Ipotesi di Accordo Sindacale

Tra

Il Gruppo Zurich Italia, rappresentato da Donato Lacerenza, da Monica Marazia e da Roberta Scarpis

e

- le Rappresentanze Sindacali Aziendali della Federazione Italiana Reti dei Servizi del Terziario (FIRST) aderente alla CISL, in persona di: Pamela Cappelli, Alessandro De Noia, Carla Faustini, Cristina Laneri, Monica Palumbo;
- le Rappresentanze Sindacali Aziendali della Federazione Italiana Sindacale Assicurazioni Credito (FISAC) aderente alla CGIL, in persona di: Jacopo Oldrini, Sebastiano Schifano, Barbara Ventullo;
- le Rappresentanze Sindacali Aziendali della UIL Credito e Assicurazioni (UILCA) in persona di Paola Benincori;
- le Rappresentanze Sindacali Aziendali della Federazione Nazionale Assicuratori (FNA) in persona di Fabiana Donato, Roberta Trifella;
- le Rappresentanze Sindacali Aziendali del Sindacato Nazionale Funzionari Imprese Assicurative (SNFIA) in persona di Antonio Cesana.

Premessa

Con riferimento alle richieste di cui alla Piattaforma di Rinnovo del Contratto Integrativo Aziendale presentate all'Azienda nel luglio scorso, a seguito del mandato assembleare ricevuto dalle Rappresentanze Sindacali ed in seguito ad un proficuo confronto tra le parti, al fine di non protrarre ulteriormente la revisione di alcuni istituti, l'Azienda ha proposto di addivenire ad un "Accordo Ponte", con il quale sono stati adeguati taluni istituti per l'anno 2024, alcuni dei quali, in via convenzionale, vengono regolati anche per gli anni 2025 e 2026.

Le Parti concordano altresì l'erogazione nel mese di marzo 2024 a tutti i dipendenti in forza alla data di erogazione, in ragione dei mesi di permanenza in servizio nel periodo 01/01/2021 – 31/12/2023, di un importo una tantum che il dipendente avrà la facoltà di scegliere tra euro 1.500,00 netti in forma di welfare ovvero euro 1.100,00 lordi in cedolino.

Inoltre, le Parti si impegnano ad incontrarsi entro il mese di settembre 2024 per un confronto sugli altri istituti presenti in Piattaforma che non sono stati oggetto di aggiornamento nell'ambito del presente "Accordo Ponte", con attenzione anche alla possibile revisione della politica aziendale relativa all'assorbimento degli assegni ad personam.

Si precisa inoltre che il presente Accordo trova applicazione nei confronti di tutti i dipendenti delle seguenti Società:

- Zurich Insurance Europe AG
- Zurich Investments Life S.p.A.
- Zurich Insurance Company Ltd

Tutto ciò premesso le Parti

convengono che

[omissis]

Art. 19 - MISSIONI

L'Azienda per comprovate ragioni tecniche, organizzative e produttive può inviare il lavoratore in missione temporanea.

1. Qualora la missione abbia una durata superiore ai 4 mesi nell'arco di 12 mesi l'Azienda dovrà raccogliere il consenso del dipendente. Il consenso dovrà essere, altresì, prestato qualora la somma delle missioni nell'arco di 12 mesi dall'inizio della prima missione superi i 4 mesi.
Nel caso in cui la missione abbia una durata superiore ai due mesi e inferiore ai quattro l'Azienda dovrà darne informativa alle R.S.A. con apposita comunicazione preventiva.
2. Terminata la missione di cui al capoverso precedente, il dipendente non potrà essere inviato in una nuova missione prima che siano trascorse almeno 2 settimane.
3. Le missioni di durata superiore a 2 settimane dovranno essere disposte, di norma, con un preavviso non inferiore a 5 giorni lavorativi.
4. Al personale inviato in missione spetta il rimborso delle spese di viaggio per il rientro in famiglia ogni fine settimana.
5. Le spese di trasferimento per e dalla sede di missione sono a carico dell'Azienda.
6. Per ogni giornata di missione, il dipendente riceverà una diaria di missione così definita:
- missione con pernotto: € **70,00**
- missione senza pernotto: € **40,00**
7. Nel caso la missione preveda il pernottamento sarà riconosciuta, in aggiunta e per ciascuna notte, una indennità di pernottamento pari a € 18,00 sia per gli impiegati che per i funzionari.
8. Si conviene che, nel caso di missione inferiore a 4 mesi, qualora il lavoratore rifiuti senza giustificato motivo la missione, in violazione dei doveri di cui all'art. 94 del vigente CCNL, l'Azienda ne darà notizia alle R.S.A. prima di adottare i provvedimenti del caso.

Resta inteso che dal trattamento economico sono escluse le spese per il raggiungimento della sede di missione, nonché le spese di alloggio, a pieno carico della Società.

Art. 20 - SPESE DI TRASFERTA

Il rimborso delle spese di trasferta viene così regolamentato:

a) Diaria di € 36,00 per ciascuna giornata;
b) Piè di lista di € 50,00 per il pasto. Qualora la trasferta comporti la fruizione sia del pranzo che della cena l'importo massimo riconosciuto sarà pari a € 85,00.

Nel caso la trasferta si protragga, per giustificati motivi, oltre il normale orario di lavoro ricomprendendo anche il pasto serale quest'ultimo sarà rimborsato, in aggiunta alla diaria di cui sopra, con il limite di € 50,00 per il pasto.

Per il Personale interno il trattamento di diaria sarà riconosciuto in caso di trasferta la cui durata sia superiore alle 6 ore. Al di sotto di tale orario sarà riconosciuto il buono pasto.

In caso di trasferta che preveda il pernottamento sarà riconosciuta, in aggiunta e per ciascuna notte di trasferta, una indennità di pernottamento pari a € 18,00.

Per tutto il Personale, la scelta tra trattamento di diaria e piè di lista dovrà essere effettuata ad inizio anno e varrà per l'intero anno solare, rinnovandosi tacitamente per gli anni successivi, salvo diversa espressa indicazione.

Il rimborso dovrà essere sempre espressamente e preventivamente autorizzato dal responsabile, così come la trasferta.

RT FD FC

Nota a verbale
Resta inteso che deve essere sempre e comunque rispettata la Travel Policy del Gruppo in vigore al momento della trasferta.
Le richieste di rimborso a piè di lista devono essere idoneamente documentate secondo le disposizioni fiscali vigenti.
In caso di smarrimento della documentazione giustificativa, senza produzione di fotocopie e denuncia di smarrimento presentata dal dipendente, non si potrà procedere al rimborso.

Art. 22 - RIMBORSO CHILOMETRICO
Il Personale che utilizza, previa autorizzazione del responsabile, l'autovettura per motivi di servizio avrà diritto al rimborso chilometrico secondo le seguenti fasce:

FASCIA CHILOMETRICA	€ x KM
0- 10.000	0,60
10.001-20.000	0,45
20.001-30.000	0,40
>30.000	0,35

Le percorrenze chilometriche verranno sempre conteggiate con partenza dalla sede di lavoro, salvo quanto stabilito in accordi sindacali sottoscritti.

Verranno rimborsati i pedaggi autostradali dietro presentazione dello scontrino fiscale di ricevuta o altro idoneo giustificativo.

In via sperimentale fino al 31 dicembre 2024, tale rimborso avverrà sulla base dei chilometri intercorrenti tra la sede di lavoro (salvo quanto previsto dagli accordi sindacali sottoscritti) e la destinazione da raggiungere, secondo quanto previsto dal percorso "più veloce" sul sito web Via Michelin.

Il rimborso di cui al presente articolo è applicabile esclusivamente alle autovetture. È escluso l'utilizzo ed il rimborso delle spese sostenute per l'utilizzo di ciclomotori e motocicli.

ART. 28 – ASSISTENZA SANITARIA
Il Gruppo, mediante la Cassa di Assistenza, garantisce ai dipendenti una copertura assicurativa, secondo le condizioni e le modalità che seguono.

DEFINIZIONI
Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurato: i soci della CASSA DI ASSISTENZA DEI DIPENDENTI DEL GRUPPO ZURIGO più esattamente identificati come dipendenti di ciascuna Compagnia del Gruppo Zurich (esclusi i Dirigenti) nonché i loro familiari o conviventi così come previsto dal vigente Contratto Integrativo Aziendale;

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Contraente: CASSA DI ASSISTENZA DIPENDENTI DEL GRUPPO ZURIGO;

Compagnia: l'Impresa Assicuratrice;

Scoperto: la percentuale prestabilita che in caso di sinistro l'Assicurato tiene a suo carico e per la quale la Compagnia non riconosce l'indennizzo;

Indennizzo: la somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro;

Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili;

Istituto di cura: ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità all'erogazione dell'assistenza ospedaliera in regime di ricovero o di degenza diurna.
Non si considerano Istituti di cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno nonché' i centri benessere e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alla lungodegenza;

Trattamenti fisioterapici o rieducativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, eseguite da medico o da personale sanitario professionalmente abilitato, finalizzate al recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio;

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non conseguente ad infortunio;

Ricovero: la degenza, comprendente pernottamento, in Istituto di Cura autorizzato ad erogare l'assistenza ospedaliera;

Gravidanza: una condizione fisiologica e non una patologia;

Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro;

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Medico di base/ASL/medico curante: medico a cui l'Assicurato si rivolge per visite, diagnosi e cure.

CONDIZIONI GENERALI:

1. La copertura sanitaria base gratuita è garantita a tutti i dipendenti in forza o assunti successivamente alla data della firma con le esclusioni di cui all'art. 1 del presente CIA;
2. Le prestazioni opzionali a pagamento saranno riconosciute, alle condizioni stabilite, con decorrenza dal 1° di gennaio di ogni anno;
3. Le coperture di cui al presente articolo sono riservate esclusivamente al dipendente, al coniuge, al convivente more uxorio, ai figli (non coniugati) ed ai genitori del contraente purché conviventi come da stato di famiglia, esclusi fratelli e sorelle. Si precisa che nel caso di separazione, i figli del dipendente non presenti nello stato di famiglia dello stesso, sono assicurabili a cura del dipendente purché siano presenti nello stato di famiglia dell'ex coniuge/ex convivente, purché fiscalmente a carico;
4. Il dipendente dovrà indicare quali tra i componenti il nucleo familiare aventi diritto devono intendersi assicurati all'interno della polizza base al superamento del periodo di prova e comunque entro 30 giorni dal termine dello stesso;
5. I componenti del nucleo familiare dichiarati in polizza base saranno assicurati automaticamente qualora venga sottoscritta da parte del dipendente la polizza opzionale;
6. L'adesione al Piano sanitario si rinnova con cadenza annuale e la relativa copertura sarà attiva a decorrere dal 1° gennaio di ciascun anno;

RT FD FC

7. I neoassunti, che abbiano superato il periodo di prova nel corso dell'anno, avranno la facoltà di aderire alla polizza opzionale entro 30 giorni dalla conclusione del periodo di prova versando il premio annuale, ovvero di aderire dal 1° gennaio dell'anno successivo;
8. Le eventuali variazioni della composizione del nucleo familiare in ingresso dovranno essere comunicate a cura del dipendente entro 60 giorni dal verificarsi delle medesime, con contestuale versamento del premio da gennaio a dicembre, ovvero di aderire dal 1° gennaio dell'anno successivo.
9. I neonati, il cui genitore sia assicurato con la presente polizza sono assicurati gratuitamente per le medesime somme e garanzie previste per i genitori, dal momento della loro nascita fino alla scadenza annuale della polizza. Al fine di consentire la liquidazione di eventuali richieste di rimborso spese sarà necessario comunicare preventivamente alla richiesta stessa i dati anagrafici del neonato. Alla scadenza annuale della polizza, per continuare a mantenere le medesime garanzie, dovrà essere inserito a pagamento nella copertura.
10. Le variazioni della composizione del nucleo familiare in uscita dovranno essere comunicate a cura del dipendente all'atto della modifica ed avranno decorrenza dal 1° gennaio dell'anno successivo alla comunicazione;
11. È altresì consentito mantenere inclusi nella polizza opzionale, fino alla scadenza dell'anno assicurativo, i soggetti che dovessero uscire dalla composizione del nucleo familiare precedentemente comunicato fermo restando la mancata restituzione del premio annuo pagato per l'opzionale;
12. Il dipendente che abbia aderito alla polizza sanitaria opzionale avrà la facoltà di uscire a scadenza CIA nella sola ipotesi si verifichi una modifica delle tariffe superiore al 20% del contributo;
13. I familiari dei dipendenti inseriti nella polizza sanitaria potranno, invece, uscire solo a scadenza del CIA e non potranno essere reinseriti in futuro, salvo il caso in cui siano fiscalmente a carico e/o posti in mobilità;
14. I nuovi massimali di spesa sia odontoiatrici che extra ospedalieri ed i nuovi contributi a carico dei dipendenti, previsti dal presente contratto integrativo, verranno applicati alle visite o prestazioni effettuate dal 1° gennaio 2024 e per ogni anno;
15. Il pagamento del contributo annuo dovuto avverrà con trattenuta mensile sul cedolino paga del dipendente relativamente all'intera annualità, anche in caso di ingresso in corso d'anno;
16. Il rimborso delle spese avverrà direttamente attraverso bonifico bancario, su conto corrente comunicato all'Ufficio del Personale;
17. Tutte le prestazioni riportate nei capitoli Prestazioni Base e Prestazioni Opzionali di cui al presente articolo, comprese quelle derivanti da CCNL, non necessitano di prescrizione medica e/o di indicazione della patologia, salvo quanto diversamente specificato;
18. Le prestazioni di cui al presente articolo saranno rimborsate con uno scoperto del 20% per i soli casi di prestazioni effettuate presso strutture o medici non convenzionati, ad esclusione delle spese odontoiatriche per le quali è previsto uno scoperto del 10%. Viene definita una convenzione sull'intero territorio nazionale che faciliti i dipendenti nell'accesso alle prestazioni sanitarie, anche attraverso il rimborso diretto (ove previsto dalle strutture stesse);
19. In caso di sinistro indennizzabile a termini della presente Assistenza Sanitaria, qualora le spese sostenute dal dipendente fossero state rimborsate parzialmente da altre coperture sanitarie, la Cassa di Assistenza rimborserà per intero l'importo residuale delle fatture e comunque entro il limite della somma che sarebbe stata indennizzata in assenza di altre coperture.

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale, per il ricovero e/o l'intervento chirurgico anche ambulatoriale, resi necessari da malattia, infortunio, parto o nei casi di trapianto di organi.

PRESTAZIONI BASE

Premessa

Il Gruppo, mediante la Cassa di Assistenza, garantisce agli Impiegati ed ai Funzionari, una copertura assicurativa di BASE gratuita.

Per gli Impiegati ed ai relativi familiari di cui al punto 4) delle condizioni generali di cui al presente articolo, è garantita l'assistenza sanitaria anche ai familiari non a carico.

Per i Funzionari è garantita l'assistenza sanitaria ai familiari non a carico di cui al punto 4) delle condizioni generali di cui al presente articolo, purché non godano, nel corso di validità del presente Contratto, di un reddito annuo lordo superiore a € 80.000,00, salvo il caso dei grandi interventi (vedi Allegato A) dell'Allegato 5 del vigente CCNL.

1 - RICOVERI IN GENERE

Rimborso delle spese sanitarie ed ospedaliere (compreso Day Hospital) in conseguenza di malattia o infortunio per il dipendente e per i familiari (come da Condizioni Generali), con rimborso integrale di quanto effettivamente pagato.

- Limite per anno, per nucleo e per sinistro € 131.007,00;
- In caso di grandi interventi, come previsti dal CCNL, il massimale si intende raddoppiato;
- Nessun limite per la retta di degenza.

Le preesistenze si intendono ricomprese.

1.1 <u>Rimborso spese sanitarie in caso di ricovero e/o intervento chirurgico ambulatoriale</u>

1. Viene previsto il rimborso delle spese sostenute, sino alla concorrenza degli importi previsti ai punti di cui sopra, come segue:

a) onorari dell'equipe medica partecipante all'intervento e diritti di sala operatoria;
b) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante il ricovero o l'intervento chirurgico;
c) rette di degenza;
d) vitto e pernottamento dell'eventuale accompagnatore nell'istituto di Cura presso il quale si trova ricoverato l'Assicurato con il massimo di € 3.000,00 per ogni sinistro;
e) esami, accertamenti diagnostici, onorari medici, effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero o la data dell'intervento chirurgico;
f) esami, accertamenti diagnostici, onorari medici, acquisto di medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e acquisto, fino ad un massimo di € 700,00 di piccoli supporti ortopedici o in noleggio di altri supporti o apparecchiature, resi necessari da malattia o infortunio, nonché l'applicazione e la rimozione; cure termali con indicazione specifica del tipo di cura termale e di acqua da utilizzarsi (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera);
g) tutte le voci di cui al punto f) dovranno essere indicate nella lettera di dimissioni o nella cartella clinica (da produrre sempre in fotocopia) ovvero prescritte dal medico di base/ASL/curante purché riconducibili all'evento indicato nella cartella clinica o lettera di dimissioni ed effettuate nei 120 giorni successivi alle dimissioni ospedaliere o alla data dell'intervento chirurgico. In caso di ricovero per trapianti sono da intendersi incluse le spese sostenute nei 180 giorni successivi alle dimissioni ospedaliere o alla data dell'intervento chirurgico legato al trapianto; in caso di ricovero per malattia oncologica sono da intendersi incluse le spese sostenute nei 240 giorni successivi alle dimissioni ospedaliere o alla data dell'intervento chirurgico legato a malattia oncologica;

h) tutte le voci di cui sopra sono riconosciute in casi di prelievo sul donatore e per il prelievo sull'Assicurato in qualità di donatore vivente;
i) parto cesareo con il limite massimo di € 20.000,00 di cui fino ad un massimo di € 4.000,00 per le spese di degenza;
l) parto non cesareo, con il limite massimo di € 4.000,00;
m) intervento per gravidanza extrauterina con il limite massimo di € 20.000,00 di cui fino ad un massimo di € 4.000,00 per le spese di degenza;
n) nei massimali per il parto sono da ritenersi incluse le spese sostenute nei 120 giorni pre e post ricovero.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia riconoscerà in caso di ricovero con intervento chirurgico a totale carico del SSN (fatto salvo gli eventuali costi relativi ai ticket) una diaria di € 150,00 giornaliere senza franchigia. Qualora l'intervento subìto richieda successivamente cure riabilitative indicate nella lettera di dimissioni (che deve contenere data di ingresso e data di dimissioni) o in cartella clinica, presso strutture riconosciute dal SSN, verrà liquidata una diaria giornaliera di € 80,00 fino ad un massimo di 30 giorni di degenza.
In caso di ricovero senza intervento è prevista l'applicazione di una franchigia fissa di 1 (uno) giorno.
La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di Cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora di ricovero e della dimissione.

Si precisa che in caso di ricovero con intervento o cura riabilitativa in struttura privata l'assicurato non avrà diritto ad alcuna diaria.

In caso di degenza resa necessaria da malattia o infortunio, in regime esclusivamente diurno (DAY HOSPITAL), la Compagnia rimborsa le spese per assistenza medica, infermieristica, trattamenti fisioterapici e rieducativi nonché per i medicinali somministrati durante la degenza stessa. La degenza a regime di day hospital non dà luogo ad alcuna diaria.

1.2 Altre Garanzie (sempre operanti)
In aggiunta a quanto previsto alla voce 1.1 **(Rimborso spese sanitarie)**, ma nell'ambito della somma assicurata, la garanzia vale anche per:

a) Spese Ambulatoriali
In caso di cure ambulatoriali a seguito di infortunio che non comporti ricovero, la Compagnia rimborsa le spese sostenute entro 180 giorni, con il massimo di € 3.100,00 annui, ivi comprese le spese per l'acquisto, fino ad un massimo di € 700,00, di piccoli supporti ortopedici o il noleggio di altri supporti o apparecchiature rese necessarie e prescritte da un medico, nonché l'applicazione e la rimozione.

b) Spese di trasporto
Viene riconosciuto il rimborso per il trasporto mediate autoambulanza, elisoccorso o automedica per il raggiungimento dell'istituto di cura per il ricovero e/o per l'accesso al Pronto Soccorso con il limite massimo di € 3.500,00 per ogni sinistro.
Viene, altresì, riconosciuto per il trasferimento da e per il raggiungimento dell'istituto di cura per il ricovero e/o per l'accesso al Pronto Soccorso il rimborso delle spese di taxi fino ad un massimo di € 80,00 per ogni sinistro.

c) Terremoto all'estero
A parziale deroga del capitolo "Delimitazioni", la garanzia assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli infortuni derivanti da terremoto. Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

d) Rischio Guerra
A parziale deroga del capitolo "Delimitazioni", la garanzia assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici.

1.3 Prestazioni Aggiuntive per i dipendenti fino al 6° livello compreso
Il Gruppo Zurich mette a disposizione dei propri dipendenti in servizio, una copertura sanitaria che copra le seguenti prestazioni:
a) angiografia, colposcopia, diagnostica radiologica, dialisi, doppler, ecografia (escluse quelle in stato di gravidanza regolate al punto 3), elettrocardiografia, ECG e/o ECG da sforzo, elettroencefalografia, endoscopia, mammografia, mineralogia ossea computerizzata (MOC), pap test, RMN, scintigrafia, TAC (compresa quella maxillo facciale), telecuore, tomografia ad emissione di positroni, urografia, visita oculista, visita ortottica a seguito di visita oculistica, visita fisiatrica con valutazione posturale;
b) acquisto apparecchi protesici esclusi occhiali, lenti e protesi dentarie;
c) logopedia, comprese le visite e le cure di dislessia, discalculia, disgrafia e sindrome ADHD;
d) laserterapia;
e) agopuntura, chiropratica e osteopatia erogate da osteopata, chiropratico, agopunturista, con titolo riconosciuto in Italia o Europa; anche tali prestazioni non necessitano di prescrizione medica.

Le prestazioni e le visite specialistiche di cui ai punti sopra a), b), c), d), e) saranno rimborsate con uno scoperto del 20% per i soli casi di prestazioni effettuate presso strutture o medici non convenzionati.
Il ticket ed eventuali contributi aggiuntivi richiesti per prestazioni rese dal SSN (compreso il servizio di guardia medica) verranno rimborsati al 100%.
Per i soli ticket pagati a mezzo di dispositivi automatici o tramite bollettino postale alla richiesta del rimborso dovrà essere allegato apposito modulo di autocertificazione attestante l'effettuazione della prestazione.
Il limite massimo di rimborso per anno assicurativo, per persona e per nucleo familiare per le garanzie di cui ai punti da a) a e) è di € 3.300 per l'anno 2024, di € 3.600,00 per l'anno 2025, di € 3.900,00 per l'anno 2026.
f) Per le terapie relative a malattie oncologiche è previsto il rimborso integrale delle spese sostenute, con il limite massimo per anno assicurativo, per persona e per nucleo familiare, di € 25.110,00.

1.4 Prestazioni aggiuntive per i soli funzionari

A) Le prestazioni di cui all'Allegato 5 CCNL vigente, Art 4, paragrafo A), punto 4) si intendono così integrate

Lettera a):
- Logopedia: ad integrazione di quanto previsto, per le prestazioni relative alla logopedia, si precisa che i rimborsi comprendono anche le visite e le cure di dislessia, discalculia, disgrafia e sindrome ADHD;
- Le prestazioni e le visite specialistiche di cui alla presente lettera saranno rimborsate con uno scoperto del 20% per i soli casi di prestazioni effettuate presso strutture o medici non convenzionati.

Lettera b):
Il ticket ed eventuali contributi aggiuntivi richiesti per prestazioni rese dal SSN verranno rimborsati al 100%,
Per i soli ticket pagati a mezzo di dispositivi automatici o tramite bollettino postale alla richiesta del rimborso dovrà essere allegato apposito modulo di autocertificazione attestante l'effettuazione della prestazione.

Lettera c):
Fermo restando il massimale previsto dal CCNL per il check up, l'adesione alla copertura opzionale consentirà di non presentare la documentazione medica.

B) Odontoiatriche

Sono rimborsate le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e gli accertamenti radiologici inerenti all'arcata dentale nell'ambito del massimale di seguito previsto, se seguiti da una terapia odontoiatrica. Gli accertamenti inerenti all'arcata dentale cui non fanno seguito cure odontoiatriche, saranno rimborsate nelle specialistiche. Il massimale per anno assicurativo per il complesso delle prestazioni riferite al nucleo familiare è quello indicato nella Tabella 1 Odontoiatriche funzionari in base nucleo iscritto in polizza.

Tabella 1 Rimborso Spese Odontoiatriche funzionari:

Nucleo iscritto in polizza	CCNL	CIA	TOTALE
1 = dipendente	€ 2.020	€ 520	€ 2.540
2	€ 3.221	€ 520	€ 3.741
3	€ 4.422	€ 520	€ 4.942
4	€ 4.913	€ 520	€ 5.433
5	€ 5.404	€ 520	€ 5.924
6	€ 5.895	€ 520	€ 6.415
7	€ 6.386	€ 520	€ 6.906

I massimali riportati nella colonna CCNL recepiranno le modifiche in sede di rinnovo del CCNL stesso.

Le spese effettivamente sostenute verranno liquidate con uno scoperto del 10%. Nella fattura dovrà comunque essere indicato in modo analitico il tipo di prestazione.

Le prestazioni di ortodonzia verranno rimborsate solo fino al compimento del 18° anno di età.

PRESTAZIONI OPZIONALI

È data facoltà ai dipendenti di ampliare la copertura sanitaria BASE versando un contributo per ciascun anno assicurativo (dal 1° Gennaio al 31 Dicembre) alla Cassa di Assistenza in relazione al numero dei componenti il nucleo familiare secondo quanto precisato nelle Condizioni Generali e per quanto previsto dalle condizioni che seguono:

1. Rimborso delle spese odontoiatriche

(per dipendenti sino al 6° livello compreso e relativi nuclei familiari)

Sono rimborsate le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e gli accertamenti radiologici inerenti all'arcata dentale nell'ambito del massimale di seguito previsto, se seguiti da una terapia odontoiatrica. Gli accertamenti inerenti all'arcata dentale cui non fanno seguito cure odontoiatriche, saranno rimborsate nelle specialistiche. Nella Tabella 2 Rimborso Spese Odontoiatriche impiegati è definito il massimale per anno assicurativo e per nucleo iscritto in polizza.

Tabella 2 Rimborso Spese Odontoiatriche impiegati:

Nucleo iscritto in polizza	Anno 2024	Anno 2025	Anno 2026
1 = dipendente	1.400,00 €	1.500,00 €	1.600,00 €
2	1.983,00 €	2.170,00 €	2.357,00 €
3	2.619,00 €	2.866,00 €	3.113,00 €
4	2.879,00 €	3.151,00 €	3.423,00 €
5	3.140,00 €	3.436,00 €	3.732,00 €
6	3.400,00 €	3.721,00 €	4.041,00 €
7	3.660,00 €	4.005,00 €	4.351,00 €

Il massimale si intende per nucleo familiare, per anno e per sinistro.

Le spese effettivamente sostenute verranno liquidate con uno scoperto del 10%. Nella fattura dovrà comunque essere indicato in modo analitico il tipo di prestazione. Le prestazioni di ortodonzia verranno rimborsate solo fino al compimento del 18° anno di età.

Il rimborso del bite avverrà all'interno delle presenti prestazioni ove riconducibile a patologie dentarie.

2. **Rimborso delle spese specialistiche extraospedaliere**
(per i dipendenti sino al 7° livello compreso e relativi nuclei familiari)

2.1 Rimborso delle spese specialistiche extraospedaliere con i massimali sottoindicati.
Nella Tabella 3 Rimborso Spese specialistiche extraospedaliere è definito il massimale per anno assicurativo e per nucleo iscritto in polizza.

Tabella 3 Rimborso Spese specialistiche extraospedaliere:

Massimale anno 2024	Massimale anno 2025	Massimale anno 2026
1.450,00 €	1.550,00 €	1.650,00 €
1.700,00 €	1.800,00 €	1.950,00 €
2.100,00 €	2.250,00 €	2.500,00 €
2.300,00 €	2.550,00 €	2.800,00 €

Il massimale s'intende per nucleo familiare, per anno e per sinistro.

2.2 La garanzia opera per le seguenti prestazioni sanitarie rese necessarie da malattia o infortunio o effettuate nell'ottica del principio della prevenzione. Si precisa che per il solo caso di infortunio, al fine di fruire delle prestazioni previste dal punto 1.2, lettera a), dovrà essere prodotta documentazione attestante l'infortunio stesso.
a) onorari medici per visite mediche e specialistiche (escluse le visite pediatriche, psichiatriche, chirurgia estetica e plastica, dietologiche non comprovate da patologia);
b) le prestazioni di agopuntura, chiropratica, osteopatia, ortottica, podologia (non a fini estetici) e le visite posturali e nutrizionali (comprovate da patologia) erogate da agopunturista, chiropratico, osteopata, ortottico, podologo, posturologo, nutrizionista con titolo riconosciuto in Italia o Europa; anche tali prestazioni non necessitano di prescrizione medica;

c) prestazioni fisioterapiche prescritte da un medico, eseguite anche presso un centro abilitato, nonché le spese sostenute per l'acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici, conseguenti ad infortunio o malattia, fino ad un massimale annuo di € 700,00 deducibile dal totale sopra indicato alla Tabella 3 Rimborso Spese specialistiche extraospedaliere. In caso di utilizzo di un centro non abilitato, la struttura dovrà certificare che la prestazione è stata effettuata da personale qualificato. Sono comprese le seguenti prestazioni di fisioterapia: elettrostimolazioni esponenziali, ionoforesi, riabilitazione post-operatoria, riabilitazione post traumatica, rieducazione neuromotoria, riabilitazione del pavimento pelvico, tecarterapia, radarterapia, magnetoterapia, onde d'urto, ozonoterapia, fisiochinesi terapia, massoterapia, ultrasuoni. Le seguenti prestazioni di vertebropatia manu medica: correzione incruenta del disallineamento vertebrale, manipolazioni vertebrali, trazioni vertebrali cervicali, trazioni vertebrali lombosacrali, trazioni vertebrali meccaniche;
d) infiltrazioni comprensive di farmaco con un massimale annuo di € 500,00 deducibile dal totale sopra indicato alla Tabella 3 Rimborso Spese specialistiche extraospedaliere. Per tali prestazioni sarà necessaria la presentazione di prescrizione medica;
e) analisi/esami di laboratorio ed esami diagnostici;
f) si precisa che per quanto attiene il bite, il rimborso dello stesso avverrà all'interno delle prestazioni opzionali ove riconducibile a patologie diverse da quelle dentarie;
g) visita medico sportiva.

Il ticket ed eventuali contributi aggiuntivi richiesti per prestazioni rese dal SSN o centri con esso convenzionati, compresi gli esami di laboratorio, verranno rimborsati al 100%.
Per i soli ticket pagati a mezzo di dispositivi automatici o tramite bollettino postale alla richiesta del rimborso dovrà essere allegato apposito modulo di autocertificazione attestante l'effettuazione della prestazione.

Le prestazioni e le visite specialistiche di cui al presente capitolo saranno rimborsate con uno scoperto del 20% per i soli casi di prestazioni effettuate presso strutture o medici non convenzionati.

All'interno dei massimali indicati in Tabella 3 Rimborso Spese specialistiche extraospedaliere, viene riconosciuta al solo dipendente la facoltà di richiedere il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di lenti da vista o lenti a contatto (escluse le spese per la sola montatura degli occhiali) fino ad un importo massimo di euro 250,00. Si precisa che tale massimale di euro 250,00 avrà valenza biennale ed il primo biennio decorrerà dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2025. Nell'arco temporale del biennio e nell'ambito del massimale indicato (euro 250,00) sarà dunque possibile chiedere il rimborso della spesa anche in maniera frazionata, laddove siano stati effettuati due o più acquisti di lenti da vista o lenti a contatto in momenti distinti.

3. <u>Check Up</u>
(per dipendenti sino al 6° livello compreso)
È data facoltà al solo dipendente di effettuare un check-up medico preventivo presso una struttura convenzionata fino ad un importo massimo annuo di euro 546,00, deducibile dal totale sopra indicato alla Tabella 3 Rimborso Spese specialistiche extraospedaliere.

4. <u>Gravidanza</u>
4.1 Con riferimento a questa condizione fisiologica si precisa che è garantito il rimborso con il limite massimo di € 1.500,00. Le visite specialistiche, gli esami, le ecografie e gli accertamenti diagnostici di cui al presente capitolo saranno rimborsate con uno scoperto del 20% per i soli casi di prestazioni effettuate presso strutture o medici non convenzionati.
4.2 La gravidanza dovrà essere dichiarata alla presentazione della prima richiesta di rimborso e superato il terzo mese di gestazione.
4.3 Si precisa che il feto non è assicurato. Sono pertanto esclusi tutti i trattamenti terapeutici e/o interventi chirurgici sul feto, ad eccezione di amniocentesi, villocentesi, il bitest e il tritest, screening neonatale, test DNA fetale, integralmente rimborsati se effettuati presso il SSN e rimborsati sino ad un massimo di € 700,00 se effettuati in strutture private.

RT FD FC

4.4 Nell'ambito del massimale di cui al punto 4.1 viene previsto il rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie finalizzate alla fecondazione assistita, nel rispetto della normativa italiana tempo per tempo in vigore. Per accedere ai rimborsi di cui al presente punto dovrà essere presentata documentazione.

L'accesso alle "**Prestazioni OPZIONALI**" viene garantito con il versamento alla Cassa di Assistenza dei dipendenti del Gruppo Zurigo dei seguenti contributi annui in relazione al numero dei componenti il nucleo familiare:

<table>
<tr><th colspan="3">Contributo polizza Opzionale Impiegati</th><th>Iscritto in polizza</th></tr>
<tr><td colspan="3">150 euro</td><td>1 testa</td></tr>
<tr><td>100 euro</td><td rowspan="2">70 euro (*)</td><td>2 teste</td></tr>
<tr><td>100 euro</td><td>3 teste</td></tr>
<tr><td colspan="3">50 euro</td><td>dalla 4^ testa in poi</td></tr>
</table>

(*) nel caso in cui il familiare sia a carico

<table>
<tr><th colspan="2">Contributo polizza Opzionale funzionari</th><th>Iscritto in polizza</th></tr>
<tr><td colspan="2">48 euro</td><td>1 testa</td></tr>
<tr><td>35 euro</td><td>24 euro (*)</td><td>dalla 2^ testa in poi</td></tr>
</table>

(*) nel caso in cui il familiare sia a carico

Commissione Sanitaria

Eventuali contestazioni conseguenti alla reiezione della richiesta di rimborso (e dunque solo ed esclusivamente dopo aver ricevuto comunicazione scritta e dopo aver chiesto ulteriori chiarimenti al provider) potranno essere sottoposte alla Commissione Sanitaria all'indirizzo ITZ-Commissione-Sanitaria.
La Commissione Sanitaria è composta da Claims, HR e Rappresentanze Sindacali ed ha il compito di valutare la documentazione e la corretta applicazione del C.I.A., rivedendo il caso e/o confermando la reiezione.

DELIMITAZIONI

Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:
a) le malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
b) gli infortuni conseguenti a delitti dolosi o atti temerari dell'Assicurato, restando operante l'assicurazione per gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per la legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;
c) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad alcoolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
d) la cura dell'A.I.D.S.
e) l'aborto volontario non terapeutico;
f) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia neoplastica);
g) la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
h) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.);
i) le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, insurrezioni, guerre e terremoti (salvo quanto previsto alla voce "Altre Garanzie");

l) gli infortuni derivanti da sport aerei e dalle partecipazioni a corse o gare motoristiche ed alle relative prove ed allenamenti;
m) il rimborso delle spese per telefono, televisione, servizio di bar, ristorante e simili;
n) le prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. 78-11-1991 pubblicato sulla G.U. 262 e s.m. ed i.) non esplicitamente indicate in polizza.

Persone non assicurabili - Cessazione delle garanzie
Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenze, A.I.D.S., se preesistenti al rapporto di lavoro, o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute.
L'assicurazione cessa dalla successiva scadenza annuale senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, che in tal caso verranno restituiti al Contraente al netto delle imposte.

Durata - Limite di età
Per quanto concerne le garanzie "Prestazioni BASE" e "Prestazioni OPZIONALI", la copertura assicurativa termina con l'ultimo giorno di lavoro del dipendente ed il premio sarà trattenuto fino alla rata corrispondente al mese di uscita.
Per quanto concerne i familiari assicurati, l'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 80 anni e cessa alla scadenza annuale della polizza successiva alla data di compimento di tale età.

IN CASO DI SINISTRO
L'Assicurato deve mettersi in contatto con il gestore della convenzione, che provvederà all'apertura del sinistro. I riferimenti sono rilevabili anche dalla intranet aziendale.
La Compagnia, provvederà direttamente, a condizione che l'evento sia indennizzabile a termini di polizza ed entro il limite del massimale disponibile, al pagamento agli Istituti di Cura ed ai medici convenzionati delle fatture, distinte o notule intestate all'Assicurato, per le spese sopra specificate, al netto dell'eventuale importo a titolo di scoperto, ove previsto, a carico dell'Assicurato.
L'Assicurato dovrà, invece, provvedere direttamente al pagamento delle spese per prestazioni ricevute non rientranti fra quelle di cui sopra e sarà tenuto a rimborsare alla Compagnia le somme che questa dovesse richiedergli per pagamenti effettuati a Istituti di Cura e a medici, allorché si dovesse accertare la non validità o l'inoperatività e/o inefficacia dell'assicurazione, nonché per pagamenti eccedenti il massimale disponibili.

Obblighi a cura del dipendente
Il sinistro dovrà essere presentato per la liquidazione completo della documentazione richiesta allo scadere dei 120 giorni post-ricovero, salvo il rimborso dell'evento principale.
Se la patologia da curare richiede più visite, analisi, etc, la documentazione potrà essere presentata per la liquidazione anche prima del termine dei 120 giorni facendo riferimento all'evento principale.
Le fatture di spesa dovranno pervenire tramite il portale del provider o spedite in originale. I documenti in originale dovranno essere conservati per 1 anno dalla liquidazione, ai fini di eventuali verifiche.
L'Assicurato o i suoi familiari devono consentire la visita di medici della Compagnia ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso: devono altresì provvedere alla presentazione, ove richiesta, della copia della cartella clinica. Si precisa che le spese relative ai certificati medici, cartelle cliniche e le spese non inerenti le prestazioni (bolli) sono a carico dell'Assicurato.

Criteri di indennizzabilità
La Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato od ai suoi eredi, su presentazione di fattura o ricevuta fiscale. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata, salvo quanto previsto alla voce che segue "Pagamento dell'indennizzo".
La liquidazione viene fatta in Italia con valuta corrente.

Pagamento dell'indennizzo
Ricevuta la necessaria documentazione (cartelle cliniche, esami specialistici, certificazioni mediche, ricevute o fatture di pagamento), espletate tutte le indagini richieste dalla Compagnia e verificata la validità delle garanzie, la Compagnia si impegna a disporre il pagamento dell'indennizzo entro 60 giorni dalla data di ricevimento di tutta la documentazione inerente il sinistro.

Controversie
In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sulla natura e origine della malattia, le Parti possono conferire mandato, con scrittura privata, di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte, ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.
Il Collegio Medico risiede, a scelta della Parte più diligente presso la sede della Direzione della Compagnia o nella città sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicina al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.
Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'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. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.
Qualora non ci sia immediato accordo fra le Parti sull'ammontare dell'indennizzo, la Compagnia, nell'attesa che questo sia determinato dal Collegio medico, provvederà al pagamento dell'importo da essa stimato, salvo eventuale conguaglio successivo alla decisione del suddetto Collegio medico.

Foro competente
Foro competente, a scelta della Parte attrice, può essere quello dell'Autorità Giudiziaria competente per il luogo dove ha sede la Direzione della Compagnia o dove l'Assicurato ha la sua residenza.

Validità territoriale
L'Assicurazione vale per il mondo intero con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà fatta in Italia in valuta corrente.

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

Termine di prescrizione
Come regolamentato dal codice civile art. 2952 comma 2, il termine di prescrizione dei crediti oggetto della presente polizza è biennale.

Convenzione
La Compagnia mette a disposizione dell'Assicurato un servizio di assistenza, per l'Italia e per l'estero, realizzato attraverso una specifica convenzione rintracciabile all'interno del sito internet del provider.

CERTIFICAZIONE PRESTAZIONI SANITARIE PREVISTE
Viene predisposta una certificazione, in lingua italiana ed in lingua inglese, attestante la validità della copertura sanitaria. Tale documento è rintracciabile nell'area personale di ciascun dipendente, all'interno del sito del provider che gestisce l'assistenza sanitaria.

In caso di prestazioni sanitarie all'estero, urgenti e non procrastinabili, che rientrano nelle coperture previste dall'art. 28, l'Azienda anticiperà – su richiesta del dipendente alla Direzione HR – il 70% delle spese che verranno sostenute.

Art. 28 –bis INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

A tutti i dipendenti vengono riconosciute, a titolo di assicurazione per invalidità permanente conseguente a malattia, i massimali per anno assicurativo (capitale assicurato) riportati nella tabella seguente:

Anno	2024	2025	2026
Capitale assicurato	€ 100.000,00	€ 110.000,00	€ 120.000,00

Per le condizioni e le modalità di gestione, si rinvia all'Allegato 5 del presente Contratto.

Art. 30 - POLIZZA VITA PURO RISCHIO

1. Viene garantita ai dipendenti una copertura assicurativa nella forma Temporanea Caso Morte, con un capitale base garantito come da tabella sottostante (colonna A). Il dipendente, previa comunicazione, ha la facoltà di aderire all'integrazione del capitale base secondo la tabella sottostante (colonna B).

	A	B	C	D
	Capitale base, con premio a totale carico dell'azienda	**Incremento volontario del capitale base con premio ripartito tra azienda (65%) e dipendente (35%)**	**Totale capitale assicurato**	**Possibile ulteriore integrazione facoltativa, a totale carico del dipendente**
1° anno	25.000,00 €	75.000,00 €	100.000,00 €	200.000,00 €
2° anno	50.000,00 €	50.000,00 €	100.000,00 €	200.000,00 €
3° anno	75.000,00 €	25.000,00 €	100.000,00 €	200.000,00 €
4° anno	100.000,00 €	- €	100.000,00 €	200.000,00 €

2. È data facoltà ai dipendenti di incrementare l'importo assicurato di 100.000 euro di ulteriori 200.000,00 euro, sino a un massimo di capitale assicurato di € 300.000,00. Le predette integrazioni dovranno essere effettuate con scaglioni di € 10.000,00.
3. Il premio da versare relativo al maggior capitale assicurato verrà integralmente versato dal dipendente.
4. Con riferimento ai capitali indicati nella colonna B della tabella di cui al punto 1., la tariffa da applicare sarà quella in vigore al 1° gennaio 2001 n. 550G, con emissione nel mese di marzo, e prevederà la possibilità di un bonus da retrocedere sui premi versati (sia dall'Azienda che dai dipendenti) in caso di andamento tecnico positivo.
In caso di assenza per maternità o lunga assenza per malattia, l'Azienda provvederà a contattare i dipendenti e/o i loro familiari al momento della richiesta di rinnovo.

RT FD

Art. 31 - POLIZZA INFORTUNI CONTRO I RISCHI PROFESSIONALI ED EXTRA PROFESSIONALI

Viene riconosciuta ai dipendenti una copertura assicurativa gratuita, con le seguenti caratteristiche:

Dipendenti inquadrati fino al 6° livello compreso

- caso morte:

Capitale caso morte anno 2024	Capitale caso morte anno 2025	Capitale caso morte anno 2026
€ 150.000,00	€ 160.000,00	€ 170.000,00

- invalidità permanente:

Capitale invalidità permanente 2024	Capitale invalidità permanente 2025	Capitale invalidità permanente 2026
€ 200.000,00	€ 210.000,00	€ 220.000,00

- franchigia relativa 3% (scompare dopo 13 punti di IP);
- IP 66% = 100% della tabella INAIL;
- applicazione tabella INAIL;
- condizioni generali come da Allegato n. 6

Dipendenti inquadrati nel 7° livello

- caso morte - un capitale corrispondente a 5 volte la retribuzione annua lorda;
- invalidità permanente - capitale € 220.000,00;
- per IP accertate oltre il 25% la garanzia opera senza limite e con l'applicazione della variante prevista nell'allegato;
- franchigia relativa del 3% (scompare dopo 13 punti di IP);
- applicazione della tabella INAIL;
- condizioni generali come da allegato n. 6

Per coloro che prestano attività part-time i capitali assicurati vengono proporzionalmente ridotti in base alla percentuale di part-time al momento dell'evento.

Per tutti i dipendenti (dal 1° al 7° livello compreso) la franchigia non opera in caso di infortuni professionali o di infortuni tecnicamente certificati dall'INAIL "in itinere".
In relazione agli infortuni in itinere ed al caso di mancato riconoscimento da parte dell'INAIL, le Parti precisano che la franchigia non si applica qualora l'Inail comunichi che l'infortunio, ancorché avvenuto, non venga indennizzato poiché lo stesso è avvenuto con l'utilizzo del mezzo proprio.
Pertanto, si conferma che la franchigia del 3% verrà applicata esclusivamente nel caso in cui l'infortunio non sia avvenuto nel percorso casa/lavoro.
Le Parti precisano, altresì, che per itinere si intende la tratta casa/lavoro.

[omissis]

Milano, 1° febbraio 2024

Le RSA

GRUPPO ZURICH

FIRST CISL

FISAC CGIL

FNA

UILCA

SNFIA