

## REGOLAMENTO DEL FONDO UNICO NAZIONALE LTC

### Articolo 1

#### ***Oggetto***

Il presente Regolamento fissa le regole di applicazione della disciplina contemplata nello Statuto del Fondo unico nazionale LTC che garantisce i dipendenti del settore assicurativo, così come individuati nell'articolo 4 dello statuto medesimo e nell'articolo 3 del presente regolamento, nei confronti del rischio di non autosufficienza, così come definito nello statuto e nell'articolo 4 del presente regolamento.

### Articolo 2

#### ***Attuazione degli scopi***

In riferimento agli scopi di cui all'art. 3 dello Statuto, il Fondo garantisce agli affiliati-beneficiari le prestazioni di assistenza alla persona, del tipo indennitario, e/o di rendita, e/o di capitale e/o con prestazione di servizi, previste per non autosufficienza.

A tal fine il Consiglio di Amministrazione del Fondo ogni quinquennio procederà ad una puntuale definizione delle caratteristiche della copertura che dovrà essere garantita dalle imprese di assicurazione, attenendosi a quanto indicato all'art. 4 del presente regolamento.

Il Consiglio di Amministrazione del Fondo, una volta definito lo *standard* minimo delle prestazioni da garantire, anche avvalendosi di consulenze tecniche, inviterà le imprese di assicurazione che possiedono i requisiti stabiliti dal Consiglio di Amministrazione del Fondo, anche di solidità patrimoniale, ad offrire le coperture predette. Il Consiglio di Amministrazione del Fondo individuerà l'aggiudicataria in base all'offerta giudicata migliore secondo i criteri indicati nell'avviso per la presentazione delle offerte deliberato dallo stesso Consiglio di Amministrazione.

In considerazione della particolare tipologia di garanzia assicurativa, il Fondo ritiene opportuno evitare la concentrazione del rischio su una sola impresa. A tal fine l'invito a presentare le offerte per l'aggiudicazione dei servizi dovrà prevedere le seguenti condizioni:

- a) l'impresa aggiudicataria terrà per sé una quota di rischio non inferiore ad una percentuale indicata nell'invito ad offrire;
- b) il Fondo offrirà la restante quota di rischio alle altre imprese che abbiano presentato offerte in proporzione alla contribuzione totale al Fondo da parte della singola impresa ovvero, nel caso in cui una o più imprese offerenti facciano parte di un gruppo assicurativo, in proporzione alla contribuzione al Fondo da parte del gruppo medesimo, al lordo della quota già attribuita all'aggiudicataria.

Qualora la quota attribuita all'aggiudicataria superi la propria quota di contribuzione al Fondo ovvero quella del gruppo di appartenenza, in proporzione alla contribuzione totale al Fondo, si tiene conto della sola quota attribuita all'aggiudicataria in tale sua qualità.

Le imprese dovranno assumere la quota di rischio alle medesime condizioni dell'offerta dell'aggiudicataria. Qualora il Fondo non raccolga la disponibilità di

qualcuna delle altre imprese partecipanti ovvero, a seguito dell'attribuzione proporzionale delle quote, una parte del rischio rimanga scoperta, la quota di rischio rimanente, come sopra determinata, verrà ripartita fra tutte le altre imprese, compresa l'aggiudicataria, in proporzione alle quote di rischio già assunte da ciascuna di esse.

Nell'ipotesi in cui nessuna tra le imprese partecipanti si sia dichiarata disponibile ad accettare la propria quota di rischio, il Fondo potrà attribuire all'aggiudicataria il 100% del rischio - con eventuale obbligo di riassicurazione dello stesso, nella misura e con le modalità determinate dal Fondo stesso - ovvero procedere ad una ulteriore gara per la copertura della parte di rischio rimasta non coperta dopo l'aggiudicazione.

Il Fondo definirà con l'impresa aggiudicataria il contratto finalizzato a porre in essere in concreto le coperture assicurative. Tale contratto verrà stipulato dall'aggiudicataria in qualità di impresa delegataria e dalle altre partecipanti in qualità di imprese coassicuratrici.

Qualora non vi siano altre coassicuratrici, sussistendo l'ipotesi dell'ultimo capoverso della precedente lettera b), il contratto verrà stipulato solo con l'aggiudicataria.

### Articolo 3

#### ***Affiliati –beneficiari del Fondo***

A norma dell'art. 4 dello Statuto gli affiliati-beneficiari del Fondo, che hanno diritto solamente alla prestazione assicurativa sono:

- 1) per tutta la durata del rapporto di lavoro, il personale dipendente il cui rapporto di lavoro sia disciplinato dal CCNL 18 luglio 2003, e successive modificazioni e integrazioni, che risulti in servizio alla data del 1° gennaio 2004, nonché quello successivamente assunto;
- 2) il personale sub 1) cessato dal servizio dal 1° gennaio 2004 con diritto a pensione. E' inoltre compreso il personale sub 1) che, per effetto di accordi collettivi od individuali, cessa dal servizio con accompagnamento alla pensione e, pertanto, continuerà a beneficiare della copertura assicurativa contro il rischio di non autosufficienza, a condizione che non instauri un rapporto di lavoro alle dipendenze di terzi ai quali non si applichi il CCNL del settore assicurativo.

I datori di lavoro debbono comunicare al Fondo le variazioni circa i soggetti dipendenti e, ove note, le cause di cessazione del rapporto di lavoro una volta l'anno.

L'affiliato non in servizio, dovrà produrre al Fondo certificato di esistenza in vita, entro la fine di ogni anno solare. Il datore di lavoro, a tal fine, provvederà a rendere edotto di quest'obbligo per iscritto il lavoratore che cessi il rapporto di lavoro.

Il mancato invio annuale del suddetto certificato comporterà per l'affiliato una penalizzazione nella misura del 20% della prestazione prevista per l'anno immediatamente successivo.

Il Consiglio di Amministrazione del Fondo potrà riconoscere lo status di affiliato-beneficiario al personale che risultava in servizio alla data del 18 luglio 2003, eventualmente colpito da evento prima del 31 dicembre 2003 in costanza di rapporto di

lavoro, con impresa che applica il CCNL 18 luglio 2003. A tal fine, il Consiglio stesso dovrà provvedere all'individuazione preventiva di idonee soluzioni finalizzate a riconoscere una prestazione con decorrenza comunque successiva alla data di costituzione del Fondo.

#### Articolo 4

##### ***Definizione di stato di non autosufficienza***

Viene definita persona "non autosufficiente" quella incapace in modo presumibilmente permanente di svolgere, come sotto precisato, parte delle seguenti "attività elementari della vita quotidiana":

- farsi il bagno;
- vestirsi e svestirsi;
- igiene del corpo;
- mobilità;
- continenza;
- bere e mangiare.

Per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell'assicurato nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo lo schema di valutazione funzionale di seguito riportato.

L'insorgere di non autosufficienza viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti

Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza

#### ATTIVITÀ ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA

##### Farsi il bagno

1° grado: l'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo:

punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno:

punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno:

punteggio 10

##### Vestirsi e svestirsi

1° grado: l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo:

punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo:

punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo:

punteggio 10

### Igiene del corpo

1° grado: l'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare al bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:

punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3):

punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3):

punteggio 10

### Mobilità

1° grado: l'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi:

punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto:

punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi:

punteggio 10

### Continenza

1° grado: l'Assicurato è completamente continente:

punteggio 0

2° grado: l'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno:

punteggio 5

3° grado: l'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia:

punteggio 10

### Bere e mangiare

1° grado: l'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti:

punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:

- sminuzzare/tagliare il cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere

punteggio 5

3° grado: l'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.

punteggio 10

#### Articolo 5

##### ***Modalità di determinazione della prestazione***

Il Fondo, con cadenza quinquennale rivede e individua l'importo annuale della prestazione da erogare ai soggetti che diventino non autosufficienti nel periodo successivo. A tal fine il Consiglio di Amministrazione potrà avvalersi di consulenze tecniche al fine di quantificare la prestazione, sulla base di criteri attuariali di equilibrio che tengano conto dell'aliquota contributiva e delle esigenze del gruppo degli affiliati.

Gli affiliati-beneficiari che ricevono la prestazione mantengono ad ogni modo l'importo della prestazione erogata.

#### Articolo 6

##### ***Modalità operative e attuative della garanzia***

La copertura assicurativa verrà riconosciuta ai soggetti affiliati-beneficiari di cui all'art 4 dello Statuto, individuati in base al contratto collettivo. Essa cesserà di produrre effetti qualora gli affiliati-beneficiari perdano la qualifica ai sensi dell'art. 4 dello Statuto e dell'art.3 del presente regolamento.

Le condizioni assicurative, le esclusioni, le condizioni di erogazione della prestazione, gli obblighi di informativa e di comunicazione, la documentazione, sono fissate in conformità allo standard delle tipologie di prestazioni assicurative di cui al presente Regolamento.

#### Articolo 7

##### ***Modalità di erogazione delle prestazioni***

I beneficiari della copertura assicurativa sono gli assicurati (affiliato-beneficiario), i quali potranno designare una persona a cui delegare il compimento degli atti materiali necessari all'erogazione della prestazione.

Verificatosi l'insorgere di non autosufficienza presumibilmente permanente dell'affiliato, l'affiliato stesso o altra persona che lo rappresenti deve richiederne per iscritto il riconoscimento al Fondo allegando alla richiesta un certificato del medico curante attestante l'insorgere di non autosufficienza ed una relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza, redatti entrambi su appositi modelli forniti dal Fondo. Il Fondo trasmetterà tempestivamente la documentazione ricevuta alla compagnia aggiudicataria. Dalla data di ricevimento di tale documentazione da parte della compagnia aggiudicataria, decorrerà il periodo di accertamento che in ogni caso non potrà superare i due mesi.

All'esito dell'accertamento, in caso di valutazione discorde della compagnia aggiudicataria sullo stato di non autosufficienza, verrà nominata la Commissione medica di cui all'art. 12 che dovrà pronunciarsi non oltre due mesi. L'affiliato-beneficiario dovrà fornire tutte le informazioni relative al proprio stato di salute e si assume la responsabilità della veridicità delle dichiarazioni rese.

Il soggetto erogante la prestazione ha diritto di richiedere accertamenti medici che attestino la permanenza dello stato di non autosufficienza, non più di una volta ogni tre anni.

L'accertamento con esito positivo dà diritto all'erogazione della prestazione a decorrere dalla data di denuncia dello stato di non autosufficienza.

Il soggetto erogante la prestazione può richiedere un certificato di esistenza in vita dell'assicurato con cadenza annuale.

Del decesso dell'affiliato in stato di non autosufficienza dovrà essere data immediata comunicazione al Fondo che ne darà a sua volta tempestiva comunicazione al soggetto erogante la prestazione.

Gli importi di prestazione percepiti dopo il decesso dovranno essere rimborsati.

## Articolo 8

### ***Contributi e versamenti***

Al Fondo confluiscono i contributi a carico delle imprese nella misura prevista ai sensi dell'art. 88 del CCNL 18 luglio 2003 e successive modificazioni.

I versamenti dei contributi a carico dei datori di lavoro, vanno effettuati alla fine di ciascun trimestre entro l'ultimo giorno del trimestre cui si riferiscono.

Ai sensi dell'art. 5, comma 2 dello Statuto, sono poste a carico dell'ANIA le spese di viaggio relative all'utilizzo di mezzi di trasporto eventualmente sostenute dai componenti il Consiglio di Amministrazione per la partecipazione alle riunioni del Consiglio medesimo, nonché le spese relative alla predisposizione del bilancio annuale d'esercizio; l'Associazione si farà carico di garantire l'espletamento dell'attività di segreteria degli organi statutari del Fondo.

La partecipazione alle riunioni del Consiglio di Amministrazione viene svolta a titolo gratuito.

## Articolo 9

### ***Impiego dei contributi***

Il Fondo provvederà ad investire i contributi nel rispetto degli interessi della generalità degli affiliati-beneficiari.

In particolare, il Fondo provvederà alla collocazione, gestione, Amministrazione, dei contributi riscossi al fine di garantire le prestazioni di cui all'art 2 agli affiliati-beneficiari mediante la sottoscrizione di contratti di assicurazione previsti nell'art. 2 del presente Regolamento.

Il Fondo converrà al momento della stipulazione della convenzione con la compagnia di assicurazione la regolamentazione del pagamento del premio e relative modalità amministrative.

## Articolo 10

### ***Consulenze tecniche***

Il Consiglio di Amministrazione, nell'esercizio delle sue funzioni, può avvalersi di consulenze tecniche, anche interne, nel rispetto del presente regolamento e delle normative vigenti.

## Articolo 11

### ***Privacy e trattamento dei dati personali***

Il Fondo si impegna al rispetto della riservatezza delle informazioni relative agli associati e affiliati-beneficiari ad essa pervenute nonché al rispetto della normativa di cui al dlgs. N.196/03 in materia di trattamento dei dati personali.

## Articolo 12

### ***Commissione medica***

Nel caso di cui al 3° comma dell'art.7, il Consiglio di Amministrazione nomina una Commissione medica. La commissione sarà composta da tre medici di cui uno nominato dalla compagnia aggiudicataria, uno nominato dalla parte sindacale ed il terzo dai primi due così nominati. E' fatta comunque salva la possibilità per gli associati di optare per la nomina di un medico unico da scegliersi congiuntamente.