art. 30

Per tutto quanto non previsto dal presente Statuto è fatto riferimento alle norme di legge ed ai principi generali dell'ordinamento giuridico.

**Allegato n. 3
(artt. 5 e 6 del Contratto Integrativo Aziendale)**

ASSICASSA

**Cassa interaziendale di assistenza del Personale degli Enti pubblici e Parastatali,
delle società cooperative, di capitali, della piccola e media impresa e delle associazioni professionali**

REGOLAMENTO

Approvato dal Consiglio di Amministrazione in data 5 ottobre 2004

Allegato n. 3
(artt. 5 e 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

- Art. 1 -

Il presente Regolamento disciplina le modalità di erogazione delle forme di assistenza integrativa a favore dei soggetti di cui all'art.2 dello Statuto da parte della "Cassa interaziendale di assistenza del Personale degli Enti pubblici e Parastatali, delle società cooperative, di capitali, della piccola e media impresa e delle associazioni professionali" (in seguito, per brevità, denominata **"ASSICASSA" o "CASSA"**)

- Art. 2 -

Sono iscritti ad ASSICASSA, in qualità di soci ordinari, tutti i lavoratori di cui all'art. 5 dello Statuto che abbiano comunicato la propria volontà di adesione e per i quali sia stata versata la contribuzione.

La richiesta di iscrizione, completa della documentazione di cui al successivo art. 3, deve essere accompagnata dal versamento:

- per i lavoratori dipendenti, del contributo posto a carico sia del datore di lavoro che del lavoratore – considerati inscindibili – nelle misure stabilite per ciascuna prestazione;
- per i lavoratori di cui all'art. 409 del codice di procedura civile, del contributo posto a carico sia del lavoratore che, ove previsto, a carico del committente, nelle misure stabilite per ciascuna prestazione;
- per i lavoratori autonomi e per i liberi professionisti, del contributo stabilito dalla CASSA per ciascuna prestazione.

Sono iscritti ad ASSICASSA, in qualità di soci sostenitori, le Associazioni di rappresentanza datoriale e/o professionali che abbiano comunicato la propria volontà di adesione e versato i contributi alla CASSA.

L'iscrizione ha effetto dal giorno di valuta indicato nel mezzo di pagamento utilizzato per il versamento della contribuzione.

- Art. 3 -

Per i soci ordinari la richiesta di iscrizione deve essere corredata dei seguenti dati: nome, cognome, data di nascita, domicilio, codice fiscale.

Per i soci ordinari che siano lavoratori dipendenti o soci lavoratori, la suddetta documentazione deve essere inoltrata a cura del datore di lavoro.

In caso di variazione della posizione del singolo lavoratore dipendente o socio lavoratore, i datori di lavoro sono tenuti a darne tempestiva comunicazione entro 10 gg. nonché a mettere a disposizione della CASSA gli elementi necessari per l'effettuazione di tutte le operazioni amministrative e di controllo secondo i criteri e le modalità stabiliti dal Consiglio di Amministrazione.

Per i soci sostenitori, la richiesta di iscrizione deve essere corredata dei seguenti dati: denominazione e codice fiscale.

Allegato n. 3
(artt. 5 e 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

- Art. 4 -

ASSICASSA, nei limiti dello Statuto e delle disposizioni assunte dai suoi organi, avrà la responsabilità della tenuta e della conservazione dei seguenti libri:

- libro dei Soci (ordinari e sostenitori);
- libro dei Rappresentanti;
- libro dei verbali del Consiglio di Amministrazione;
- libro dei verbali dell'Assemblea;
- libro dei verbali del Collegio dei Revisori.

ASSICASSA avrà altresì la responsabilità della tenuta e della conservazione di tutti i documenti contabili ed amministrativi richiesti dalla legge.

- Art. 5 -

I contributi, per tutti i soci, sia ordinari che sostenitori, sono versati ad ASSICASSA nelle misure e con le modalità stabilite dal Consiglio di Amministrazione ai sensi dell'art. 6, comma 4, dello Statuto.

Per i soci ordinari che siano lavoratori dipendenti o soci lavoratori, i contributi vengono versati ad ASSICASSA a cura dei datori di lavoro, sia per la parte a loro carico, sia per la parte a carico del lavoratore, alle scadenze, nelle misure e con le modalità stabilite dal Consiglio di Amministrazione.

ASSICASSA non assume alcun obbligo in merito al versamento della contribuzione da parte del datore di lavoro e al recupero dei contributi dovuti sulla base degli accordi collettivi di lavoro o dei regolamenti aziendali.

Per i soci ordinari che siano lavoratori di cui all'art. 409, punto 3, del codice di procedura civile, qualora la contribuzione sia anche a carico del committente, quest'ultimo provvederà a versare ad ASSICASSA sia il contributo a suo carico sia quello a carico del lavoratore.

Per i soci ordinari che siano lavoratori autonomi o liberi professionisti, l'importo annuale dei contributi nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione in ordine alle forme di assistenza prescelte, sarà dagli stessi versato alla CASSA entro i termini e le modalità previste dal Consiglio di Amministrazione.

I datori di lavoro o i singoli lavoratori autonomi o liberi professionisti che effettuano i versamenti oltre i termini stabiliti dal Consiglio di Amministrazione di ASSICASSA sono assoggettati al pagamento di una somma aggiuntiva, a titolo di penale, determinata dal Consiglio di Amministrazione, nonché delle eventuali spese accessorie.

Non avendo il datore di lavoro o il singolo lavoratore autonomo o libero professionista ottemperato alle specifiche richieste di ASSICASSA e trascorsi 30 giorni dalle scadenze di cui al precedente comma cessa, automaticamente, l'iscrizione ad ASSICASSA.

Quest'ultima procederà, nei confronti del datore di lavoro o del lavoratore autonomo o libero professionista inadempiente, al recupero degli oneri sostenuti,

Allegato n. 3
(artt. 5 e 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

per eventuali prestazioni fornite all' iscritto e/o al nucleo familiare nel periodo di non regolarità contributiva precedente alla cessazione dell'iscrizione a causa del mancato versamento dei contributi.

- Art. 6 -

Ai sensi dell'art. 11 dello Statuto, il Consiglio di Amministrazione determina di anno in anno, tenute presenti le esigenze di bilancio, l'ammontare della quota associativa per far fronte agli oneri di funzionamento della CASSA.

La quota associativa, prevista per i soli soci ordinari, viene versata entro i termini e le modalità previste per il versamento dei contributi.

- Art. 7 -

Eventuali altre entrate della Cassa, diverse dai contributi e dalla quota associativa, hanno separate evidenze contabili.

La CASSA istituisce una gestione e una contabilità separata al fine di distinguere i contributi che vanno ad alimentare prestazioni di carattere assistenziale sanitario da quelli che vanno ad alimentare tutte le altre prestazioni assistenziali, nonché le conseguenti erogazioni.

- Art. 8 -

ASSICASSA può, nel rispetto dell'art. 10 dello Statuto, erogare ai soci ordinari tutte o parte delle seguenti prestazioni:

- integrazione per assistenza sanitaria;
- liquidazione di un capitale in caso di morte per qualunque causa;
- liquidazione di un capitale per infortuni professionali ed extra professionali;
- liquidazione di un capitale per invalidità permanente da malattia;
- liquidazione di diarie per inabilità temporanea da infortunio;
- liquidazione di diarie per inabilità temporanea da malattia.

La tipologia delle prestazioni a favore dei soci ordinari che siano lavoratori dipendenti o soci lavoratori è quella stabilita dagli accordi collettivi di lavoro o dai regolamenti aziendali ad essi applicabili.

I familiari dei soci ordinari possono ottenere l'estensione del diritto alle prestazioni a richiesta del socio medesimo, al quale unicamente compete tale facoltà.

I familiari non conseguono alcun diritto autonomo all'assistenza, né sono titolari di posizione propria alla CASSA. Essi sono ammessi a beneficiare delle prestazioni della Cassa su domanda dei soci ordinari e decadono dal diritto nel momento in cui cessa per i soci ordinari l'iscrizione alla Cassa.

Le prestazioni di cui al presente articolo sono garantite tramite la stipulazione di apposite convenzioni con primarie Compagnie di Assicurazione, le cui condizioni

Allegato n. 3
(artt. 5 e 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

costituiscono parte integrante del Regolamento. Le modalità e i criteri di erogazione delle prestazioni sono quelli previsti dalle convenzioni assicurative.

- Art. 9 -

Per quanto non previsto dal presente Regolamento, il Consiglio di Amministrazione provvederà con apposite delibere alle opportune modificazioni o integrazioni della normativa regolamentare.

Piano sanitario
Quadri direttivi
di 3° e 4° livello
di
Unipol Banca S.p.A
Edizione 2018

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NELLA POLIZZA

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Contraente

Il soggetto che stipula la polizza.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Società

Unisalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale

L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Istituto di Cura

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

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 4
(art. 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

Struttura sanitaria convenzionata

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

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Day-hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per prestazioni di pre e di post ricovero, per le quali si prevede comunque il rimborso a termini di polizza.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo

Sinistro

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

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato.
Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Scoperto

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

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 4
(art. 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

Lettera di Impegno (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Documento con cui l'Assicurato si impegna a far fronte agli oneri che rimarranno a proprio carico e a dare la liberatoria per la privacy alla Società.

Piano terapeutico (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Documento sottoscritto dall'Assicurato contenente l'insieme della prestazioni che il dentista convenzionato e lo stesso concordano di effettuare. Tale documento deve essere comunicato alla Società per rendere possibile la successiva "presa in carico". Eventuali successive variazioni al piano terapeutico concordato dovranno essere sottoposte ad una nuova presa in carico da parte della Società.

Presa in carico (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Comunicazione della Società al Centro Odontoiatrico convenzionato in ordine alle prestazioni contenute nel piano terapeutico che la Società stessa si impegna a pagare, in toto o in parte, direttamente allo stesso. La liquidazione degli oneri contenuta nella presa in carico è subordinata al rispetto di quanto riportato nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nel presente contratto.

Scheda anamnestica (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Documento redatto dal dentista, in collaborazione con l'Assicurato, che descrive lo stato dell'apparato masticatorio dell'Assicurato, con particolare riferimento alle patologie che possono influire sulla sua salute.

La Contraente

La Società
Un procuratore

.....

.....

Allegato n. 4
(art. 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

Sezione A) Ricovero, Specialistica e Protesi ortopediche/acustiche:

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio e malattia;
- protesi ortopediche e acustiche;
- prestazioni diagnostiche particolari (per il Quadro titolare);
- servizi di consulenza.

Sezione B) Dentarie e Lenti:

- odontoiatria/ortodonzia;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- lenti;

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

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

Le modalità di attuazione delle opzioni sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei Quadri Direttivi di 3° e 4° livello assunti a tempo indeterminato al termine del superamento del periodo di prova in forza presso l'azienda Unipol Banca S.p.A., e dei relativi nuclei familiari fiscalmente a carico intendendo per tali il coniuge ed i figli per cui sia stata richiesta l'attivazione della presente copertura.

In proposito si precisa che:

- il figlio a carico non convivente è equiparato a quello a carico convivente risultante da stato di famiglia;
- il coniuge a carico non convivente è equiparato a quello a carico convivente risultante da stato di famiglia;

La Contraente

La Società
Un procuratore

.....

.....

Allegato n. 4
(art. 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

- il convivente more uxorio – risultante dallo stato di famiglia e con reddito non superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico – è equiparato al coniuge fiscalmente a carico.

Qualora un dipendente decida di non aderire alla copertura nei termini annui previsti, non sarà più possibile per lui l'attivazione della stessa in un momento successivo.

La copertura può essere estesa con versamento del relativo premio a carico del dipendente: al coniuge fiscalmente non a carico o al convivente "more uxorio" con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, ai figli non fiscalmente a carico e ai genitori del dipendente, purché risultanti dallo stato di famiglia. In questo caso dovranno essere incluse tutte le persone come sopra indicate risultanti dallo stato di famiglia.

In proposito si precisa che il coniuge non a carico e non convivente – purché non legalmente separato – è equiparato al coniuge fiscalmente non a carico e convivente.

SEZIONE A) RICOVERO, SPECIALISTICA E PROTESI ORTOPEDICHE/ACUSTICHE

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

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

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 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, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di €. 207,00 al giorno.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di €. 130,00 al giorno per un massimo di 30giorni per ricovero.

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 4
(art. 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di €. 130,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

3.2 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di €1.033,00 per ricovero.

3.3 DAY-HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico, c) "Assistenza medica, medicinali, cure", g) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

3.5 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi 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.

3.6 PARTO E ABORTO

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 4
(art. 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

3.6.1 PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”, e) “Accompagnatore; g) “Post-ricovero”, e 3.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 6.198,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

3.6.2 PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”; relativamente alle prestazioni “post-ricovero” vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 3.1 “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”, lettera g) “Post-ricovero”, e 3.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 2.583,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

3.7 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.550,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

3.8 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”:

– lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;

punto 3.2 “Trasporto sanitario”;

punto 3.7 “Rimpatrio della salma”

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 4
(art. 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

punto 3.6 “Parto e aborto”;
che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di €. 516,00 ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”:

- lett. d) “Retta di degenza”;
- lett. e) “Accompagnatore”;
- lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;

punto 3.2 “Trasporto sanitario”;

punto 3.6 “Parto e aborto”;

punto 3.7 “Rimpatrio della salma”

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

c) 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 3.9 “Indennità Sostitutiva”.

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; 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 la Società ed effettuate da medici convenzionati” o b) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società”.

3.9 INDENNITA' SOSTITUTIVA

Se l'Assicurato non richiede alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di €104,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

3.10 INDENNITA' DI CONVALESCENZA

In casi di ricovero per Grande Intervento Chirurgico, intendendo per tali quelli contenuti nell'elenco allegato alla polizza, la Società assicura una diaria di convalescenza di €.52,00 giornaliera, con il massimo di 30 (trenta) giorni per anno assicurativo e per persona.

La convalescenza deve essere prescritta all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura e risultare da idonea certificazione, escludendo eventuali rinnovi.

Tale indennità verrà corrisposta solo nel caso la prescrizione iniziale sia superiore a 10 (dieci) giorni.

3.11 MASSIMALE ASSICURATO

La Contraente

La Società
Un procuratore

.....

.....

Allegato n. 4
(art. 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 130.000,00 per nucleo familiare.

(Nel caso di “grande intervento chirurgico”, intendendo per tali quelli contenuti nell’elenco allegato alla polizza, il massimale suindicato corrisponde €259.000,00).

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”)

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Ecocardiografia

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 4
(art. 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 13.600,00 per nucleo familiare.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 51,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

5. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 4
(art. 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 41,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 3.700,00 per nucleo familiare.

6. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO E MALATTIA

La Società liquida le spese sostenute per trattamenti fisioterapici e riabilitativi e per terapie antalgiche conseguenti a malattia e a infortunio nel limite di € 1.140,00 per anno e per nucleo familiare.

Per l'attivazione della garanzia, è necessario che i trattamenti vengano richiesti mediante prescrizione medica attestante la patologia o l'infortunio occorso.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

In caso di utilizzo di strutture non convenzionate con la Società le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di €. 77,00 per ogni ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'iscritto o un componente del nucleo familiare si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

7. PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di € 1033,00 per nucleo familiare.

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20% e con un minimo non indennizzabile di € 51,00 per fattura.

8. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (garanzia operante per il solo Quadro)

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di prevenzione effettuate in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 4
(art. 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Elettrocardiogramma di base

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Elettrocardiogramma di base
- Pap test

Prestazioni previste per gli uomini una volta ogni due anni a partire dal compimento dei quarant'anni

- Radiografia del torace (in due proiezioni)
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecodoppler tronchi sovraortici

Prestazioni previste per le donne una volta ogni due anni a partire dal compimento dei quarant'anni

- Radiografia del torace (in due proiezioni)
- Ecodoppler tronchi sovraortici
- Mammografia bilaterale

9. SERVIZI DI CONSULENZA

La Contraente

La Società
Un procuratore

.....

.....

Allegato n. 4
(art. 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-822478 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 la Società.

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 .

SEZIONE B) DENTARIE E LENTI

10. ODONTOIATRIA/ORTODONZIA

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni sotto indicate.

10.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ODONTOIATRICI

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

- ortopantomografia
- dentalscan
- tele cranio
- rx endorale

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione del dentista contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di studi odontoiatrici e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società agli studi medesimi con l'applicazione di uno scoperto del 10% che dovrà essere versato dall'Assicurato allo studio convenzionato con la Società al momento dell'emissione della fattura.

La Contraente

La Società
Un procuratore

.....

.....

Allegato n. 4
(art. 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 100,00 per fattura.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

10.2 CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE ED ALTRE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DIVERSE DA PROTESI E ORTODONZIA

La Società provvede al pagamento delle spese per cure odontoiatriche, terapie conservative o per altre prestazioni odontoiatriche diverse da protesi e ortodonzia.

In aggiunta a quanto previsto al punto 11 "Prestazioni odontoiatriche particolari", rientrano in garanzia eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche alle cure o alle terapie stesse.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 10% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 100,00 per fattura.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

10.3 PROTESI ODONTOIATRICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie.

In aggiunta a quanto previsto al punto 11 "Prestazioni odontoiatriche particolari", rientrano in garanzia eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche all'applicazione delle protesi.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 10% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il limite di €. 250,00 per elemento.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 4
(art. 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

10.4 ORTODONZIA

La Società provvede al pagamento delle spese per prestazioni ortodontiche.

In aggiunta a quanto previsto al punto 11 “Prestazioni odontoiatriche particolari”, rientrano in garanzia eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche alle prestazioni ortodontiche.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 10% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

10.5 MASSIMALE

In caso di copertura del singolo dipendente/titolare:

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.700,00 per singolo assicurato.

In caso di copertura di tutto il nucleo assicurato:

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 2.200,00 per nucleo assicurato.

Gli eventuali importi di spesa eccedenti i massimali annui assicurati dovranno essere versati dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.

11. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 “Esclusioni dall'assicurazione” al punto 3, la Società provvede al pagamento di un sinistro costituito da una visita specialistica e da una seduta di igiene orale professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni sotto indicate sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

La Contraente

La Società
Un procuratore

.....

.....

Allegato n. 4
(art. 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale;
- Visita specialistica odontoiatrica.

Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Società provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

12. LENTI

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto, inclusa la montatura, nel limite annuo di €. 500,00 per nucleo familiare.

La Società provvederà al rimborso delle spese sostenute con applicazione di una franchigia di €. 50,00 per fattura.

Per l'attivazione è necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus.

13. PREMI

13.1 PREMIO per Dipendente e nucleo familiare fiscalmente a carico - Sezione A e Sezione B

Il premio annuo per il complesso delle prestazioni di cui alle Sezione A e B, comprensivo di oneri fiscali, corrisponde al seguente importo:

dipendente e nucleo familiare fiscalmente a carico come indicato al punto 2 "Persone assicurate"	€ 2.010,00 di cui € 90,00 a carico del dipendente
---	--

13.2 PREMIO per i Familiari NON fiscalmente a carico - Sezione A

I premi annui per il complesso delle prestazioni di cui alla Sezione A, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

a) coniuge non fiscalmente a carico, o convivente "more uxorio" con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, secondo quanto previsto al punto 2 "Persone assicurate"	€ 365,00
b) ogni figlio non fiscalmente a carico	

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 4
(art. 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

purché presente nello stato di famiglia	€ 365,00
c) i genitori (del dipendente) purché presenti nello stato di famiglia	€ 980,00

L'attivazione delle opzioni a) e b) e c) comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari, intesi come sopra indicati, risultanti dallo stato di famiglia.

Le opzioni a) e b) e c) saranno attivate solo nel caso in cui aderisca un numero di nuclei familiari pari al 30% dei nuclei fiscalmente non a carico.

13. 3 PREMIO per i Familiari NON fiscalmente a carico - Sezione B

I premi annui per il complesso delle prestazioni di cui alla Sezione B, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

a) coniuge non fiscalmente a carico, o convivente "more uxorio" con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, secondo quanto previsto al punto 2 "Persone assicurate"	€ 355,00
b) ogni figlio non fiscalmente a carico purché presente nello stato di famiglia	€ 120,00
c) i genitori (del dipendente) purché presenti nello stato di famiglia	€ 485,00

Solo i Familiari che hanno attivato le garanzie della Sezione A possono acquistare le garanzie della Sezione B.

L'attivazione delle opzioni a), b), c), comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari, intesi come sopra indicati, che abbiano attivato la sezione A

14 DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per i Quadri avrà effetto dalle ore 00.00 dell'1 gennaio 2018 sia in forma rimborsuale che in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società.

15 INCLUSIONI / ESCLUSIONI

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per i dipendenti, e per i loro relativi familiari, i quali non abbiano aderito alla stessa entro i termini di cui all'art. 2 "Persone assicurate", le movimentazioni all'interno della presente polizza sono regolate dai punti di seguito indicati.

La Contraente

La Società
Un procuratore

.....

.....

Allegato n. 4
(art. 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

1) Coniuge, convivente “more uxorio” con reddito non superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, e figli anche non conviventi, tutti fiscalmente a carico, con le modalità specifiche per il coniuge di cui all’art.2 “Persone assicurate”

Per i dipendenti in servizio alla data di effetto del contratto, il coniuge, il convivente “more uxorio” con reddito non superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico e i figli anche non conviventi possono essere inclusi anche in un momento successivo al termine ultimo fissato per la consegna della scheda di adesione.

In questo caso la garanzia decorre dal giorno di effetto del contratto sempreché l’inclusione venga comunicata alla Società prima della fine dell’annualità assicurativa. Qualora la comunicazione non pervenga entro la scadenza dell’annualità assicurativa la garanzia decorrerà dal primo giorno dell’annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione.

Alle scadenze annuali del contratto i familiari suindicati inseriti nella copertura potranno essere esclusi; in questo caso, non potranno più essere reinseriti.

2) Genitori, coniuge e figli fiscalmente non a carico, e convivente “more uxorio” con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, tutti risultanti dallo stato di famiglia, con le modalità specifiche per il coniuge di cui all’art.2 “Persone assicurate”

Per i dipendenti in servizio alla data di effetto del contratto, i genitori (del dipendente), il coniuge e i figli fiscalmente non a carico, o il convivente “more uxorio” con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, tutti risultanti dallo stato di famiglia, possono essere inclusi mediante pagamento del relativo premio ed invio dell’apposito modulo tassativamente entro la data del 31 gennaio 2018; oltre detto termine, potranno essere inseriti esclusivamente i genitori (del dipendente) il coniuge e i figli fiscalmente non a carico o il convivente “more uxorio” con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, tutti risultanti dallo stato di famiglia di dipendenti neoassunti.

Alle scadenze annuali del contratto i familiari suindicati inseriti nella copertura potranno essere esclusi; in questo caso, non potranno più essere reinseriti.

3) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia con le modalità specifiche per il coniuge di cui all’art.2 “Persone assicurate”

Per i dipendenti in garanzia alla data di effetto del contratto, l’inclusione di familiari come definiti al punto 2 “Persone assicurate” in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell’apposito modulo. Per i familiari per i quali è previsto il versamento di un premio aggiuntivo la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo premio; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell’avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società sempreché sia stato pagato il relativo premio. Per i familiari per i quali non è previsto il versamento di un premio aggiuntivo la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata prima della fine dell’annualità assicurativa; in caso contrario decorrerà dal primo giorno dell’annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione.

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 4
(art. 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

4) Inserimento di nuovi dipendenti in data successiva all'effetto di polizza con le modalità specifiche per il coniuge di cui all'art.2 "Persone assicurate"

Le inclusioni di dipendenti in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni. La garanzia per il dipendente e i familiari indicati al punto 2 "Persone assicurate", primo capoverso, decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Qualora il dipendente intenda inserire l'eventuale coniuge o figli fiscalmente non a carico o il convivente "more uxorio" con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, e i genitori del dipendente, tutti se risultanti dallo stato di famiglia, dovrà includerli nella copertura all'atto dell'assunzione e non potrà inserirli successivamente. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo premio.

5) Variazione del requisito di carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio

Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio, o di superamento relativamente al reddito del convivente "more uxorio" dei limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, la garanzia cesserà dal momento di accadimento dell'evento e dovrà essere immediatamente comunicata alla Società; la copertura potrà essere mantenuta con versamento del premio per il coniuge o per il figlio fiscalmente non a carico, o per il convivente "more uxorio" con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, da parte del dipendente. Qualora il coniuge, il figlio o il convivente "more uxorio" con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, non venga mantenuto nella garanzia dal momento della perdita del carico fiscale, non potrà più essere incluso successivamente. Nel caso di acquisizione, in corso di copertura, del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio, o di posizionamento della soglia di reddito del convivente "more uxorio" a un livello non superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, la garanzia resterà comunque attiva per l'Assicurato interessato, mentre il relativo premio annuo pagato e non goduto per il periodo di tempo intercorrente tra la data di acquisizione del suddetto requisito e la prima scadenza utile di polizza verrà restituito all'Assicurato stesso al netto delle imposte.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste ai numeri 2,3,4,5 del presente punto, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde a tanti trecentosessantesimi del premio annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione al termine del periodo assicurativo in corso.

6) Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente e gli eventuali familiari assicurati vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

7) Promozioni

Nel caso di promozione, la copertura per il dipendente e gli eventuali familiari assicurati, cessa dal giorno della promozione sempreché questa venga comunicata alla Società prima della prima scadenza di rata utile. Qualora la comunicazione non pervenga entro tale data la garanzia cesserà dal giorno successivo a quello di quietanzamento.

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 4
(art. 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

8) Trasferimento di dipendenti tra Società appartenenti ad uno stesso Gruppo

Nel caso di trasferimento di un dipendente presso una azienda appartenente allo stesso gruppo per la quale valgono le stesse condizioni assicurative, l'ex-dipendente e gli eventuali familiari assicurati restano in copertura nella presente polizza sino alla prima scadenza annuale successiva.

A - CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

I premi devono essere pagati alla Società.

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

A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE / TACITA PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

La polizza scade alle ore 00.00 dell'1 gennaio 2020.

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

A scelta della parte attrice, il foro competente è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede la Società.

A.6 TERMINI DI PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente polizza è di un anno 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.

La Contraente

La Società
Un procuratore

.....

.....

Allegato n. 4
(art. 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

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

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. 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.
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
12. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
14. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

La Contraente

La Società
Un procuratore

.....

.....

Allegato n. 4
(art. 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

Limitatamente alle prestazioni previste al punto 10. “Odontoiatria/Ortodonzia” l’assicurazione non è operante per:

- protesi estetiche
- trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

B.3 LIMITI DI ETÀ

L’assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75 anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l’assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il 75 anno di età, l’assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assicurato.

C - SINISTRI

C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L’Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di Unisalute al numero verde gratuito **800-822478** (dall’estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l’Italia + 0516389046) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti **C.1.1** “Sinistri in strutture convenzionate con la Società”, **C.1.2** “Sinistri in strutture non convenzionate con la Società” o **C.1.3** “Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale”.

Qualora l’Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l’applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate ai punti **C.1.2** “Sinistri in strutture non convenzionate con la Società” e **3.8** “Modalità di erogazione delle prestazioni” **lett. b)**” Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società”.

C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

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

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere, al momento dell’ammissione nell’Istituto di cura, la lettera d’impegno, con cui l’Assicurato si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dal piano, e all’atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l’Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 4
(art. 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

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

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'assicurato verranno liquidate con le modalità previste ai punti **C.1.2** "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o **C.1.3** "Sinistri nel servizio sanitario nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

C.1.2 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente alla sede della Società la documentazione necessaria:

modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

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

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale dei documenti di spesa, al fine di ottenere un rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità di cui al punto **3.8** "Modalità di erogazione delle prestazioni" **lett. b)** "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società", al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere certificato.

C.1.3 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti **C.1.1** "Sinistri in strutture convenzionate con la Società" o **C.1.2** "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale.

C.1.4 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 4
(art. 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

La documentazione di spesa ricevuta dalla Società in copia fotostatica viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre – qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali – si restituisce all'Assicurato, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

- **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e non liquidate nel corso del mese;
- **riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

C.2 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Per eventuali controversie che dovessero insorgere fra le Parti in ordine all'interpretazione, all'applicazione ed all'esecuzione del presente contratto, potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale irrituale composto da tre Arbitri.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Presidente del Tribunale del luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale si riunirà nel comune in cui ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

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

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

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

La Contraente

La Società
Un procuratore

.....

.....

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 sul plesso brachiale

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

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

CHIRURGIA DEL COLLO

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 4
(art. 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatici
- 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 prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

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

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 4
(art. 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

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

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

La Contraente

La Società
Un procuratore

UNISALUTE

Piano sanitario dipendenti Unipol Banca in quiescenza



Unisalute S.p.A.
Sede e Direzione Generale Via del Gomito, 1- 40127 Bologna (Italy) - Tel. +39 051 6386111 - Fax +39 051 320961 - www.unisalute.it
Cap. soc. i.v. Euro 17.500.000,00 - Registro delle Imprese di Bologna 03843680376 - C. F. e P. Iva 03843680376 - R.E.A. 319365
Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con D.M. 20-11-1989 n. 18340 (G.U. 4-12-1989 n. 283), D.M. 8-10-1993 n. 19653
(G.U. 25-10-1993 n.251), D.M. 9-12-1994 n.20016 (G.U. 20-12-1994 n. 296) e Prov. Isvap n.2187 dell' 8-05-2003 (G.U. 16-05-2003 n.112)
Iscrizione Albo Imprese Assicuratrici 1.00084 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.



DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NELLA POLIZZA

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Contraente

Il soggetto che stipula la polizza.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Società

Unisalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, anche non dipendente da infortunio.

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale

L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Questionario sanitario

Documento contenente le informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medesimo o dalla persona che esercita la patria potestà, che costituisce parte integrante della polizza.

Istituto di Cura

La Contraente

La Società
Un procuratore



Allegato n. 5
(art. 7 del Contratto Integrativo Aziendale)

UNISALUTE

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

La Contraente



La Società
Un procuratore

Allegato n. 5
(art. 7 del Contratto Integrativo Aziendale)

UNISALUTE

Struttura sanitaria convenzionata

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

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero per Grande Intervento Chirurgico, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per prestazioni di pre e di post ricovero, per le quali si prevede comunque il rimborso a termini di polizza.

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Sinistro

Il verificarsi del ricovero in Istituto di Cura o della degenza in day hospital o dell'intervento chirurgico in ambulatorio, nonché delle altre prestazioni mediche garantite dal contratto assicurativo, reso necessario da malattia, infortunio e parto.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Scoperto

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

La Contraente



La Società
Un procuratore

Allegato n. 5
(art. 7 del Contratto Integrativo Aziendale)

UNISALUTE

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 reso necessario da Grande Intervento Chirurgico (intendendosi per tali quelli contenuti nell'elenco allegato);
- cure oncologiche;
- servizi di consulenza.

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

- a) **Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società**
- b) **Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società**
- 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 può essere attivata dei dipendenti in quiescenza di Unipol Banca il cui collocamento in quiescenza abbia avuto luogo in data successiva al 31/12/2017.

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI MALATTIA O DI INFORTUNIO

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

a) **Pre- ricovero**

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

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) **Intervento chirurgico**

La Contraente

La Società
Un procuratore



Allegato n. 5
(art. 7 del Contratto Integrativo Aziendale)

UNISALUTE

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, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di €. 200,00 al giorno compreso il caso di ricovero in terapia intensiva.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di €. 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di €. 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

3.2 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di €1.000,00 per ricovero.

3.3 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA O DI INFORTUNIO

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico a seguito di malattia o di infortunio" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi 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.

La Contraente

La Società
Un procuratore



Allegato n. 5
(art. 7 del Contratto Integrativo Aziendale)

UNISALUTE

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.

3.4 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.500,00 per anno assicurativo e per persona..

3.5 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 “Ricovero in istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico a seguito di malattia o di infortunio”:

– lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;

punto 3.2 “Trasporto sanitario”;

punto 3.4 “Rimpatrio della salma”

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 25%, con il minimo non indennizzabile di €. 1.000,00 ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 “Ricovero in Istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico a seguito di malattia o di infortunio”:

– lett. d) “Retta di degenza”;

– lett. e) “Accompagnatore”;

– lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;

punto 3.2 “Trasporto sanitario”;

punto punto 3.4 “Rimpatrio della salma”

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

c) 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 3.6 “Indennità Sostitutiva”.

La Contraente



La Società
Un procuratore

Allegato n. 5
(art. 7 del Contratto Integrativo Aziendale)

UNISALUTE

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; 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 la Società ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

3.6 INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, ferma restando la possibilità di richiedere il rimborso per le spese di pre e post ricovero con le modalità di cui ai punti 3.1 "Ricovero in istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico a seguito di malattia o di infortunio" lett. a) Pre-ricovero e lett. g) Post ricovero, avrà diritto a un'indennità di €. 80,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero. Le spese relative alle garanzie di pre e post ricovero in questo caso vengono prestate senza l'applicazione di eventuali limiti previsti al punto 3.5 "Modalità di erogazione delle prestazioni" ed assoggettate ad un massimale annuo per nucleo familiare pari a €. 2.000,00.

3.7 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO PER MALATTIA O PER INFORTUNIO

La Società, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di polizza, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, tendente al recupero della funzionalità fisica. La Società concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a €. 10.000,00 per persona.

3.8 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 75.000,00 per persona.

4. CURE ONCOLOGICHE

Nei casi di malattie oncologiche la Società liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (se non effettuate in regime di ricovero o day hospital), con massimale autonomo.

La Contraente

La Società
Un procuratore



Allegato n. 5
(art. 7 del Contratto Integrativo Aziendale)

UNISALUTE

Si intendono inclusi in garanzia le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie (anche farmacologiche).

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 30%.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 5.000,00 per persona.

5. SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-016699 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 la Società.

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.

6. PREMIO ANNUO

La Contraente



La Società
Un procuratore

Allegato n. 5
(art. 7 del Contratto Integrativo Aziendale)

UNISALUTE

Il premio annuo per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivo di oneri fiscali, corrisponde a € 200 per ogni dipendente in quiescenza.

7. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per i dipendenti in quiescenza avrà effetto dalle ore 24.00 del 31/12/2017 sia in forma rimborsuale sia in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società.

8. INCLUSIONI

Le inclusioni di dipendenti in quiescenza potranno avvenire al momento dell'attivazione della garanzia, con le modalità indicate al punto 7 "Decorrenza e attivazione della copertura".

Relativamente alle annualità successive alla data di effetto della copertura, le inclusioni, ferme le modalità sopraindicate, verranno effettuate contestualmente alla scadenza annua ed esclusivamente per dipendenti collocati in quiescenza nell'annualità precedente.

A - CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

I premi devono essere pagati alla Società.

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

A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE / TACITA PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

La polizza ha durata annuale e scade alle ore 24 del 31/12/2019. 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

La Contraente

La Società
Un procuratore



.....

.....

Allegato n. 5
(art. 7 del Contratto Integrativo Aziendale)

UNISALUTE

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 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o reticenti dell'Assicurato rese in sede di compilazione del questionario sanitario, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita automatica totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 c.c.

A.9 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

L'assicurazione non è operante per:

1. le conseguenze dirette di infortuni nonché le malattie, le malformazioni o i difetti fisici e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto, sottaciuti dall'Assicurato alla Società;

La Contraente

La Società
Un procuratore



.....

.....

Allegato n. 5
(art. 7 del Contratto Integrativo Aziendale)

UNISALUTE

2. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
3. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
4. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
5. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
6. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
7. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
8. 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.
9. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
10. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
11. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
12. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
13. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
14. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
15. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

B.3 LIMITI DI ETÀ

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

C - SINISTRI

C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

La Contraente



La Società
Un procuratore

Allegato n. 5
(art. 7 del Contratto Integrativo Aziendale)

UNISALUTE

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di Unisalute al numero verde gratuito 800-016699 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389046) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti C.1.1 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società", C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o C.1.3 "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate ai punti C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e 3.5 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società".

C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

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

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere, al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura, la lettera d'impegno, con cui l'Assicurato si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dal piano, e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

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

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'assicurato verranno liquidate con le modalità previste ai punti C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o C.1.3 "Sinistri nel servizio sanitario nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

C.1.2 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

La Contraente

La Società
Un procuratore



Allegato n. 5
(art. 7 del Contratto Integrativo Aziendale)

UNISALUTE

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente alla sede della Società la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di ricovero(*), copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale(*), copia completa della documentazione clinica, conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

(*) Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero / intervento chirurgico ambulatoriale, ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, Unisalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità di cui al punto 3.5 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società", al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

C.1.3 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti C.1.1 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società" o C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

La Contraente

La Società
Un procuratore



Allegato n. 5
(art. 7 del Contratto Integrativo Aziendale)

UNISALUTE

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.

C.1.4 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa ricevuta dalla Società in copia fotostatica viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre – qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali – si restituisce all'Assicurato, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

- **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e non liquidate nel corso del mese;
- **riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

C.2 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Per eventuali controversie che dovessero insorgere fra le Parti in ordine all'interpretazione, all'applicazione ed all'esecuzione del presente contratto, potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale irrituale composto da tre Arbitri.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Presidente del Tribunale del luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale si riunirà nel comune in cui ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

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

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

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

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

La Contraente

La Società
Un procuratore



Allegato n. 5
(art. 7 del Contratto Integrativo Aziendale)

UNISALUTE

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 sul plesso brachiale

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di corpectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento 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

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

La Contraente



La Società
Un procuratore

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi 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 prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

La Contraente

La Società
Un procuratore



Allegato n. 5
(art. 7 del Contratto Integrativo Aziendale)

UNISALUTE

GINECOLOGIA

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

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

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

La Contraente



La Società
Un procuratore

Allegato n. 6
(art. 6, lett. A), punto 2 del Testo Unico e Coordinato)

Art. 4 comma 1, della Legge 8.3.2000, n. 53

Congedi per eventi e cause particolari

1. La lavoratrice e il lavoratore hanno diritto ad un permesso retribuito di tre giorni lavorativi all'anno in caso di decesso (...) del coniuge o di un parente entro il secondo grado o del convivente, purché la stabile convivenza con il lavoratore o la lavoratrice risulti da certificazione anagrafica.

Allegato n. 7
(art. 7, primo alinea, del Testo Unico e Coordinato)

POLIZZA INFORTUNI PROFESSIONALI
(estratto delle condizioni di polizza)

Questa assicurazione vale per tutti i dipendenti non dirigenti di Unipol Banca S.p.A. assunti a tempo indeterminato - con decorrenza dalla data di superamento del periodo di prova – ed è prestata per ognuno di essi:

- in caso di morte: per una somma corrispondente a 4 volte la retribuzione annua;
- in caso di invalidità permanente: fino ad una somma corrispondente a 5 volte la retribuzione annua.

Agli effetti assicurativi, per retribuzione si intende la retribuzione teorica mensile annualizzata, al lordo delle ritenute, relativa all'anno di effetto della polizza.

Si precisa, inoltre, che le retribuzioni variabili non vanno considerate nel calcolo della retribuzione teorica mensile annualizzata. Pertanto gli assegni familiari, avendo natura strettamente previdenziale, non vanno calcolati nella retribuzione, mentre per quanto concerne il rimborso a forfait delle spese di trasferta, vanno calcolate nella misura del 40%.

Per la liquidazione dell'indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella teorica annua relativa al mese in cui si è verificato l'infortunio.

La garanzia comprende:

- gli infortuni "in itinere" subiti dal dipendente mentre compie il tragitto per via ordinaria dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, ma comunque durante il tempo necessario a compiere tale percorso: in tali casi, fino al 5% di Invalidità Permanente la liquidazione avviene sul 50% della somma assicurata, mentre se l'Invalidità Permanente è superiore al 5% l'indennizzo viene calcolato sul 100% della somma assicurata;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari ed eruzioni vulcaniche, gli avvelenamenti e le infezioni in genere.

Il grado di invalidità permanente conseguente ad un infortunio indennizzabile ai sensi della presente assicurazione, quando risulti aggravato da invalidità preesistenti, deve essere rapportato alla capacità generica dell'assicurato a qualsiasi lavoro proficuo ridotta per effetto della preesistente invalidità.

Il rapporto è espresso da una frazione in cui il denominatore indica il grado di capacità generica al lavoro preesistente e il numeratore la differenza tra questa ed il grado di capacità generica residuo dopo l'infortunio.

Per quanto non espressamente indicato valgono le condizioni di polizza.

Allegato n. 8
(art. 7, secondo alinea, del Testo Unico e Coordinato)

POLIZZA INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI
(estratto delle condizioni di polizza)

Questa assicurazione vale per tutti i dipendenti di Unipol Banca S.p.A. iscritti al Fondo Pensione Lavoratori Unipol Banca ed è prestata per ognuno di essi:

- in caso di morte: per una somma corrispondente a 4 volte la retribuzione annua;
- in caso di invalidità permanente: fino ad una somma corrispondente a 5 volte la retribuzione annua.

Agli effetti assicurativi, per retribuzione si intende la retribuzione teorica mensile annualizzata, al lordo delle ritenute, del mese in cui viene pagato il premio e relativa all'anno di effetto della polizza. Si precisa, inoltre, che le retribuzioni variabili non vanno considerate nel calcolo della retribuzione teorica mensile annualizzata. Pertanto gli assegni familiari, avendo natura strettamente previdenziale, non vanno calcolati nella retribuzione, mentre per quanto concerne il rimborso a forfait delle spese di trasferta, vanno calcolate nella misura del 40%.

Per la liquidazione dell'indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella teorica annua relativa al mese in cui si è verificato l'infortunio.

La garanzia comprende gli infortuni derivanti da tumulti popolari ed eruzioni vulcaniche, gli avvelenamenti e le infezioni in genere.

Il grado di invalidità permanente conseguente ad un infortunio indennizzabile ai sensi della presente assicurazione, quando risulti aggravato da invalidità preesistenti, deve essere rapportato alla capacità generica dell'assicurato a qualsiasi lavoro proficuo ridotta per effetto della preesistente invalidità.

Il rapporto è espresso da una frazione in cui il denominatore indica il grado di capacità generica al lavoro preesistente e il numeratore la differenza tra questa ed il grado di capacità generica residuo dopo l'infortunio.

La garanzia Invalidità Permanente viene prestata con l'applicazione di una franchigia relativa del 5%.

Per quanto non espressamente indicato valgono le condizioni di polizza.

Allegato n. 9
(art. 7, terzo alinea, del Testo Unico e Coordinato)

POLIZZA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA
(estratto delle condizioni di polizza)

Questa assicurazione vale per tutti i dipendenti non dirigenti di Unipol Banca S.p.A. iscritti al Fondo Pensione Lavoratori Unipol Banca.

La polizza garantisce per il solo dipendente una copertura in caso di invalidità permanente da malattia superiore al 24% dell'invalidità permanente totale, purché la malattia si sia manifestata entro un anno dalla cessazione del contratto stesso.

La determinazione dell'indennizzo viene eseguita secondo le seguenti norme:

- nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 24% dell'invalidità permanente totale;
- se l'invalidità permanente è di grado superiore al 24% l'indennizzo liquidato verrà calcolato sulla somma assicurata secondo le percentuali seguenti:

INVALIDITA' ACCERTATA	INDENNIZZO LIQUIDATO	INVALIDITA' ACCERTATA	INDENNIZZO LIQUIDATO
25%	5%	56%	59%
26%	8%	57%	63%
27%	11%	58%	67%
28%	14%	59%	71%
29%	17%	60%	75%
30%	20%	61%	79%
31%	23%	62%	83%
32%	26%	63%	87%
33%	29%	64%	91%
34%	32%	65%	95%
Dal 35% al 55%	Dal 35% al 55%	Dal 66% al 100%	100%

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.

Se la malattia colpisce una persona che non è fisicamente integra e sana, non è indennizzabile quanto imputabile a preesistenti condizioni fisiche e patologiche.

Sono escluse le invalidità permanenti da:

- malattie che siano la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto;
- malattie mentali o nevrosi;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci o stupefacenti;
- trattamenti estetici, cure dimagranti o dietetiche;
- reati dolosi commessi dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- invalidità permanenti preesistenti alla data di decorrenza del contratto.

Il limite di età previsto è di 65 anni. In ogni caso l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età.

Allegato n. 9
(art. 7, terzo alinea, del Testo Unico e Coordinato)

Il massimale assicurato per ogni persona è pari a 4 volte la retribuzione annua lorda dell'interessato.

Per quanto non espressamente indicato valgono le condizioni di polizza.

Allegato n. 10
(art. 7, quarto alinea, del Testo Unico e Coordinato)

POLIZZA CASO MORTE
(estratto delle condizioni di polizza)

Questa assicurazione vale per tutti i dipendenti iscritti al Fondo Pensione Lavoratori Unipol Banca ed assicura per il caso di morte e invalidità permanente con garanzia, per il solo dipendente, di un capitale massimo assicurato pari a 2 volte la retribuzione annua lorda dell'interessato.

Sono inclusi nell'assicurazione tutti i dipendenti con età compresa tra i 14 e 70 anni di età.

L'assicurazione non è rinnovabile nei confronti degli assicurati che abbiano superato il 70-esimo anno di età.

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'assicurato.

E' escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- dolo del contraente o del beneficiario;
- partecipazione attiva dell'assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- incidente di volo, se l'assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso tale periodo e in caso di riattivazione, se avviene entro 12 mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione.

Per quanto non espressamente indicato valgono le condizioni di polizza.

Allegato n. 11
(art. 7, quinto alinea, del Testo Unico e Coordinato)

POLIZZA CASO DI MALATTIA/INFORTUNIO CHE RISOLVE IL RAPPORTO DI LAVORO
(estratto delle condizioni di polizza)

La garanzia è prestata a tutti i dipendenti iscritti alla Cassa di Assistenza ed è relativa ai casi di malattia ed infortunio che risolvono il rapporto di lavoro.

La garanzia prevede in favore del solo dipendente il pagamento di un'indennità pari a due volte la retribuzione annua lorda nel caso in cui l'Impresa risolva il rapporto di lavoro per il superamento del periodo di comporto previsto dal C.C.N.L. a causa di malattia (sia per I.P. sia per morbilità) o infortunio, a condizione che il fatto morboso o l'infortunio abbia avuto inizio dopo il periodo di prova.

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 infortunio.

In caso di divergenza sulla natura, la durata e sulle conseguenze di tale malattia, le Parti possono conferire mandato ad un Collegio medico arbitrale secondo l'usuale procedura prevista dalle Condizioni Generali d'Assicurazione, con deroga relativa alle spese ed alla competenza di spettanza del terzo medico che restano in ogni caso a carico della società.

Sono esclusi dai benefici della presente garanzia i dipendenti che raggiungano il massimo periodo di comporto successivamente alla notifica di un provvedimento di licenziamento per giustificato motivo soggettivo od oggettivo ed in pendenza dello scadere del termine di preavviso per il licenziamento sopradetto.

Per quanto non espressamente indicato valgono le condizioni di polizza.

CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE

Art. 1 – Premio aziendale	pag. 3
Art. 2 – Inquadramenti	pag. 8
Art. 3 – Garanzie volte alla sicurezza del lavoro	pag. 15
Art. 4 – Tutela delle condizioni igienico-sanitarie nell’ambiente di lavoro	pag. 16
Art. 5 – Assistenza sanitaria integrativa per tutto il personale appartenente alle Aree Professionali dalla 1 ^a alla 3 ^a ed ai Quadri Direttivi di 1° e 2° livello	pag. 17
Art. 6 – Assistenza sanitaria integrativa per tutto il personale appartenente ai Quadri Direttivi di 3° e 4° livello	pag. 19
Art. 7 – Assistenza sanitaria integrativa per i pensionati Unipol Banca	pag. 21
Art. 8 – Previdenza complementare	pag. 22
Art. 9 – Decorrenza e durata	pag. 25

TESTO UNICO E COORDINATO

Premessa	pag. 28
Art. 1 – Sviluppo professionale di carriera	pag. 29
Art. 2 – Formazione professionale	pag. 34
Art. 3 – Valorizzazione delle risorse interne	pag. 35
Art. 4 – Lavoro a tempo parziale	pag. 36
Art. 5 – Flessibilità dell’orario di lavoro	pag. 38
Art. 6 – Aspettative e permessi	pag. 39
Art. 7 – Coperture assicurative in favore del personale	pag. 42
Art. 8 – Anticipazione del TFR non destinato a Fondo Pensione	pag. 44
Art. 9 – Banca ore	pag. 45
Art. 10 – Giudizio professionale complessivo	pag. 46
Art. 11 – Incontro annuale	pag. 47
Art. 12 – Banca Multicanale (Call Center)	pag. 48
Art. 13 – Mobilità	pag. 51
Art. 14 – Rimborso chilometrico	pag. 53
Art. 15 – Familiari portatori di handicap	pag. 54
Art. 16 – Premio di anzianità	pag. 55
Art. 17 – Buoni pasto	pag. 56
Art. 18 – Indennità di rischio	pag. 57

- INDICE DEL CIA E DEL TESTO UNICO E COORDINATO -

Art. 19 – Maternità a rischio	pag. 58
Art. 20 – Lavoro temporaneo e buona occupazione	pag. 59
Art. 21 – Volontariato	pag. 60
Art. 22 – Mobbing	pag. 61
Art. 23 – Borse di studio	pag. 62
Art. 24 – Conciliazione tempi di vita e di lavoro	pag. 63
Art. 25 – Premorienza	pag. 64
Disposizioni Finali	pag. 65

ALLEGATI

AL CIA

1. Art. 5 – Piano sanitario Aree prof./Qd1-Qd2
2. Artt. 5 e 6 – Statuto Cassa Assistenza
3. Artt. 5 e 6 – Regolamento Cassa Assistenza
4. Art. 6 – Piano sanitario Qd3-Qd4
5. Art. 7 – Piano sanitario pensionati

AL TESTO UNICO:

6. Art. 6 – Sintesi art. 4, comma 1, Legge 8.3.2000 n. 53
7. Art. 7 – Estratto condizioni polizza infortuni professionali
8. Art. 7 – Estratto condizioni polizza infortuni extraprofessionali
9. Art. 7 – Estratto condizioni polizza invalidità permanente da malattia
10. Art. 7 – Estratto condizioni polizza caso morte
11. Art. 7 – Estratto condizioni polizza fine comparto