



ALLEGATO n. 5

**ACCORDO PER L'ASSISTENZA SANITARIA
DEI FUNZIONARI DELLE IMPRESE ASSICURATRICI**

Il giorno XX/XX/2007 in, tra
l'Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici (ANIA), e
FIBA/CISL, FISAC/CGIL, FNA, SNFIA e UILCA,



premesso che nel C.C.N.L. 18 dicembre 1999 è contenuta la seguente premessa:

- il miglioramento delle prestazioni già riconosciute dall'accordo per l'assistenza sanitaria dei funzionari delle Imprese assicuratrici del 6 dicembre 1994 si è reso possibile attraverso l'utilizzo di un importo pari alla somma dello 0.50% della retribuzione media prevista dal C.C.N.L. più l'equivalente di otto ore di lavoro;
- che le predette otto ore costituiscono l'equivalente delle ore di permesso riconosciute al restante personale dal comma 1 dell'art. 38 del C.C.N.L. 18 dicembre 1999 e che, pertanto, in caso di emanazione di norme generali in tema di riduzione di orario, il necessario riassorbimento avverrà tramite interventi sul trattamento di assistenza sanitaria;



si è convenuto quanto segue.



ART. 1

Il presente accordo si applica ai Funzionari alle dipendenze delle Imprese di assicurazione ai quali si applica il contratto collettivo nazionale di lavoro XX/XX/2007.

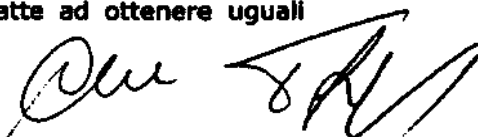
ART. 2

Al Funzionari di cui all'art. 1 viene riconosciuta una forma di assistenza sanitaria da attuarsi con una polizza assicurativa che sarà stipulata dall'Impresa da cui il Funzionario dipende e sarà a carico dell'Impresa medesima, ovvero tramite la costituzione di una Cassa di Assistenza o con altre forme atte ad ottenere uguali risultati.

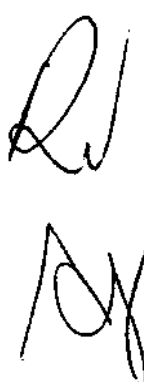
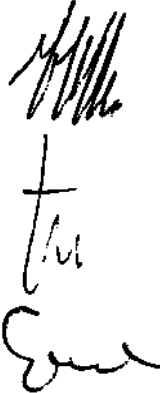


ART. 3

L'assistenza sanitaria di cui al presente accordo riguarda anche i familiari a carico del Funzionario - intendendosi per tali quelli per i quali il Funzionario ha diritto alla detrazione per carichi di famiglia ai sensi dell'art. 12 del testo unico delle Imposte sui redditi approvato con D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 - e il convivente more uxorio che non abbia un reddito complessivo superiore al limite indicato al comma terzo del predetto articolo del testo unico delle imposte sui redditi e successive integrazioni e modificazioni.



Le sole prestazioni di cui al punto 1) della lettera A) dell'art. 4 del presente accordo, sono estese al coniuge del Funzionario anche se non a carico, purché lo stesso sia convivente, o al convivente more uxorio che non godano di un reddito annuo lordo superiore a € 32.000,00. Inoltre le sole prestazioni di cui al punto 2) della lettera A) dell'art. 4 del presente accordo, sono estese, al coniuge del Funzionario anche se non a carico, purché lo stesso sia convivente, o al convivente more uxorio che non godano



[Handwritten signatures]

di un reddito annuo lordo superiore a € 23.000,00. Al 1° gennaio d'ogni anno, detti importi si intendono adeguati sulla base della variazione dell'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati verificatasi nel mese di dicembre dell'anno precedente rispetto al dicembre dell'anno precedente ancora.

Agli effetti dell'applicazione dei precedenti commi si fa riferimento all'entità del reddito percepito alla data del 1° gennaio dell'anno in cui vengono effettuati i rimborsi.

Il riconoscimento dell'assistenza sanitaria al convivente more uxorio presuppone che non sussista, o non sussista più, vincolo matrimoniale del Funzionario.

Agli effetti di quanto stabilito dal presente articolo, la convivenza more uxorio va comprovata da documentazione ufficiale; il Funzionario che richiede l'assistenza per il convivente deve annualmente rilasciare all'azienda apposita dichiarazione della quale si assume tutte le responsabilità.

ART. 4

[Handwritten signature]

L'assistenza sanitaria di cui al presente accordo comporta il rimborso delle spese sostenute per le seguenti prestazioni, con le modalità e nei limiti in appresso indicati:

A) Ricoveri di medicina o chirurgia ed Interventi chirurgici ambulatoriali

1) Ricoveri per c. d. "grandi interventi", intendendosi per tali quelli indicati all'all. 1 del presente accordo:

- rimborso di quanto speso a qualsiasi titolo per il ricovero e/o l'intervento;
- rimborso delle spese sostenute per accertamenti diagnostici, compresi gli onorari ai medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero, nonché delle spese rese necessarie dall'intervento chirurgico - sostenute nei 90 giorni successivi al termine del ricovero - per esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, per trattamenti fisioterapici e rieducativi, incluso il noleggio dei macchinari per la fisioterapia e dei supporti ortopedici.

Con il limite massimo per anno assicurativo, per nucleo familiare, di € 230.000,00.

2) Altri ricoveri per malattia e infortunio (diversi da quelli di cui al punto 3)), interventi chirurgici ambulatoriali:

- rimborso delle spese relative al ricovero e/o all'eventuale intervento chirurgico (retta di degenza, onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista, spesa camera operatoria, assistenza infermieristica, medicinali, medicazioni, esami, ecc.);
- in caso di ricovero, anche giornaliero, con o senza intervento chirurgico, rimborso delle spese per accertamenti diagnostici, compresi gli onorari ai medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero, nonché delle spese rese necessarie dall'intervento chirurgico - sostenute nei 90 giorni successivi al termine del ricovero - per esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, per trattamenti fisioterapici e rieducativi, incluso l'acquisto di piccoli supporti ortopedici o il noleggio di altri supporti o apparecchiature necessarie dalla patologia.

Con il limite massimo giornaliero, per i casi di ricovero, di € 330,00 a persona per retta di degenza e con il limite massimo per anno assicurativo, per il complesso delle prestazioni, per nucleo familiare di € 115.000,00.


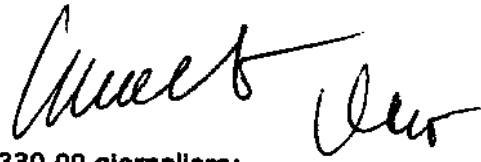
3) Parto:
a) Parto normale:

[Large handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten signatures on the left margin]

[Handwritten signatures on the right margin]

- 
- 
- rimborso delle spese di degenza nel limite massimo di € 330,00 giornaliere;
 - rimborso di tutte le altre spese (onorario medico ostetrico, assistenza pediatrica, ostetrica, ecc.) nel limite massimo di € 2.300,00;

b) Parto cesareo e gravidanza extrauterina: rimborso delle spese sostenute nelle stesse misure e con gli stessi limiti previsti per i ricoveri di chirurgia di cui al precedente punto 2).



4) Altre prestazioni:



- a) rimborso, con il limite massimo per anno assicurativo, per nucleo familiare, di € 3.500,00 al 80% delle spese extraospedaliere sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie e specialistiche:


agopuntura prestata da medico specialista, angiografia, bilancio ormonale, colposcopia, diagnostica radiologica, dialisi, doppler, ecografia (per non più di tre esami annui), ecocardiografia, elettrocardiografia, elettroencefalografia, endoscopia, laserterapia, logopedia, mammografia, mineralogia ossea computerizzata, pap test, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, TAC, telecuore, tomografia ad emissione di positroni, urografia nonché per acquisto/noleggio di apparecchi protesici (esclusi occhiali, lenti e protesi dentarie) e per la visita del medico specialista che abbia prescritto la prestazione sanitaria di cui sopra; i rimborsi relativi alla prestazione sanitaria ed alla visita specialistica devono essere richiesti congiuntamente;

nell'ambito del plafond sopra indicato sub a) e con il limite massimo di € 300,00 annui, è previsto per il solo funzionario un check-up diagnostico preventivo sulla base di una prescrizione medica. Qualora a livello aziendale esistano protocolli per l'effettuazione del check-up, in tale sede dovranno essere individuati i necessari adattamenti e coordinamenti applicativi;




- b) rimborso al 100% del ticket pagato per le suddette prestazioni rese dal SSN
- c) rimborso integrale delle spese sostenute per le terapie relative a malattie oncologiche (cobaltoterapia, ecc.) con il limite massimo per anno assicurativo e per nucleo familiare, di € 17.500.

B) Prestazioni odontoiatriche



Rimborso delle spese sostenute per prestazioni odontoiatriche entro i limiti previsti per ciascuna prestazione dalla allegata tabella (all. 2 al presente accordo), con il limite massimo, per anno assicurativo per il complesso delle prestazioni riferite al nucleo familiare, pari a € 1.750,00, aumentato di € 950,00 per i primi due carichi familiari e di € 400,00 per ciascuno dei carichi familiari successivi.

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



ART. 5

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



- malattie mentali in tutti i casi in cui esse diano luogo a trattamento sanitario obbligatorio ai sensi degli artt. 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;
- malattie tubercolari in fase attiva assistibili dall'INPS;

- ~~XXXX~~ Vito Greco
- Intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti. Sono comunque rimborsabili le spese per cure di disintossicazione e relativi ricoveri nei limiti previsti dal punto 2 lettera A dell'art 4;
 - psicoterapia non curata da medico specialista e psicoanalisi;
 - chirurgia plastica a scopo estetico (salvo quella a scopo ricostruttivo);
 - agopuntura non effettuata da medico;
 - infortuni sofferti in stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili;
 - in caso di ricovero, le spese sostenute per l'uso del telefono, della radio e della televisione;
 - in caso di prestazioni effettuate all'estero, le spese di viaggio e quelle sostenute dall'eventuale accompagnatore.
- Mancini

ART. 6 Manu

Agli effetti del rimborso di cui al presente accordo gli esami di laboratorio, radiologia e terapia fisica, le prestazioni di riabilitazione nonché i ricoveri od interventi chirurgici ambulatoriali debbono essere prescritti dal medico.

ART. 7

Gli aventi diritto all'assistenza di cui al presente accordo debbono regolare direttamente le prestazioni sanitarie ad essi rese e debbono, entro 180 giorni da quello di fine malattia, presentare per il rimborso la documentazione giustificativa delle spese sostenute. In caso di decesso del Funzionario la documentazione deve essere presentata dagli eredi entro 180 giorni da quello del decesso.

La richiesta di rimborso deve essere presentata dal Funzionario, per il tramite della Direzione dell'Impresa dalla quale dipende, alla compagnia assicuratrice presso la quale è stata stipulata la polizza di assistenza sanitaria di cui all'art. 2.

ART. 8 [Signature]

La documentazione delle spese deve essere intestata al Funzionario o al familiare.

ART. 9

Il Funzionario è tenuto a chiedere agli organi competenti ed a riversare alla compagnia assicuratrice qualsiasi rimborso che sia previsto a suo favore dalla legislazione nazionale o regionale sul Servizio Sanitario Nazionale.

ART. 10 [Signature]

Le prestazioni di cui all'art. 4, lettera A) punto 1), e punto 4) lett. c) della presente garanzia sanitaria con i massimali ed alle condizioni ivi previsti, nonché quelle di diagnostica (angiografia, endoscopia, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, tac, telecuore, tomografia ad emissione di positroni) e le rilevanti terapie (dialisi e laserterapia) nel limite massimo per anno assicurativo e per nucleo familiare di € 3.500,00 sono estese ai Funzionari cessati dal servizio che al momento della risoluzione del rapporto di lavoro, esclusi i casi di licenziamento per giusta causa o giustificato motivo soggettivo, abbiano maturato il diritto alla pensione del regime obbligatorio, ovvero qualora questo diritto maturi entro 12 mesi dalla data di cessazione, per un periodo di due anni successivi la data di cessazione.

In caso di decesso del funzionario detta disciplina decade.

La disciplina di cui al presente articolo assorbe fino a concorrenza eventuali trattamenti di ultrattività già esistenti in ciascuna Impresa.

ART. 11

Gli allegati formano parte integrante del presente accordo.

ART. 12

Il presente accordo decorre dal, fermo quanto previsto dall'art. 3 comma terzo che precede. Esso viene considerato dalle Parti pertinente alla parte economica e scadrà contestualmente al presente contratto il, intendendosi pertanto tacitamente rinnovato per un periodo di quattro anni e così successivamente di quattro in quattro in assenza di disdetta formale di una delle due Parti sei mesi prima della scadenza.

Dichiarazione delle Parti

Le Parti si danno atto che gli importi recati nel presente accordo tengono conto, tra l'altro, anche dei tassi di inflazione programmati.

Ugent
Ugent

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]
[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]
[Signature]

[Signature]

[Signature]
[Signature]

[Signature]

Allegato n° 1

PRESTAZIONI PER GRANDI INTERVENTI

Per grandi interventi s'intendono quelli per i quali la tariffa minima, approvata con D. P. R. 28 dicembre 1965, n. 1763, prevede per il chirurgo operatore un onorario non inferiore a € 41,32.

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

- cateterismo cardiaco dx e sin.;
- aortografia;
- cardioangiografia;
- pericardiotomia;
- tutta la chirurgia per la tbc, salvo il pneumotorace, toracosopia, l'aspirazione ed il drenaggio;
- toracotomia esplorativa;
- tumori bronchiali per via endoscopica;
- tumori maligni della sottomascellare;
- adenomi della tiroide;
- faringotomia ed esofagotomia;
- gastrotomia, gostrotonomia, enterotomia;
- trapanazione cranica con puntura ventricolare;
- anglografia cerebrale;
- pneumoencefalografia;
- colostomia per Megacolon;
- amputazione grandi segmenti (ortopedia);
- prelievo per trapianto (ortopedia);
- osteosintesi grandi segmenti;
- ricostruzione tetto cotiloideo.

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

Allegato n° 2

**TARIFE PER L'ASSISTENZA ODONTOIATRICA
PER I FUNZIONARI DELLE IMPRESE ASSICURATRICI**

DIAGNOSTICA

Visita parere professionale in studio	€	23
Visita a domicilio del paziente - diurna:	€	40
- notturna:	€	51

RADIOGRAFIA

Radiografia endorale	€	29
Radiografia extraorale	€	34
Scialografia	€	40
Arcata dentaria completa	€	122

ANESTESIA

Anestesia locale plessica	€	23
Anestesia tronculare	€	29

CHIRURGIA

Alveolite - emorragia postestrattiva (per seduta)	€	18
Avulsione dentaria o radice di dente semplice	€	40
Avulsione dentaria indaginosa	€	122
Avulsione di un dente in inclusione ossea	€	144
Piccoli interventi di chirurgia orale	€	34
Apicectomia (cura del canale a parte)	€	111
Intervento chirurgico preprotetico (per ogni arcata)	€	111
Biopsia	da € 29 a	€ 45
Implantologia, per ogni elemento impiantato (protesi esclusa) (*)	€	551

CURE CONSERVATIVE

Medicazione per carie superficiale	€	51
Devitalizzazione monoradicolare	€	84
Devitalizzazione pluriradicolare	€	106
Cura della gangrena pulpare (per seduta)	€	34
Otturazione in cemento, ossifosfato di cavità semplice:	€	34
Otturazione in cemento, ossifosfato di cavità combinata:	€	40
Otturazione con silicato, amalgama o composito di cavità semplice:	€	73
Otturazione con silicato, amalgama o composito di cavità combinata:	€	111
Cure elettromedicali (per seduta)	€	23

PROTESI FISSA

Corona stampata in acciaio	€	62
Corona stampata in oro (metallo escluso)	€	177
Corona due tempi (metallo escluso)	€	166
Corona in resina	€	172
Corona in porcellana	€	254
Corona Dawis	€	183

(*) Nota a verbale: nei casi di chirurgia implantologica con ricovero, sempre che l'intervento abbia richiesto anestesia totale, motivata da particolare e documentata patologia del paziente, il rimborso delle spese avverrà, nell'ambito del massimale

previsto dall'art. 4, lett. A) punto 2) con il limite massimo per anno assicurativo per nucleo familiare di € 15.000,00.

Corona fusa (metallo escluso)	€	232
Corona Richmond (metallo escluso)	€	287
Perno moncone	€.	177
Corona 3/4 (metallo escluso)	€	122
Elemento di ponte fuso in acciaio	€	67
Elemento di ponte fuso in oro (metallo escluso)	€	155
Elemento di ponte fuso in acciaio e resina	€	100
Elemento di ponte in oro e resina (metallo escluso)	€	287
Elemento di ponte fuso in oro e porcellana (punte platino)	€	353
Elemento di ponte resina	€	177
Protesi di fissazione per elemento (metallo escluso)	€	232
Intarsio a perno	€	100
Corona estetica in oro e resina (metallo escluso)	€	287
Corona estetica in oro e porcellana (metallo escluso)	€	353
Corona in resina provvisoria	€	51
Rimozione di protesi (per corona)	€	34
Intarsi (metallo escluso)	€	210

PROTESI MOBILE

Ganci filo (metallo escluso)	€	45
Ganci fusi (metallo escluso)	€	51
Apparecchio mobile in resina, formato da 1 elemento	€	84
Apparecchio mobile in resina, formato da 2 elemento	€	122
Apparecchio mobile in resina, formato da 3 elemento	€	177
Apparecchio mobile in resina, formato da più di tre elementi	€	84
Completo inferiore in resina	€	1.211
Completo superiore in resina	€	1.211
Completo superiore e inferiore in resina	€	2.311
Scheletrato (metallo a parte) superiore a 4 elementi	€	914
Scheletrato (metallo a parte) di 4 o inferiore a 4 elementi	€	683
Attacchi, ammortizzatori, cerniere, incastro, ecc. (metallo escluso)	€	177
Ribasatura diretta	€	122
Ribasatura indiretta	€	232
Riparazione semplice	€	84
Aggiunta di un elemento alle riparazioni (per elemento)	€	84

PARADENTOSI

Ablazione tartaro e pulltura denti	€	100
Cura stomatite (per seduta)	€	29
Cura chirurgica delle malattie del paradenzio (per seduta)	€	34
Gengivectomia (per ogni gruppo di 4 denti)	€	100

ORTODONZIA INFANTILE

Esame e studio su modelli	€	67
Trattamento ortodontico (compresi apparecchi fissi o rimovibili):		
- primo anno di cura	€	1.046
- ciascun anno successivo	€	1.046