

Verbale di Accordo Sindacale

Addì 28 maggio 2025, anche in modalità telematica in Milano, Trieste e Roma si sono incontrati

le Società del Gruppo Bancario Banca Generali Spa (Banca Generali Spa e Generfid Spa) nelle persone di Valentina Luisa Frezza e Andrea Polacco

e

le strutture sindacali territoriali ed aziendali di

- FABI nelle persone di Lorenzo Rinaldi, Selene Giuttari e Anna Chiriaco;
- FISAC CGIL nelle persone di Deborah Catania, Loredana Torrisi;
- UILCA nelle persone di Raul Mauro, Gabriele Volontè, Andrea Gasparotto e Daniele Pelullo;
- UNISIN nelle persone di Michela Marangione e Alessandra Giacca;

per definire, nell'ambito del **rinnovo del CIA del Gruppo Banca Generali 2024-2027**, i seguenti istituti relativi a tutti i dipendenti – aree professionali e quadri direttivi – delle Società sopra rappresentate:

- 1) Assistenza sanitaria
- 2) Previdenza complementare
- 3) Indennizzo casi morte, ipt, dread disease
- 4) Garanzia Infortuni attività lavorativa (+ nr 1 all)
- 5) Inquadramenti (+ nr 2 all)
- 6) buono pasto
- 7) condizioni agevolate mutui, prestiti, conto corrente (+ nr 3 allegati)
- 8) rimborso KM auto propria
- 9) Anticipazione TFR

Art.1 ASSISTENZA SANITARIA

Sino al 31 dicembre 2025 si applicano le previsioni di cui all'art. 2 del Verbale di Accordo Sindacale del 2 dicembre 2021.

Con decorrenza dal 1° gennaio 2026 si applica quanto di seguito previsto.

REGOLE GENERALI

a) Fondo Sanitario

Sono soci del "Fondo Sanitario dei Dipendenti delle Aziende del Gruppo Generali" (F.S.G.G.) tutti i dipendenti cui si applica il presente CIA, che abbiano superato il periodo di prova, nonché i dipendenti cessati dal servizio che ne abbiano diritto, come precisato negli specifici punti.

Il suddetto Fondo, cui confluiscono i contributi a carico Azienda e/o dipendente (o lavoratore cessato), attua le garanzie previste tramite polizze assicurative sottoscritte con Compagnia del Gruppo.

b) Garanzie Sanitarie – a carico Azienda

La contribuzione per tali garanzie viene integralmente versata dall'Azienda.

Per i soci appartenenti alla categoria delle "aree professionali" che abbiano maturato una anzianità di servizio pari ad un anno, anche non continuativo, presso una o più Società del Gruppo Generali, spettano le garanzie precisate nell'allegato "APSAN 2026". Prima del raggiungimento di tale anzianità minima, spettano solo le



prestazioni per "grandi interventi".

Per i soci appartenenti alla categoria "quadri direttivi" spettano le garanzie precisate nell'allegato "QDSAN 2026".

Per quanto concerne le prestazioni previste agli All. "APSAN2026" e "QDSAN2026" per il personale cessato dal servizio, per pensionamento o per risoluzione consensuale (anche verso Fondo di Solidarietà), se di età superiore a 55 anni, viene riconosciuta un'ultrattività delle coperture con le modalità indicate all'All. APSAN2026, punto 10 per le aree professionali e all'All. QDSAN2026, punto 10 per i quadri direttivi.

Le Parti si danno atto che si è sempre inteso – e si conferma anche in questa sede – che i contributi versati dall'Azienda per l'assistenza sanitaria integrativa non sono computabili ai fini della determinazione del trattamento di fine rapporto.

c) Garanzia Sanitaria facoltativa – ad adesione

I dipendenti in servizio cui spettano le garanzie complete di cui al precedente punto b) possono estendere le coperture con diverse forme di garanzia sanitaria integrativa, alle condizioni di contribuzione e normative definite nell'allegato "Facoltativo".

d) Familiari a carico

Agli effetti di quanto contenuto nel presente Contratto e relativi allegati, i "familiari a carico" sono i seguenti:

1. il Coniuge, non legalmente separato;
2. in alternativa al coniuge, la situazione di fatto assimilabile;
3. i figli, anche se non conviventi, fino a 30 anni di età;
4. i figli, solo se conviventi, di età superiore a 30 anni;
5. gli altri familiari fino al II grado di parentela, solo se conviventi (genitori, nonni, fratelli, sorelle, nipoti).

I familiari sopraindicati sono considerati a carico qualora il loro reddito non superi quello previsto per le detrazioni fiscali (ad oggi 2.841 euro annui, e 4.000 euro annui per i figli fino a 24 anni di età), a prescindere che ne abbia diritto e/o che il dipendente ne fruisca.

Ai fini dei rimborsi sanitari, per i familiari sopraelencati il dipendente dovrà dichiarare sotto la propria responsabilità, il livello di reddito.

Per i familiari di cui ai punti 2, 4 e 5, la convivenza deve essere dimostrata con certificato di stato di famiglia.

GARANZIA SANITARIA AREE PROFESSIONALI

1. RICOVERI DI MEDICINA O CHIRURGIA ED INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI DOVUTI A MALATTIA O INFORTUNI:

a) Ricoveri per c.d. "Grandi interventi", intendendosi per tali quelli indicati all'All. "Grandi Interventi"

- rimborso di quanto speso a qualsiasi titolo per il ricovero e/o l'intervento;
- il trapianto di organi, compreso tutto quanto posto a carico del donatore;
- il trasporto effettuato con qualsiasi mezzo (commisurato alle effettive condizioni/necessità) all'istituto di cura, in Italia o all'estero, il trasferimento da un istituto di cura all'altro ed il ritorno a casa;

con il limite massimo per anno assicurativo e per nucleo familiare pari a € 176.000.

b) Altri ricoveri per malattia e infortunio (diversi da quelli di cui al punto a)), interventi chirurgici ambulatoriali, parto cesareo e gravidanza extrauterina:

- rimborso di quanto speso a qualsiasi titolo per il ricovero anche in regime di day-hospital e/o l'intervento chirurgico; esclusi i piccoli interventi ambulatoriali di chirurgia orale/dentale rimborsabili al punto 2. Prestazioni Odontoiatriche;
- in un'ottica di attuazione della piena parità di genere, saranno inoltre rimborsati gli interventi di procreazione medicalmente assistita, avvenuti nell'ambito di un percorso di coppia a prescindere se lo stesso venga eseguito al dipendente o al compagno/a, moglie/marito, o convivente di fatto;

con il limite massimo giornaliero, per i casi di ricovero - anche giornaliero - di € 300 a persona per retta di degenza e con il limite massimo per anno assicurativo e per nucleo familiare, per il complesso delle prestazioni, pari a € 27.000.

Inoltre, ad integrazione di a) e b) e nell'ambito dei rispettivi massimali saranno rimborsabili:

- gli accertamenti diagnostici, compresi gli onorari ai medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale;
- le spese per esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi rese necessarie a seguito di ricovero e/o intervento chirurgico ambulatoriale e sostenute nei 90 giorni successivi al termine del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale;
- le spese per dispositivi medici sostenute nei 90 giorni precedenti o successivi all'intervento chirurgico, previa presentazione della prescrizione medica;

le spese per l'acquisto di piccoli supporti ortopedici (es. grucce, plantari, fasce elastiche, tutori) o il noleggio di altri supporti o apparecchiature (es. letto ortopedico), rese necessarie a seguito di intervento chirurgico e sostenute per un massimo di 120 giorni successivamente al termine del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale.

c) Parto non cesareo:

- rimborso di quanto sostenuto comprensivo di: rette di degenza, onorario ai medici ed alle ostetriche; accertamenti diagnostici, cure, medicinali, esami riguardanti il periodo di ricovero, assistenza pediatrica, ostetrica, ecc., riguardante anche il neonato, nel limite massimo di € 4.500.
- in alternativa al rimborso di cui al precedente alinea, in caso di ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, pagamento di una diaria surrogatoria onnicomprensiva di € 85 giornalieri per un massimo di 3 giorni.

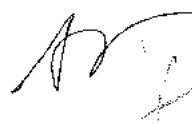
Con riferimento alle garanzie di cui alle lettere a), b) e c) di cui al presente punto 1:

- per ricoveri e day hospital con o senza intervento chirurgico sarà possibile attivare la presa in carico (PIC) dall'arca riservata oppure chiamando la Centrale Operativa di Generali Welion, che potrà indirizzare verso le migliori soluzioni disponibili, ferma la libertà di scelta del dipendente per altra struttura non in convenzione;
- qualora l'équipe medica non sia convenzionata è prevista la possibilità di richiedere un convenzionamento ad hoc tramite la Centrale Operativa di Welion; qualora il medico professionista individuato e/o l'équipe medica non acceda al convenzionamento, si potrà accedere ad una forma di diretta mista nella quale soltanto le prestazioni non convenzionate verranno rimborsate in forma indiretta;
- in caso di ricorso a strutture del network è prevista la copertura al 100% sia in forma indiretta (rimborso) che diretta;
- in caso di ricorso a strutture fuori convenzione è previsto il rimborso al 90%, ad eccezione di patologie oncologiche e trapianti, per le quali è confermato il rimborso al 100%.

In caso di ricovero e/o intervento chirurgico, qualora la spesa preventivata ecceda € 1.000, è facoltà del dipendente richiedere un anticipo nella misura massima pari al 90% delle spese previste e documentate con preventivo della clinica, completo della data prevista di ricovero e/o intervento.

Tale anticipo sarà recuperato all'atto del rimborso delle spese effettivamente sostenute. In caso di mancato ricovero e/o intervento, di spesa inferiore al preventivo o di reiezione del danno per non rimborsabilità a termini di polizza, le somme impropriamente anticipate dovranno essere prontamente restituite e potranno essere recuperate con trattenuta in soluzione unica sullo stipendio.

In caso di ricovero per trapianto, l'anticipo potrà riguardare anche le spese di ricerca dell'organo e/o del donatore, fermo quanto detto sopra.



In alternativa alla anticipazione di cui sopra, tutti i dipendenti potranno avvalersi della convenzione di assistenza diretta presso le cliniche convenzionate.

2. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Le spese per prestazioni odontoiatriche saranno rimborsate, con una franchigia assoluta del 15%, con il limite massimo per anno assicurativo, per il complesso delle prestazioni riferite al nucleo familiare, pari a

€ 2.247, aumentato di € 750 per ciascuno dei primi due carichi familiari e di ulteriori € 480 per ciascuno dei carichi familiari successivi.

In caso di prestazioni presso studi dentistici convenzionati a cura dell'Assicuratore, non sarà operata alcuna franchigia.

3. ALTRE PRESTAZIONI

a) Visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici:

rimborso all'80% delle spese sostenute per visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici non previsti al punto b), e con il limite massimo per anno assicurativo e per il complesso delle prestazioni riferite al nucleo familiare di € 500 per il collaboratore, aumentato di € 130 per ciascuno dei primi due carichi familiari e di ulteriori € 90 per ciascuno dei carichi familiari successivi.

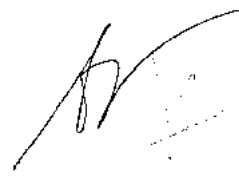
In caso di prestazioni effettuate presso rete convenzionata è previsto il rimborso al 90%.

b) Extra-ospedaliere e protesi:

rimborso all'80% delle spese extra-ospedaliere sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie, e specialistiche, nonché per la visita del medico specialista che abbia prescritto una delle prestazioni stesse, precisando la sussistenza od il sospetto dello stato patologico:

- agopuntura, angiografia, arteriografia, artroscopia, bilancio ormonale, audiometria, breath test, check-up diagnostico preventivo, chelazione, cistografia, coronarografia, colposcopia, diagnostica radiologica, dialisi, doppler, ecocardiografia, ecografia, elettrocardiografia, elettroencefalografia, elettromiografia, endoscopia, esame urodinamico completo, fisioterapia, ginnastica posturale, holter, isterosalpingografia, laserterapia, logopedia, mammografia, mineralogia ossea computerizzata, osteopatia, pap test, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, TAC, telecuore, termografia, tomografia ad emissione di positroni, urografia, video dermatoscopia;
- il rimborso per fisioterapia e ginnastica posturale avverrà previa prescrizione del medico di base; esclusa qualsiasi attività collettiva, anche se presso centri fisioterapici. In caso di ricorso alle strutture convenzionate, la percentuale di rimborso viene elevata al 100% nel limite del massimale;
- Podologo e prestazioni para-sanitarie (linfodrenaggi e simili), palestre: tali prestazioni potranno essere rimborsate nella misura dell'80% se inserite all'interno di un percorso di riabilitazione per malattia certificata, a fronte di prescrizione di medico specialista che attesti la patologia che origina la prestazione;



- 
- Saranno inoltre rimborsate all'80% previa prescrizione del medico specialista, le visite effettuate presso un nutrizionista, nonché le prestazioni chiropratiche effettuate da personale iscritto ad un albo delle arti sanitarie;
 - Saranno inoltre rimborsate, le spese relative alla procreazione medicalmente assistita anche per il genere maschile, in ottica di percorso di coppia e parità di genere.

nonché rimborso all'80% di apparecchiature protesiche, con l'esclusione di occhiali, lenti, protesi dentali. Per prestazioni effettuate presso rete convenzionata, è previsto un rimborso al 90%.

I rimborsi di cui al presente punto b) sono previsti con il limite massimo per anno assicurativo, per il complesso delle prestazioni riferite al nucleo familiare, a € 2.100.

c) Oncologia

rimborso integrale delle spese sostenute per le terapie relative a malattie oncologiche quali chemioterapia, cobaltoterapia ecc., con il limite massimo per anno assicurativo e per nucleo familiare di € 20.000. Nel suddetto limite sono compresi il costo del trasporto effettuato con qualsiasi mezzo (commisurato alle effettive condizioni/necessità) all'istituto di cura, in Italia o all'estero, ed il ritorno a casa, nonché le spese per esami, medicinali/farmaci, dispositivi medici e parafarmaci, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari dalla specifica gravità delle patologie in atto.

Sono compresi in garanzia i protocolli ricentranti negli studi clinici relativi a sperimentazioni riconosciute dall'AIFA nonché adroterapia, immunoterapia, terapia target.

d) Lenti correttive

rimborso delle spese sostenute per montature e lenti correttive, a fronte di prescrizione diottrica, con il limite massimo per anno assicurativo e per nucleo familiare di € 250.

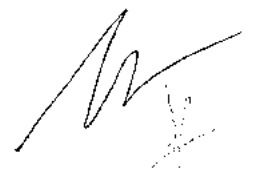
Per acquisti effettuati presso punti vendita in convenzione viene riconosciuto il rimborso senza scoperto nel limite del massimale; per acquisti in esercizi non convenzionati è previsto il rimborso all'85% nel limite del massimale di cui sopra.

e) Assistenza alla Persona

Saranno garantite le prestazioni indicate nell'All. "Assistenza alla Persona".

4. Qualora la garanzia di cui ai punti 3a), 3b) e 3c) operi in eccedenza all'onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale, il rimborso verrà effettuato, entro i limiti massimi annui indicati, senza applicazione di scoperto.

5. L'assistenza sanitaria di cui al presente allegato si applica anche ai familiari del dipendente indicati all'art.1 lett d) del presente contratto (con reddito inferiore al limite di legge previsto per il carico fiscale). Le sole prestazioni di cui ai punti 1a) e 3c), sono estese anche al coniuge del dipendente con reddito annuo lordo inferiore a € 30.000, nonché ai figli minori di anni 26, purché conviventi. Al 1° gennaio degli anni successivi a quello di stipula del presente CIA dal 2026, tale importo verrà adeguato in base alla



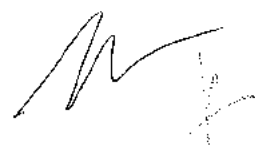
variazione dell'indice ISTAT (tasso tendenziale) dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati dell'anno precedente.

Il reddito considerato si intende quello annuo lordo al momento delle prestazioni di cui si chiedono i rimborsi.

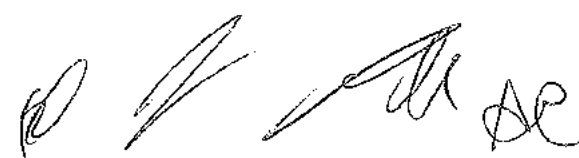
6. Sono in tutti i casi escluse dal rimborso le spese relative a:
 - malattie mentali in tutti i casi in cui esse diano luogo a trattamento sanitario obbligatorio ai sensi degli artt. 34 e 35 della Legge 23 dicembre 1978 n. 833;
 - malattie tubercolari in fase attiva assistibili dall'INPS;
 - intossicazioni 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 sub 1b);
 - chirurgia plastica a scopo estetico (salvo quella a scopo ricostruttivo);
 - 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;
 - le spese sostenute per l'eventuale accompagnatore.
7. Agli effetti del rimborso di cui al presente allegato gli esami di laboratorio, radiologia e terapia fisica, le prestazioni di riabilitazione nonché i ricoveri od interventi chirurgici ambulatoriali debbono essere prescritti dal medico.
8. La richiesta di rimborso deve essere presentata entro i termini di legge. La documentazione delle spese deve essere sempre intestata alla persona oggetto delle cure (dipendente assistito od al familiare avente diritto).
9. Il collaboratore 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.
10. Le prestazioni della presente garanzia sanitaria sono estese ai dipendenti cessati dal servizio per pensionamento oppure per risoluzione consensuale (anche verso Fondo di Solidarietà), se di età superiore a 55 anni, con le seguenti modalità e durata:
 - fino al compimento del 67° anno di età, saranno garantite le prestazioni previste per gli impiegati in servizio escluse le garanzie integrative ad adesione di cui all. "Facoltative";
 - per un ulteriore periodo successivo di durata massima di 2 anni saranno garantite esclusivamente le garanzie previste dai punti 1, 3b) e 3c) di cui al presente All. "APSAN2026".

Il diritto alle prestazioni sarà sospeso per gli eventuali periodi di prestazione lavorativa presso terzi (dipendente o collaboratore).

In caso di decesso del dipendente cessato dal servizio, le prestazioni saranno garantite al coniuge superstite e/o agli altri familiari già aventi diritto, con le medesime modalità e limiti previsti in caso di esistenza in vita.



11. In caso di decesso del dipendente in servizio, saranno garantite al coniuge superstite c/o agli altri familiari già aventi diritto le prestazioni previste ai punti 1, 3b) e 3c) per un periodo successivo al decesso di durata pari a 5 anni e per i minori fino al raggiungimento della maggiore età.



GARANZIA SANITARIA QUADRI DIRETTIVI

**1. RICOVERI DI MEDICINA O CHIRURGIA ED INTERVENTI CHIRURGICI
AMBULATORIALI**

a) Ricoveri per c.d. "Grandi interventi", intendendosi per tali quelli indicati all'All. "grandi interventi"

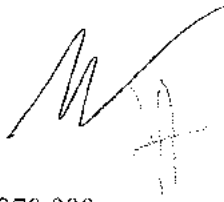
- rimborso di quanto speso a qualsiasi titolo per il ricovero e/o l'intervento;
- il trapianto di organi, compreso tutto quanto posto a carico del donatore;
- il trasporto effettuato, con qualsiasi mezzo (commisurato alle effettive condizioni/necessità), all'istituto di cura, in Italia o all'estero, il trasferimento da un istituto di cura all'altro ed il ritorno a casa.

b) Altri ricoveri per malattia e infortunio (diversi da quelli di cui al punto a)), interventi chirurgici ambulatoriali, parto cesareo e gravidanza extrauterina:

- rimborso di quanto speso a qualsiasi titolo per il ricovero (anche in regime di day-hospital) e/o per l'intervento chirurgico; esclusi i piccoli interventi ambulatoriali di chirurgia orale/dentale rimborsabili al punto 2. prestazioni odontoiatriche;
- in un'ottica di attuazione della piena parità di genere, saranno inoltre rimborsati gli interventi di procreazione medicalmente assistita, avvenuti nell'ambito di un percorso di coppia a prescindere se lo stesso venga eseguito al dipendente o al compagno/a, moglie/marito, o convivente di fatto;

Inoltre, ad integrazione di a) e b) saranno rimborsabili:

- gli accertamenti diagnostici, compresi gli onorari ai medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale;
- le spese per esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi rese necessarie a seguito di intervento chirurgico e sostenute nei 90 giorni successivi al termine del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale;
- le spese per dispositivi medici sostenute nei 90 giorni precedenti o successivi all'intervento chirurgico, previa presentazione della prescrizione medica;
- le spese per l'acquisto di piccoli supporti ortopedici (es. grucce, plantari, fasce elastiche, tutori) o il noleggio di altri supporti o apparecchiature (es. letto ortopedico), rese necessarie a seguito di intervento chirurgico e sostenute per un massimo di 120 giorni successivamente al termine del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale.



Limite massimo di spesa per anno assicurativo e per nucleo familiare di € 370.000; unicamente per i casi di rimborso sub b), opererà un limite massimo giornaliero per rette di degenza di € 510.

c) Parto non cesareo:

rimborso di quanto sostenuto comprensivo di: rette di degenza, onorario ai medici ed alle ostetriche; accertamenti diagnostici, cure, medicinali, esami riguardanti il periodo di ricovero, assistenza pediatrica, ostetrica, ecc., riguardante anche il neonato, nel limite massimo di € 6.000;

- in alternativa al rimborso di cui al precedente alinea, in caso di ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, pagamento di una diaria surrogatoria onnicomprensiva di € 130 giornalieri per un massimo di 3 giorni.

Con riferimento alle garanzie di cui alle lettere a), b) e c) di cui al presente punto 1:

- per ricoveri e day hospital con o senza intervento chirurgico sarà possibile attivare la presa in carico (PIC) dall'area riservata oppure chiamando la Centrale Operativa di Generali Welion, che potrà indirizzare verso le migliori soluzioni disponibili, ferma la libertà di scelta del dipendente per altra struttura non in convenzione;
- qualora l'équipe medica non sia convenzionata è prevista la possibilità di richiedere un convenzionamento ad hoc tramite la Centrale Operativa di Welion; qualora il medico professionista individuato c/o l'équipe medica non acceda al convenzionamento, si potrà accedere ad una forma di diretta mista nella quale soltanto le prestazioni non convenzionate verranno rimborsate in forma indiretta;
- in caso di ricorso a strutture del network è prevista la copertura al 100% sia in forma indiretta (rimborso) che diretta;
- in caso di ricorso a strutture fuori convenzione è previsto il rimborso al 90%, ad eccezione di patologie oncologiche e trapianti, per le quali è confermato il rimborso al 100%.

In caso di ricovero e/o intervento chirurgico, qualora la spesa preventivata ecceda € 1.000, è facoltà del dipendente richiedere un anticipo pari al 90% delle spese previste e documentate con preventivo della clinica, completo della data prevista di ricovero e/o intervento.

Tale anticipo sarà recuperato all'atto del rimborso delle spese effettivamente sostenute. In caso di mancato ricovero/intervento, di spesa inferiore al preventivo, di reiezione del danno per non rimborsabilità a termini delle presenti garanzie, le somme impropriamente anticipate dovranno essere prontamente restituite e potranno essere recuperate con trattenuta in soluzione unica sullo stipendio.

In caso di ricovero per trapianto, l'anticipo potrà riguardare anche le spese di ricerca dell'organo e/o del donatore, fermo quanto detto sopra.

In alternativa all'anticipazione di cui sopra, i quadri direttivi potranno avvalersi della convenzione di assistenza diretta presso le cliniche convenzionate.



2. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Le spese per prestazioni odontoiatriche saranno rimborsate, con una franchigia assoluta del 15%, con il limite massimo per anno assicurativo, per il complesso delle prestazioni riferite al nucleo familiare, pari a € 4.815, aumentato di € 1.728 per ciascuno dei primi due carichi familiari e di ulteriori € 1.048 per ciascuno dei carichi familiari successivi.

In caso di prestazioni presso studi dentistici convenzionati a cura dell'Assicuratore, non sarà operata alcuna franchigia.

3. ALTRE PRESTAZIONI

a) Visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici:

rimborso all'80% delle spese sostenute per visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici non compresi al punto b), e con il limite massimo per anno assicurativo e per nucleo familiare di € 2.040.

In caso di prestazioni effettuate presso rete convenzionata è previsto il rimborso al 90%.

b) Extra-ospedaliere e protesi:

rimborso all'80%, delle spese extra-ospedaliere sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie, e specialistiche, nonché per la visita del medico specialista che abbia prescritto una delle prestazioni stesse, precisando la sussistenza od il sospetto dello stato patologico:

- agopuntura, angiografia, arteriografia, artroscopia, bilancio ormonale, audiometria, breath test, check-up diagnostico preventivo, chelazione, cistografia, coronarografia, colposcopia, diagnostica radiologica, dialisi, doppler, ecocardiografia, ecografia, elettrocardiografia, elettroencefalografia, elettromiografia, endoscopia, esame urodinamico completo, fisioterapia, ginnastica posturale, holter, isterosalpingografia, laserterapia, logopedia, mammografia, mineralogia ossea computerizzata, osteopatia, pap test, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, TAC, telecuore, termografia, tomografia ad emissione di positroni, urografia, video dermatoscopia;
- il rimborso per fisioterapia e ginnastica posturale avverrà previa prescrizione del medico di base; esclusa qualsiasi attività collettiva, anche se presso centri fisioterapici. In caso di ricorso alle strutture convenzionate, la percentuale di rimborso viene elevata al 100% nel limite del massimale;
- Podologo e prestazioni para-sanitarie (linfodrenaggi e simili), palestre: tali prestazioni potranno essere rimborsate nella misura dell'80% se inserite all'interno di un percorso di riabilitazione per malattia certificata, a fronte di prescrizione di medico specialista che attesti la patologia che origina la prestazione;
- Saranno inoltre rimborsate all'80% previa prescrizione del medico specialista, le visite effettuate presso un nutrizionista, nonché le prestazioni chiropratiche effettuate da personale iscritto ad un albo delle arti sanitarie;
- Saranno inoltre rimborsate, le spese relative alla procreazione medicalmente assistita

anche per il genere maschile, in ottica di percorso di coppia e parità di genere.

nonché rimborso all'80% di apparecchiature protesiche, con l'esclusione di occhiali, lenti, protesi dentali. Per prestazioni effettuate presso rete convenzionata, è previsto un rimborso al 90%.

I rimborsi di cui al presente punto b) sono previsti con il limite massimo per anno assicurativo, per il complesso delle prestazioni riferite al nucleo familiare, a € 5.040.

c) Oncologia

rimborso integrale delle spese sostenute per le terapie relative a malattie oncologiche quali chemioterapia, cobaltoterapia, ecc., con il limite massimo per anno assicurativo e per nucleo familiare di € 40.000. Nel suddetto limite sono compresi il costo del trasporto effettuato con qualsiasi mezzo (commisurato alle effettive condizioni/necessità) all'istituto di cura, in Italia o all'estero, ed il ritorno a casa, nonché le spese per esami, medicinali/farmaci, dispositivi medici e parafarmaci, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari dalla specifica gravità delle patologie in atto.

Sono compresi in garanzia i protocolli rientranti negli studi clinici relativi a sperimentazioni riconosciute dall'AIFA nonché adroterapia, immunoterapia, terapia target.

d) Occhiali e lenti correttive

rimborso delle spese sostenute per montature e lenti correttive, a fronte di prescrizione diottrica, con il limite massimo per anno assicurativo e per nucleo familiare di € 630.

Per acquisti effettuati presso punti vendita in convenzione viene riconosciuto il rimborso senza scoperto nel limite del massimale; per acquisti in esercizi non convenzionati è previsto il rimborso all'85% nel limite del massimale di cui sopra.

e) Assistenza alla Persona

Saranno garantite le prestazioni indicate nell'Al. "Assistenza alla Persona".

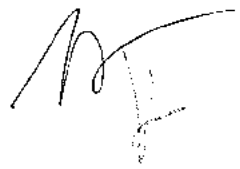
f) Medicinali

rimborso al 70% delle spese sostenute per medicinali, prescritti dal medico o documentati con scontrino fiscale "parlante" (recante il codice fiscale dell'assistito), con il limite massimo per anno assicurativo e per nucleo familiare di € 220.

4. Qualora la garanzia di cui ai punti 3a), 3b) e 3c), operi in eccedenza all'onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale, il rimborso verrà effettuato, entro i limiti massimi annui sopra indicati, senza applicazione di scoperto.

5. L'assistenza sanitaria di cui al presente allegato si applica anche ai familiari del quadro direttivo indicati all'art. 1 lett d) del presente contratto (con reddito inferiore al limite di legge previsto per il carico fiscale).

In parziale deroga a quanto precede, le prestazioni di cui ai punti 1a), 1b), 3b) e 3c) sono estese anche al coniuge e ai figli del quadro direttivo con reddito annuo lordo inferiore a € 44.428



purché conviventi. Al 1° gennaio degli anni successivi a quello di stipula del CIA, questa cifra verrà adeguata in base alla variazione dell'indice ISTAT (tasso tendenziale) dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed Impiegati fra due dicembre successivi.

Il reddito considerato si intende quello annuo lordo al momento delle prestazioni di cui si chiedono i rimborsi.

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

- rette di degenza in caso di ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.) ancorché qualificate come cliniche o case di cura;
- malattie mentali in tutti i casi in cui esse diano luogo a trattamento sanitario obbligatorio ai sensi degli artt. 34 e 35 della L. n. 833/1978;
- malattie tubercolari in fase attiva assistibili dall'INPS;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici 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 sub 1b);
- chirurgia plastica a scopo estetico (salvo quella a scopo ricostruttivo);
- 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;
- le spese sostenute per l'eventuale accompagnatore.

7. Gli esami di laboratorio, radiologia e terapia fisica, le prestazioni di riabilitazione, le protesi, le lenti, i ricoveri od interventi chirurgici ambulatoriali, nonché tutti i rimborsi e/o le prestazioni non effettuate da personale medico, debbono essere prescritti dal medico.

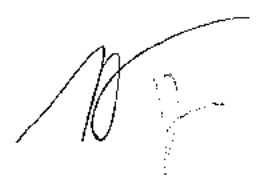
8. La richiesta di rimborso deve essere presentata entro i termini di legge. La documentazione delle spese deve essere sempre intestata alla persona oggetto delle cure (dipendente assistito od al familiare avente diritto).

9. Il Quadro Direttivo 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.

10. Le prestazioni della presente garanzia sanitaria sono estese ai dipendenti cessati dal servizio per pensionamento oppure per risoluzione consensuale (anche verso Fondo di Solidarietà), se di età superiore a 55 anni, con le seguenti modalità e durata:

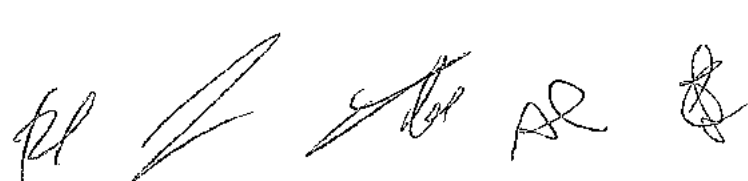
- fino al compimento del 67° anno di età, saranno garantite tutte le prestazioni previste per i Quadri direttivi in servizio, escluse le garanzie integrative ad adesione di cui all'All. "Facoltative";
- per un ulteriore periodo successivo di durata massima di 8 anni saranno garantite esclusivamente le prestazioni previste dai punti 1, 3b) e 3c) di cui al presente all. QDSAN 2026.

Il diritto alle prestazioni sarà sospeso per gli eventuali periodi di prestazione lavorativa presso terzi (dipendente o collaboratore).



In caso di decesso del quadro direttivo cessato dal servizio, le prestazioni saranno garantite al coniuge superstite e/o agli altri familiari se già aventi diritto, con le medesime modalità e limiti previsti in caso di esistenza in vita.

11. In caso di decesso del quadro direttivo in servizio, saranno garantite al coniuge superstite e/o agli altri familiari già aventi diritto le prestazioni previste ai punti 1, 3b) e 3c) per un periodo successivo al decesso di durata pari a 5 anni e per i minori fino al raggiungimento della maggiore età.



Allegato ASSISTENZA ALLA PERSONA

1) Riepilogo prestazioni

Al verificarsi di un sinistro, saranno fornite all'avente diritto le prestazioni di assistenza qui di seguito elencate.

- a) Consulto medico telefonico
- b) Consulto medico pediatrico
- c) Consulto ginecologico
- d) Consulto cardiologico
- e) Consulto geriatrico
- f) Second Opinion
- g) Informazioni sanitarie - Guida alla struttura sanitaria
- h) Ricerca e prenotazione di centri diagnostici e specialistici e di laboratori di analisi
- i) Trasporto in autoambulanza in Italia
- j) Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato
- k) Rientro dal centro ospedaliero attrezzato
- l) Invio di un medico generico al domicilio
- m) Invio di un medico specialista al domicilio
- n) Invio di un infermiere al domicilio
- o) Invio di un fisioterapista al domicilio
- p) Collaboratrice familiare
- q) Baby sitter/old sitter
- r) Prelievo sangue a domicilio
- s) Consegna esiti a domicilio
- t) Consegna medicinali ed articoli sanitari urgenti a domicilio

Le garanzie verranno prestate con le modalità e nei limiti previsti dal punto 4), alle medesime persone (dipendente e nucleo familiare) cui spettano le garanzie base e/o le garanzie integrative.

2) Estensione territoriale

La garanzia è valida in Italia, Stato Città del Vaticano, Repubblica di S.Marino.

3) Esclusioni

Si considerano le esclusioni indicate nell'All. "facoltative"

4) Limiti di esposizione

I massimali indicati per ogni singola prestazione debbono intendersi per persona e al lordo di qualsiasi imposta o altro onere stabilito per legge.

5) Prestazioni

a) Consulto medico telefonico (24 ore su 24)

Qualora, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, l'Assicurato necessiti di un consulto telefonico urgente e non riesca a contattare il proprio medico abituale potrà, mettendosi in comunicazione con il servizio medico della Centrale Operativa, ricevere consigli ed indicazioni sulle prime terapie da eseguire.

b) Consulto medico pediatrico (24 ore su 24)

Qualora il minore Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di un consulto telefonico urgente e non si riesca a reperire il medico pediatra, potranno essere contattati i medici della Centrale Operativa che forniranno consigli ed indicazioni sulle prime terapie da eseguire.

c) Consulto ginecologico (24 ore su 24)

Qualora l'Assicurata, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di un consulto telefonico urgente e non riesca a reperire il proprio medico specialista potrà, mettendosi in comunicazione direttamente o tramite il proprio medico curante con il servizio medico della Centrale Operativa, ricevere consigli ed indicazioni sulle prime terapie da eseguire.

d) Consulto cardiologico (24 ore su 24)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di un consulto telefonico urgente e non riesca a reperire il proprio medico specialista potrà, mettendosi in comunicazione direttamente o tramite il proprio medico curante con il servizio medico della Centrale Operativa, ricevere consigli ed indicazioni sulle prime terapie da eseguire.

e) Consulto geriatrico (24 ore su 24)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di un consulto telefonico urgente e non riesca a reperire il proprio medico specialista potrà, mettendosi in comunicazione direttamente o tramite il proprio medico curante con il servizio medico della Centrale Operativa, ricevere consigli ed indicazioni sulle prime terapie da eseguire.

f) Second Opinion

(la seguente prestazione è operante dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali).

Qualora l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio diagnosticati o trattati terapeuticamente, necessiti di consulenza medica relativa ad un approfondimento del proprio stato di salute, l'Assicurato stesso potrà contattare i medici della Centrale Operativa al fine di ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti. Nel caso si ritenga opportuno richiedere una seconda valutazione clinico-diagnostica, la Centrale Operativa metterà in contatto l'Assicurato con la Centrale di Telemedicina ed effettuerà la seconda opinione medica avvalendosi dell'esperienza dei propri medici specialisti qualificati a livello internazionale.

Per beneficiare della prestazione, l'Assicurato dovrà spiegare ai medici della Centrale Operativa il caso clinico per il quale richiede l'approfondimento o la seconda opinione medica.

I medici della Centrale Operativa, inquadrato il caso con l'Assicurato e concordata la necessità della seconda opinione medica, procedono alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria ed elaborano i quesiti che verranno sottoposti ai medici specialisti. La richiesta di seconda opinione medica così formulata sarà trasmessa al Centro Medico Internazionale di riferimento che, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei propri medici specialisti, formula una risposta scritta che verrà inviata all'Assicurato per il tramite della Centrale Operativa. Entro 7 giorni dalla data di ricevimento della seconda opinione medica è facoltà dell'Assicurato richiedere di conferire, alla presenza del direttore medico della Centrale Operativa ed eventualmente con l'assistenza del proprio medico curante, con il consulente del Centro Medico Internazionale di riferimento mediante collegamento telefonico o video conferenza.

g) Informazioni sanitarie - Guida alla struttura sanitaria

(la seguente prestazione è operante dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora, a seguito di infortunio o malattia, l'Assicurato necessiti di informazioni riguardanti il Servizio Sanitario pubblico e/o privato potrà ottenerle telefonando alla Centrale Operativa, la quale fornirà tutte le informazioni richieste relativamente a:

1. diritti spettanti a ciascuna categoria di assicurati (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.);
2. ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
3. strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
4. consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti e uffici competenti;
5. assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
6. cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso;
7. medici specialisti;
8. farmaci.

h) Ricerca e prenotazione di centri diagnostici e specialistici e di laboratori di analisi

(la seguente prestazione è operante dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di:

1. ricovero,
2. intervento chirurgico,
3. accertamenti diagnostici,
4. esami di laboratorio,

potrà prendere contatto con la Centrale Operativa che, previa analisi del quadro clinico del paziente in accordo con il medico curante individua e prenota, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura attrezzato, il centro diagnostico od il laboratorio di analisi ritenuto più idoneo per il caso.

i) Trasporto in autoambulanza in Italia

Qualora, successivamente al ricovero di primo soccorso avvenuto in Italia e dovuto a infortunio o malattia, l'Assicurato necessiti di un trasporto in autoambulanza, la Società, tramite la Centrale Operativa, provvederà ad inviarla direttamente, tenendo a proprio carico la relativa spesa fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).

j) Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di terapie o interventi chirurgici, ritenuti dai medici della Centrale Operativa non effettuabili nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza, e i medici stessi, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato con i medici curanti, riscontrino giustificati motivi per il trasferimento dell'Assicurato presso centri italiani specializzati ubicati fuori della Regione di residenza/centri esteri, la Società provvede, tramite la Centrale Operativa, ad organizzare il trasferimento dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:

1. aereo sanitario;
2. aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
3. treno, prima classe, occorrendo, il vagone letto;

4. autoambulanza.

Il trasferimento dell'Assicurato con aereo sanitario avverrà nell'ambito dei paesi europei. Per tutti gli altri paesi il trasferimento avverrà esclusivamente con aereo di linea, eventualmente barellato.

Tutti i costi di organizzazione e di trasporto dell'Assicurato, compresi gli onorari del personale medico c/o paramedico che lo accompagnano, se ritenuto necessario dai medici della Centrale Operativa, sono a carico della Società, nei limiti del massimale della Sezione Malattie.

Non danno luogo al trasferimento:

1. le terapie o gli interventi chirurgici che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato, nonché le terapie riabilitative;
2. le malattie infettive e ogni patologia il cui trasporto implichi violazione di norme sanitarie.

k) Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Nel momento in cui l'Assicurato, a seguito della prestazione di cui alla lettera j) Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Società, tramite la Centrale Operativa provvederà al suo rientro con il mezzo che i medici della Centrale Operativa stessa riterranno più idoneo alle condizioni dell'Assicurato:

1. aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
2. treno, prima classe, occorrendo, il vagone letto;
3. autoambulanza, senza limiti di percorso.

Tutti i costi di organizzazione e di trasporto dell'Assicurato, compresi gli onorari del personale medico e/o paramedico che lo accompagnano, se ritenuto necessario dai medici della Centrale Operativa, sono a carico della Società, nei limiti del massimale della Sezione Malattie.

Non danno luogo al trasferimento le malattie infettive e ogni patologia il cui trasporto implichi violazione di norme sanitarie.

l) Invio di un medico generico al domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di una visita domiciliare urgente in Italia valutata necessaria anche dai medici della Centrale Operativa e non gli sia possibile reperire il proprio medico abituale, la Società, tramite la Centrale Operativa, invia presso l'Assicurato un medico generico convenzionato, tenendo a proprio carico i relativi costi.

La prestazione viene fornita entro i seguenti orari:

- nei giorni feriali dalle ore 20.00 alle ore 8.00;
- nei giorni di sabato e prefestivi dalle ore 14.00 alle ore 24.00;
- nei giorni festivi 24 ore su 24.

Qualora nessuno dei medici convenzionati sia immediatamente disponibile, la Società tramite la Centrale Operativa organizza, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in una struttura medica mediante autoambulanza.

m) Invio di un medico specialista al domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia che abbia comportato un ricovero della durata di:

- minimo 7 giorni in caso di intervento chirurgico;
- minimo 10 giorni senza intervento chirurgico,

necessiti di una visita medica specialistica domiciliare urgente in Italia, valutata necessaria anche dai medici della Centrale Operativa e non gli sia possibile reperire il proprio medico specialista abituale, la Società, tramite la Centrale Operativa, invia presso l'Assicurato un medico specialista (cardiologo, internista, chirurgo), l'onorario del quale resta a carico dell'Assicuratore.

La prestazione viene fornita entro i seguenti orari:

- nei giorni feriali dalle ore 20.00 alle ore 8.00;
- nei giorni di sabato e prefestivi dalle ore 14.00 alle ore 24.00;
- nei giorni festivi 24 ore su 24.

La prestazione è operante nei 15 giorni successivi alle dimissioni dell'Assicurato.

Qualora nessuno dei medici convenzionati sia immediatamente disponibile, la Società, tramite la Centrale Operativa, organizza, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in una struttura medica mediante autoambulanza.

n) Invio di un infermiere al domicilio

Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in un istituto di cura a seguito di infortunio o malattia necessiti, sulla base di una prescrizione dei medici che lo hanno avuto in cura, di una terapia a domicilio con l'ausilio di un infermiere, la Società, tramite la Centrale Operativa, invierà un infermiere convenzionato al domicilio dell'Assicurato in Italia, tenendo a proprio carico i relativi costi, fino ad un massimo di sei ore per sinistro, nell'ambito del massimale della Sezione Malattie.

o) Invio di un fisioterapista al domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o fratture semplici e/o per riabilitazione cardiovascolare di base derivanti da infortunio o malattia, necessiti dell'assistenza di un fisioterapista e si trovi nell'impossibilità, per gravi motivi di salute, di recarsi presso un centro fisioterapico, la Società, tramite la Centrale Operativa, invierà un fisioterapista convenzionato al domicilio dell'Assicurato in Italia, tenendo a proprio carico i relativi costi, fino ad un massimo di sei ore per sinistro.

p) Collaboratrice familiare

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, sia stato ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore a cinque giorni e si trovi nell'impossibilità, per gravi motivi di salute, di occuparsi del disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Società, tramite la Centrale Operativa, provvederà ad inviare una collaboratrice familiare tenendo a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di 10 ore per sinistro, usufruibili in non più di cinque giorni.

La collaboratrice familiare convenzionata sarà messa a disposizione nei tempi resi possibili dalle oggettive situazioni locali.

q) Baby sitter/old sitter

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia che abbia comportato un ricovero in istituto di cura per un periodo superiore a cinque giorni, sia temporaneamente impossibilitato ad accudire i figli minori di 15 anni e/o un familiare convivente di età superiore ai 75 anni, la Società, tramite la Centrale Operativa, provvederà ad inviare una baby sitter/old sitter che assista il familiare, tenendo a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di 10 ore per sinistro, usufruibili in non più di cinque giorni.

La baby sitter/old sitter convenzionata sarà messa a disposizione nei tempi resi possibili dalle oggettive situazioni locali.

r) Prelievo sangue a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di effettuare un esame del sangue e si trovi nell'impossibilità, per gravi motivi di salute, di recarsi presso un laboratorio di analisi, la Società, tramite la Centrale Operativa, invierà al suo domicilio in Italia un medico per effettuare il prelievo, tenuto conto delle disponibilità del laboratorio di analisi di zona e della non deteriorabilità del sangue prelevato. L'Impresa terrà a proprio carico l'onorario del medico inviato, mentre restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami ed accertamenti diagnostici.

s) Consegna esiti a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, sia stato sottoposto ad accertamenti diagnostici in una struttura situata nella provincia di residenza e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Società, tramite la Centrale Operativa, provvederà a recapitare gli esiti di tali accertamenti o all'Assicurato o al medico da lui indicato.

La Società terrà a proprio carico il costo della consegna degli esiti, mentre restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami e degli accertamenti diagnostici.

t) Consegna medicinali ed articoli sanitari urgenti a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, si trovi nell'impossibilità, per gravi motivi di salute, di provvedere personalmente all'acquisto dei medicinali e/o articoli sanitari, la Società, tramite la Centrale Operativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Assicurato, provvederà alla consegna di quanto prescritto dal medico curante.

La Società terrà a proprio carico il costo della consegna, mentre resta a carico dell'Assicurato il costo dei medicinali e/o degli articoli sanitari.

6) Avviso di sinistro – Modalità per la richiesta dell'assistenza

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1913, 1914 e 1915 c.c., l'Assicurato per aver diritto alle prestazioni garantite, prima di intraprendere qualsiasi iniziativa a titolo personale, deve contattare la Centrale Operativa.

Le richieste di assistenza, nelle quali devono essere specificati i dati identificativi personali, il numero di polizza, l'indirizzo ed il recapito del luogo in cui si trova l'Assicurato ed il tipo di assistenza richiesto, possono essere formulate telefonicamente o a mezzo telegramma, in qualsiasi momento 24 ore su 24.

7) Mancato utilizzo delle prestazioni

In caso di prestazioni non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato, o per negligenza di questi, la Società non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in alternativa o a titolo di compensazione rispetto a quello offerto.



8) Restituzione delle somme per prestazioni indebitamente ricevute

La Società si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato la restituzione delle spese sostenute in seguito all'effettuazione delle prestazioni di assistenza, che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge.

9) Altre assicurazioni

L'Assicurato, in deroga a quanto disposto dall'art. 1910 c.c., è esonerato dall'obbligo di dare preventiva comunicazione dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni a copertura degli stessi rischi.

In caso di sinistro il Contraente e/o l'Assicurato deve darne, tuttavia, avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, a norma dell'art. 1910 c.c.

Nel caso in cui i medesimi rischi siano garantiti da altra compagnia alla quale l'Assicurato abbia richiesto le prestazioni di assistenza, le prestazioni previste nel contratto saranno operanti, entro i limiti previsti, quale rimborso degli eventuali maggiori importi addebitati dalla compagnia che ha erogato l'assistenza superando il proprio massimale.

Modalità di accesso al servizio

Linea Verde: 800.450.130

Linea urbana: 02.5828.6788

Al momento della richiesta di assistenza dovrà essere comunicato:

- indirizzo e numero telefonico da dove si chiama per consentire alla Centrale Operativa di richiamare immediatamente;
- il tipo di assistenza di cui si necessita;
- nome e cognome;
- aderente al "Fondo Sanitario dei Dipendenti del Gruppo Generali".

Allegato GRANDI INTERVENTI

1. Interventi sul sistema Nervoso (01-05)		
Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Craniotomia e craniectomia (decompressiva o esplorativa per ascesso epidurale, ematoma extradurale, corpo estraneo, aneurisma intracranico) e interventi su talamo e globo pallido	01.2	Craniotomia o craniectomia
	01.21	Incisione e drenaggio dei seni cranici
	01.23	Riapertura di pregressa craniotomia
	01.24	Altra craniotomia
	01.25	Altra craniectomia
Interventi sul talamo e sul globo pallido	01.52	Emisferectomia
	01.4	Interventi sul talamo e sul globo pallido
	01.41	Interventi sul talamo
	01.42	Interventi sul globo pallido
Lobectomia cerebrale Lobotomia e trafelettomia Asportazione o demolizione di lesione o tessuto cerebrale profondo o rimozione di tessuto di granulazione, incisione cerebrale e delle meningi cerebrali (per igroma intracranico, ascesso cerebrale, empiema sottodurale, ematoma intracerebrale, lesione organica, cisti cerebrale, aderenze corticali, lesione delle meningi cerebrali)	01.53	Lobectomia cerebrale (per lesione organica)
	01.32	Lobotomie o trafelettomie
	01.51	Asportazione di lesione o di tessuto delle meningi cerebrali
	03.4	Asportazione o demolizione di lesione del midollo o delle meningi spinali
Asportazione di lesione midollare e interventi di plastica sul midollo (meningocele e mielomeningocele spinali, spina bifida, difetti vertebrali, fratture vertebrali, aderenze)	03.5	Interventi di plastica sulle strutture del midollo
	03.51	Riparazione di meningocele spinale
	03.52	Riparazione di mielomeningocele spinale
	03.53	Riparazione di fratture vertebrali
	03.59	Altri interventi di riparazione o di plastica sul midollo spinale
	03.6	Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi
2. Interventi sul sistema Endocrino (06-07)		
Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Tiroidectomia completa	06.4	Tiroidectomia completa
Tiroidectomia retrosternale completa	06.62	Tiroidectomia retrosternale completa
Surrenectomia parziale	07.2	Surrenectomia parziale
Surrenectomia monolaterale	07.22	Surrenectomia monolaterale
Asportazione della ghiandola pineale	07.54	Asportazione della ghiandola pineale
Asportazione totale dell'ipofisi per via non specificata	07.69	Asportazione totale dell'ipofisi per via non specificata
3. Interventi sull'Occhio (08-10)		
Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Enucleazione del bulbo oculare	10.3	Enucleazione del bulbo oculare
Enucleazione del bulbo oculare	10.4	Enucleazione del bulbo oculare
4. Interventi sull'Orecchio (18-20) associati a Interventi su Naso Bocca e Faringe (21-26)		
Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Asportazione di lesione del seno mascellare secondo Caldwell-Luc	22.61	Asportazione di lesione del seno mascellare secondo Caldwell-Luc
Emilaringectomia	30.1	Emilaringectomia
Laringectomia radicale	30.4	Laringectomia radicale
5. Interventi sul sistema Respiratorio (30-34)		
Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Ricostruzione della trachea e costruzione di laringe artificiale	31.75	Ricostruzione della trachea e costruzione di laringe artificiale
Asportazione/demolizione di lesione tracheale	31.5	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea
Chiusura di altra fistola della trachea	31.73	Chiusura di altra fistola della trachea
Lobectomia del polmone	32.4	Lobectomia del polmone
Toracoplastica	33.24	Toracoplastica
Trapianto di polmone	33.5	Trapianto di polmone
Trapianto del blocco cuore polmone	33.6	Trapianto combinato cuore-polmone
Toracectomia	34.51	Decorticazione del polmone
	34.73	Chiusura di altra fistola del torace
	34.82	Sutura di lacerazione del diaframma

6. Interventi sul sistema Cardio-Vascolare (35 - 39)

Tipo intervento	ICD9	descrizione (CD9)
Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione	35.1	Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione, valvola non specificata	35.10	Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione, valvola non specificata
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione	35.11	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione	35.12	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola polmonare senza sostituzione	35.13	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola polmonare senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola tricuspidale senza sostituzione	35.14	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola tricuspidale senza sostituzione
Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi	35.21	Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi
Altra sostituzione di valvola aortica con protesi	35.22	Altra sostituzione di valvola aortica con protesi
Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi	35.24	Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi
Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi	35.25	Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi
Altra sostituzione di valvola polmonare con protesi	35.26	Altra sostituzione di valvola polmonare con protesi
Sostituzione di valvola tricuspidale con bioprotesi	35.27	Sostituzione di valvola tricuspidale con bioprotesi
Interventi su altre strutture adiacenti alle valvole del cuore	35.39	Interventi su altre strutture adiacenti alle valvole del cuore
Riparazione di difetto settale nel cuore	35.5	Riparazione con protesi dei setti interatriale e interventricolare
Riparazione dei setti interatriale e interventricolare con innesto tissutale (sintetico o biologico)	35.6	Riparazione dei setti interatriale e interventricolare con innesto tissutale (sintetico o biologico)
Correzione totale di alcune anomalie cardiache congenite	35.8	Correzione totale di alcune anomalie cardiache congenite
Correzione totale di tetralogia di Fallot	35.81	Correzione totale di tetralogia di Fallot
Correzione totale di completa anomalia della connessione venosa polmonare	35.82	Correzione totale di completa anomalia della connessione venosa polmonare
Correzione totale del tronco arterioso	35.83	Correzione totale del tronco arterioso
Correzione totale di trasposizione di grande vaso non classificato altrove	35.84	Correzione totale di trasposizione di grande vaso non classificato altrove
Altri interventi su valvole e setti del cuore	35.9	Altri interventi su valvole e setti del cuore
Trasposizione interatriale del ritorno venoso	35.91	Trasposizione interatriale del ritorno venoso
Creazione di condotto fra ventricolo destro e arteria polmonare	35.92	Creazione di condotto fra ventricolo destro e arteria polmonare
Creazione di condotto fra il ventricolo sinistro e l'aorta	35.93	Creazione di condotto fra il ventricolo sinistro e l'aorta
Creazione di condotto fra atrio e arteria polmonare	35.94	Creazione di condotto fra atrio e arteria polmonare
Bypass aortocoronarico di una o più arterie coronarie	36.10	Bypass aortocoronarico per rivascolarizzazione cardiaca, S4I
Pericardiectomia ed escissione di lesione del cuore	36.91	Riparazione di aneurisma dei vasi coronari
Trapianto di cuore	37.32	Aspettazione di aneurisma del cuore
Resezione di vasi dell'arto superiore con anastomosi	37.5	Trapianto di cuore
Resezione di arterie dell'arto inferiore con anastomosi	38.33	Resezione di vasi dell'arto superiore con anastomosi
Resezione di altri vasi del capo e collo con sostituzione	38.38	Resezione di arterie dell'arto inferiore con anastomosi
Resezione di vasi intracranici con anastomosi	38.42	Resezione di altri vasi del capo e collo con sostituzione
Resezione di vasi intracranici con sostituzione	38.31	Resezione di vasi intracranici con anastomosi
Resezione dell'aorta con anastomosi	38.41	Resezione di vasi intracranici con sostituzione
Resezione di altri vasi toracici con anastomosi	38.34	Resezione dell'aorta con anastomosi
Bypass vascolare extra-intracranico	38.35	Resezione di altri vasi toracici con anastomosi
Intervento di dissezione dell'aorta	39.28	Bypass vascolare extracranico-intracranico (EC-IC)
Altra riparazione di aneurismi	39.54	Intervento di dissezione dell'aorta
Ipotermia (sistemica) incidentale per chirurgia a cuore aperto	39.52	Altra riparazione di aneurismi
Interventi sul globo carotideo e su altri glomi vascolari	39.62	Ipotermia (sistemica) incidentale per chirurgia a cuore aperto
	39.8	Interventi sul globo carotideo e su altri glomi vascolari

7. Interventi sul sistema Ematico e Linfatico (40 - 41)			
Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9	
Trapianto di midollo osseo	41.00	Trapianto di midollo osseo NAG	
Splenectomia totale	41.5	Splenectomia totale	
8. Interventi sull'apparato Digerente (42 - 64)			
Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9	
Asportazione locale di diverticolo esofageo	42.31	Asportazione locale di diverticolo esofageo	
Esofagectomia totale	42.42	Esofagectomia totale	
Esofago-gastrectomia intratoracica	42.52	Esofago-gastrectomia intratoracica	
Riparazione di fistola esofagea, non classificata altrove	42.84	Riparazione di fistola esofagea, non classificata altrove	
Gastrectomia totale	43.9	Gastrectomia totale	
Piloroplastica o dilatazione del piloro	44.2	Piloroplastica	
Sutura ulcera peptica o by-pass gastrico	44.40	Sutura di ulcera peptica, SAI	
Sutura ulcera peptica o by-pass gastrico	44.41	Sutura di ulcera gastrica	
Sutura ulcera peptica o by-pass gastrico	44.42	Sutura di ulcera duodenale	
Esofagogastroplastica	44.65	Esofagogastroplastica	
Emicolectomia destra	45.73	Emicolectomia destra	
Resezione del colon trasverso	45.74	Resezione del colon trasverso	
Emicolectomia sinistra	45.75	Emicolectomia sinistra	
Colectomia totale intraddominale	45.8	Colectomia totale intraddominale	
Resezione del retto per via addominoperineale	46.5	Resezione del retto per via addominoperineale	
Resezione anteriore del retto con contemporanea colostomia	46.62	Resezione anteriore del retto con contemporanea colostomia	
Incisione o asportazione di fistola anale	49.1	Incisione o asportazione di fistola anale	
Asportazione dell'ano	49.6	Asportazione dell'ano	
Lobectomia del fegato	50.3	Lobectomia del fegato	
Trapianto del fegato	50.5	Trapianto del fegato	
Colecistotomia e colecistostomia	51.01	Aspirazione percutanea della colecisti	
Colecistotomia e colecistostomia	51.02	Colecistostomia contrappuntata	
Colecistectomia	51.23	Colecistectomia laparoscopica	
Anastomosi fra colecisti e dotti epatici	51.31	Anastomosi fra colecisti e dotti epatici	
Coleddocostomostomia	51.36	Coleddocostomostomia	
Asportazione dell'ampolla di Vater con reimpianto del dotto comune	51.62	Asportazione dell'ampolla di Vater con reimpianto del dotto comune	
Marsupializzazione di cisti pancreatica	52.3	Marsupializzazione di cisti pancreatica	
Pancreatocistomia parziale o totale (compresa linfoadenectomia)	52.5	Pancreatocistomia parziale	
Pancreatocistomia prossimale	52.51	Pancreatocistomia prossimale	
Pancreatocistomia distale	52.52	Pancreatocistomia distale	
Pancreatocistomia totale	52.6	Pancreatocistomia totale	
Trapianto di pancreas o di cellule di Langerhans	52.8	Trapianto del pancreas	

9. Interventi sull'apparato Urinario 55 - 59 e Intervento sugli Organi Maschili (60 - 64)

Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9	
Nefroureterectomia	55.51	Nefroureterectomia	
Nefrectomia bilaterale	55.54	Nefrectomia bilaterale	
Anastomosi uretero-intestinale	56.71	Anastomosi uretero-intestinale	
Nefrocistostomostomi SAI	56.73	Nefrocistostomostomi SAI	
Cistectomia radicale	57.71	Cistectomia radicale	
Chiusura di fistola vescico-intestinale	57.83	Chiusura di fistola vescico-intestinale	
Chiusura di fistola vescicogenitale o perineale	57.84	Chiusura di fistola vescicogenitale o perineale	
Neovesica continente ed ampliamento vescicale	57.87	Neovesica continente ed ampliamento vescicale	
Colpoplastica (Kelly) per incontinenza urinaria o colposospensione	59.3	Colpoplastica (Kelly) per incontinenza urinaria	
Prostatectomia radicale qualsiasi tecnica	60.5	Prostatectomia radicale	
Prostatectomia perineale	60.62	Prostatectomia perineale	

10. Interventi sugli Organi Genitali Femminili (65 - 71)

Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9	
Annessiectomia monolaterale (qualsiasi metodica)	65.3	Ovariectomia monolaterale	
Isterectomia addominale totale	68.4	Isterectomia addominale totale	
Isterectomia totale (qualsiasi metodica)	68.5	Isterectomia vaginale	

11. Interventi sull'apparato Muscoloscheletrico (76 - 84)

Tipi intervento	ICD9	descrizione ICD9
Riduzione chiusa di lussazione dell'anca	79.85	Riduzione chiusa di lussazione dell'anca
Asportazione di disco intervertebrale comprensivo di artrodesi	80.50	Asportazione o demolizione di disco intervertebrale, non specificata se con artrodesi intersomatica per via anteriore
Asportazione di disco intervertebrale anche cervicale (discectomia, compresa eventuale laminectomia e decompressione)	80.51	Asportazione di disco intervertebrale
	80.81	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione della spalla
Artrodesi vertebrale (qualsiasi sede e metodica) eccetto cervicale	81.00	Artrodesi vertebrale, SAI
Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio anteriore	81.04	Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio anteriore
Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio posteriore	81.05	Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio posteriore
Artrodesi delle vertebre lombari e lumbosacrali, approccio anteriore	81.06	Artrodesi delle vertebre lombari e lumbosacrali, approccio anteriore
Artrodesi lombare e lumbosacrale, approccio ai processi laterali trasversi	81.07	Artrodesi lombare e lumbosacrale, approccio ai processi laterali trasversi
Artrodesi lombare e lumbosacrale, con approccio posteriore	81.08	Artrodesi lombare e lumbosacrale, con approccio posteriore
Rifusione della colonna a qualsiasi livello e con qualsiasi approccio	81.09	Rifusione della colonna a qualsiasi livello e con qualsiasi approccio
Artrodesi vertebrale cervicale (qualsiasi metodica)	81.01	Artrodesi atlanto-epistrofea
Altra artrodesi cervicale, con approccio anteriore	81.02	Altra artrodesi cervicale, con approccio anteriore
Altra artrodesi cervicale, con approccio posteriore	81.03	Altra artrodesi cervicale, con approccio posteriore
Sostituzione totale del gomito	81.84	Sostituzione totale del gomito
Sostituzione totale dell'anca	81.51	Sostituzione totale dell'anca
Revisione di sostituzione dell'anca	81.53	Revisione di sostituzione dell'anca
Sostituzione totale di ginocchio	81.54	Sostituzione totale del ginocchio
Sostituzione della spalla (artroprotesi)	81.80	Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica)
Sostituzione parziale della spalla (artroprotesi)	81.81	Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica)
Intervento di ricostruzione del pollice completo di nervi e vasi sanguigni	82.61	Intervento di ricostruzione del pollice completo di nervi e vasi sanguigni
Trasferimento di dita, ad eccezione del pollice	82.81	Trasferimento di dita, ad eccezione del pollice
Amputazione a livello dell'omero	84.07	Amputazione a livello dell'omero
Amputazione addomino-pelvica	84.19	Amputazione addomino-pelvica

**GARANZIA SPESE SANITARIE AD ADESIONE
AREE PROFESSIONALI E QUADRI DIRETTIVI**

La presente garanzia facoltativa, con contribuzione a carico del lavoratore, integra le coperture sanitarie base contrattuali a carico del datore di lavoro di cui agli All. APSAN 2026 e QDSAN 2026 del presente CIA ed interviene ad esaurimento di massimali o nei casi non previsti da tale garanzia base.

I limiti di rimborso previsti per le diverse opzioni e coperture si intendono (salvo diversa esplicita indicazione) aggiuntivi rispetto a quanto previsto dalle medesime garanzie base.

Possono aderire i dipendenti/soci del Fondo Sanitario che abbiano maturato un'anzianità di almeno 12 mesi presso una o più Società del Gruppo Generali.

L'adesione, che avrà decorrenza dal 1° del mese successivo la richiesta, rimane valida e non può essere revocata per tutta la durata del presente CIA e fino alla decorrenza degli effetti del rinnovo dello stesso. E' possibile, durante tale periodo, la scelta di opzioni con livello di copertura superiore.

L'adesione alla presente garanzia è ammessa soltanto per tutto il nucleo familiare, con l'esclusione di persone di età superiore a 75 anni, così definito:

- dipendente;
- coniuge o unito civilmente (o situazione di fatto assimilabile) convivente o anche non convivente, purché non legalmente separato;
- figli conviventi, nonché figli a carico pur se non conviventi;
- altri familiari – esclusivamente se conviventi – fino al 2° grado di parentela.

Possono essere esclusi soltanto eventuali familiari che beneficino già di altre analoghe garanzie, esclusione fatta per quelle a costo aziendale di questo CIA.

In caso di uscita dal nucleo familiare (oppure al compimento del 75° anno) le coperture nei confronti di tali singoli familiari decadono immediatamente: i relativi contributi saranno dovuti fino alla fine del mese di uscita dal nucleo. In caso di persona ammissibile di nuova entrata nel nucleo familiare, la stessa sarà automaticamente ed immediatamente assicurata e il relativo contributo sarà dovuto dal primo giorno del mese successivo.

La copertura si estingue alla fine del mese in cui cessa il rapporto di lavoro del dipendente, mentre la stessa rimane in vigore durante i periodi di aspettativa – e, ove previsto dagli Accordi tempo per tempo vigenti, per tutto il periodo di permanenza nel Fondo Intersettoriale di Solidarietà – ferma restando la corresponsione dei contributi.

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

I rimborsi sono effettuali in base alle ricevute/fatture debitamente quietanzate ed intestate alla persona oggetto delle cure; per quanto riguarda anticipazioni sulla spesa, ovvero le convenzioni d'assistenza diretta valgono le medesime condizioni fissate per le garanzie base.

Il collaboratore è tenuto a chiedere agli organi competenti ed a riversare all'Assicuratore ogni rimborso di legge a suo favore, se previsto.

La garanzia vale in tutto il mondo, salvo espresse diverse indicazioni. I rimborsi delle spese sostenute all'estero saranno effettuati in euro, al cambio corrente.

Opzione 1 – Spese sanitarie derivanti da infortunio

Prestazioni

1 Ricoveri di medicina, chirurgia e interventi chirurgici ambulatoriali in caso di conseguenze di infortunio

a) Ricoveri per c.d. "Grandi interventi" (intendendosi per tali quelli indicati all'All. "Grandi Interventi") per conseguenze di infortunio:

- rimborso di quanto speso a qualsiasi titolo per il ricovero e/o l'intervento;
- rimborso delle spese di trasporto del malato e di un accompagnatore, effettuato con qualsiasi mezzo, verso l'istituto di cura, in Italia o all'estero, di trasferimento da un istituto di cura all'altro ed per il ritorno a casa;

con il limite massimo per anno assicurativo e per nucleo familiare, di € 100.000

b) Altri ricoveri (diversi da quelli di cui al punto a)), interventi chirurgici ambulatoriali, per conseguenze di infortunio:

- rimborso di quanto speso a qualsiasi titolo per il ricovero anche in regime di day-hospital e/o l'intervento chirurgico;
- rimborso delle spese di trasporto del malato e di un accompagnatore, effettuato con qualsiasi mezzo, verso l'istituto di cura, in Italia o all'estero, di trasferimento da un istituto di cura all'altro ed per il ritorno a casa, con il limite massimo di € 5.200;

con il limite massimo per anno assicurativo e per nucleo familiare, di € 35.000 e con il limite massimo giornaliero di € 240 per rette di degenza.

Inoltre, ad integrazione delle condizioni riportate sub a) e b), sempre nell'ambito dei rispettivi massimali, saranno rimborsate le spese per:

- esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, necessari a seguito del ricovero e/o intervento chirurgico ambulatoriale, sostenute nei 90 gg. successivi al termine del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale;
- le spese per dispositivi medici sostenute nei 90 giorni precedenti o successivi all'intervento chirurgico, previa presentazione della prescrizione medica;
- l'acquisto di piccoli supporti ortopedici (es. gruette, plantari, fasce elastiche, tutori) o il noleggio di altri supporti o apparecchiature, rese necessarie dall'intervento chirurgico, nei 120 gg. successivi al termine del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale;
- vitto e alloggio per l'accompagnatore, con un limite massimo giornaliero di € 130, per non più di 40 gg. l'anno.

Per i quadri direttivi, limite massimo unico per 1a) e 1b) pari a € 110.000 per anno assicurativo e nucleo familiare.

Con riferimento alle garanzie di cui alle lettere a) e b), in caso di ricorso a strutture fuori convenzione è previsto il rimborso delle prestazioni al 90%, ad eccezione di patologie oncologiche e trapianti per le quali è confermato il rimborso al 100%.

In caso di trasporto con autovettura privata, sarà riconosciuto il rimborso chilometrico entro i limiti di rimborsabilità previsti dal vigente CIA, per il "costo proporzionale alla percorrenza".

A - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni occorsi nell'esercizio delle occupazioni professionali come anche nello svolgimento di ogni altra normale attività che non abbia carattere professionale.

Sono compresi in garanzia anche:

1. le conseguenze dei colpi di sole, calore e freddo, nonché la prolungata esposizione al caldo e al freddo cui l'Assicurato non si sia potuto sottrarre a causa di infortunio indennizzabile;
2. le conseguenze di ingestione di sostanze dovute a causa fortuita, restando comunque escluse le conseguenze di intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e di psicofarmaci o ad uso di sostanze stupefacenti e di allucinogeni;
3. l'asfissia per fuga di gas o vapori;
4. l'annegamento;
5. le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti, anche se dovuti a movente politico, sociale o sindacale o terrorismo, nonché quelle sofferte in occasione di tumulti popolari cui l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
6. le conseguenze di infezioni e avvelenamenti causate da morsi di animali e punture di insetti;
7. gli infortuni sofferti in conseguenza di imprudenze e negligenze gravi, d'imperizia, nonché in stato di maleore od incoscienza sempreché non determinati da ubriachezza alla guida di veicoli a motore, abuso di psicofarmaci, uso a scopo non terapeutico di sostanze stupefacenti ed allucinogeni.

L'assicurazione vale altresì:

1. durante il servizio militare di leva in tempo di pace ovvero il servizio civile sostitutivo, o in seguito a richiamo per ordinarie esercitazioni, mobilitazione o motivi di ordine eccezionale;
2. per gli infortuni derivanti dall'uso e guida di qualsiasi mezzo di locomozione a condizione che l'Assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni di legge, esclusi i mezzi subacquei ed aerei, salvo quanto previsto dalla lettera C;
3. per gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione del paracadutismo e sport aerei in genere.

B - Esclusioni

Sono esclusi:

- gli infortuni derivanti da guerra, insurrezione;
- gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove o allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
- gli infortuni derivanti dalla guida/uso di mezzi subacquei ed aerei, salvo per quest'ultimi



quanto previsto dalla lettera C;

- gli infortuni derivanti da abuso di psicofarmaci non a scopo terapeutico, di sostanze stupefacenti ed allucinogeni, nonché conseguenti ad infermità mentali, apoplezia;
- gli infortuni che siano la conseguenza di proprie azioni delittuose;
- gli infortuni occorsi durante l'arruolamento volontario;
- le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio;
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

C - Infortuni Aeronautici

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati quale passeggero di velivoli/elicotteri, restano peraltro in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs.

D - Bricolage

Sono indennizzabili a termini della presente polizza pure gli infortuni derivanti dall'esercizio di attività manuali con l'uso e l'impiego delle normali attrezzature ed apparecchiature anche a motore e purché limitatamente al tempo libero dalla professione.

E - Eventi bellici

La garanzia è estesa a infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o no) o da insurrezione popolare per max 14 gg. dall'inizio delle ostilità/insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova al di fuori della Repubblica Italiana (inclusa la Città del Vaticano e San Marino), in un paese fino ad allora in pace.

F - Movimenti tellurici – Eruzioni vulcaniche – Inondazioni – Malattie tropicali

La garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni come anche alle malattie tropicali previste dalle disposizioni di legge in materia.

G - Denuncia dell'infortunio

La denuncia dell'infortunio dovrà riportare l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, e deve essere fatta entro 10 gg. dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità; per i dipendenti farà fede, se presentata, la comunicazione all'Azienda finalizzata alla giustificazione dell'assenza dal lavoro.

Opzione 2 – spese sanitarie per infortuni e malattie

Effetto della copertura

Rispetto alla decorrenza della garanzia, l'assicurazione ha effetto:

- dal giorno stesso per gli infortuni e per l'aborto terapeutico;
 - dopo 30 gg. per malattie a decorso acuto e aborto spontaneo;
- dopo 90 gg. per parto, aborto terapeutico e malattie che siano espressione o conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla prima adesione alle garanzie facoltative.



Prestazioni

1. Ricoveri di medicina o chirurgia ed interventi chirurgici ambulatoriali per malattia o infortunio

a) Ricoveri per c.d. "Grandi interventi" intendendosi per tali quelli indicati all'All. "Grandi Interventi"

- rimborso di quanto speso a qualsiasi titolo per il ricovero e/o l'intervento;
- il trapianto di organi, compreso tutto quanto posto a carico del donatore;
- rimborso delle spese di trasporto del malato e di un accompagnatore, effettuato con qualsiasi mezzo, verso l'istituto di cura, in Italia o all'estero, di trasferimento da un istituto di cura all'altro ed per il ritorno a casa;

con il limite massimo per anno assicurativo e per nucleo familiare, illimitato

b) Altri ricoveri (diversi da quelli di cui al punto a)), interventi chirurgici ambulatoriali, parto cesareo e gravidanza extrauterina:

- rimborso di quanto speso a qualsiasi titolo per il ricovero (anche in regime di day-hospital) e/o per l'intervento chirurgico;
- rimborso delle spese di trasporto del malato e dell'accompagnatore, effettuato con qualsiasi mezzo, verso l'istituto di cura, in Italia o all'estero, di trasferimento da un istituto di cura all'altro e per il ritorno a casa, con un massimo di € 5.200;
- in un'ottica di attuazione della piena parità di genere, saranno inoltre rimborsati gli interventi di procreazione medicalmente assistita, avvenuti nell'ambito di un percorso di coppia a prescindere se lo stesso venga eseguito al dipendente o al compagno/a, moglie/marito, o convivente di fatto

con il limite massimo per anno assicurativo e per nucleo familiare, di € 200.000 e con il limite massimo giornaliero di € 440 per rette di degenza.

Sono esclusi i piccoli interventi ambulatoriali di chirurgia orale/dentale, qualora non conseguenti ad infortunio sempreché lo stesso sia stato regolarmente denunciato, come prescritto nelle condizioni generali indicate nell'opzione I.

Inoltre, ad integrazione delle condizioni riportate sub a) e b), sempre nell'ambito dei rispettivi massimali, saranno rimborsate le spese per:

- gli accertamenti diagnostici, compresi gli onorari ai medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 gg. precedenti il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale;
- esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, necessari a seguito del ricovero e/o intervento chirurgico ambulatoriale, sostenute nei 90 gg. successivi al termine del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale;
- le spese per dispositivi medici sostenute nei 90 giorni precedenti o successivi all'intervento chirurgico, previa presentazione della prescrizione medica;

- 
- l'acquisto di piccoli supporti ortopedici (es. grucce, plantari, fasce elastiche, tutori) o il noleggio d'altri supporti o apparecchiature, rese necessarie dall'intervento chirurgico, sostenute nei 120 gg. successivi al termine del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale;
 - vitto e alloggio dell'accompagnatore, con un limite massimo giornaliero di € 130, per non più di 40 gg. Anno.

Per i quadri direttivi, limite massimo per 1b) pari a € 410.000 per anno assicurativo e nucleo familiare.

Con riferimento alle garanzie di cui alle lettere a) e b), in caso di ricorso a strutture fuori convenzione è previsto il rimborso delle prestazioni al 90%, ad eccezione di patologie oncologiche e trapianti per le quali è confermato il rimborso al 100%.

In caso di trasporto con autovettura privata, sarà riconosciuto il rimborso chilometrico entro i limiti di rimborsabilità previsti dal vigente CIA, per il "costo proporzionale alla percorrenza".

c) Parto non cesareo:

- rimborso di quanto sostenuto comprensivo di: rette di degenza, onorario ai medici ed alle ostetriche; accertamenti diagnostici, cure, medicinali, esami riguardanti il periodo di ricovero, assistenza pediatrica, ostetrica, ecc., riguardante anche il neonato, nel limite massimo di € 2.300 per anno assicurativo e nucleo familiare.

Per i soli familiari con reddito superiore al limite previsto per il godimento delle deduzioni fiscali ai rimborsi di cui al presente punto 1. si applica una franchigia annua fissa di € 500: tale franchigia non si applica nei seguenti casi:

- conseguenze di infortunio, sempreché lo stesso sia stato regolarmente denunciato, come prescritto nelle condizioni generali indicate nell'opzione 1;
- nei casi in cui una parte della spesa sia sostenuta dal servizio sanitario pubblico;
- per le spese di trasporto e per i rimborsi dell'accompagnatore.

In caso di assistenza diretta, la franchigia di cui sopra sarà recuperata con trattenuta in 5 rate uguali in busta paga.

Per i quadri direttivi, limite massimo per 1c) pari a € 10.000 per anno assicurativo e nucleo familiare.

Le spese di vitto e alloggio per l'accompagnatore saranno rimborsate con un limite massimo giornaliero di € 150, per non più di 50 gg. all'anno.

In caso di ricovero presso struttura pubblica, se non viene richiesto alcun rimborso, è corrisposta una diaria surrogatoria giornaliera di € 75 (per i QD € 100) con un limite massimo di 180 gg. (per i QD 300 gg.) per anno e per nucleo familiare.

Non sarà applicata alcuna franchigia.

**2. Prestazioni odontoiatriche
NON PREVISTE**

3. Altre prestazioni

a) Visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici:

Rimborso all'80% delle spese sostenute per visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici con il limite annuo massimo per nucleo familiare di € 500.

Qualora le garanzie di cui al presente punto 2. operino in eccedenza all'onere a carico del S.S.N., la spesa sostenuta verrà rimborsata, entro i massimali annui anzidetti, al 100%.

b) Spese extra ospedaliere

Rimborso all'80%, delle spese extra-ospedaliere sostenute per le sottoelencate prestazioni sanitarie e specialistiche, con il limite massimo per anno assicurativo, per il complesso delle prestazioni riferite al nucleo familiare, di € 2.100:

- agopuntura, angiografia, arteriografia, artroscopia, bilancio ormonale, audiometria, breath test, check-up diagnostico preventivo, chelazione, cistografia, coronarografia, colposcopia, diagnostica radiologica, dialisi, doppler, ecocardiografia, ecografia, elettrocardiografia, elettroencefalografia, elettromiografia, endoscopia, esame urodinamico completo, fisioterapia, ginnastica posturale, holter, isterosalpingografia, laserterapia, logopedia, mammografia, mineralogia ossea computerizzata, osteopatia, pap test, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, TAC, telcuore, termografia, tomografia ad emissione di positroni, urografia, video dermatoscopia;
- il rimborso per fisioterapia e ginnastica posturale avverrà previa prescrizione del medico di base; esclusa qualsiasi attività collettiva, anche se presso centri fisioterapici. In caso di ricorso alle strutture convenzionate, la percentuale di rimborso viene elevata al 100% nel limite del massimale;
- Podologo e prestazioni para-sanitarie (linfodrenaggi e simili), palestre: tali prestazioni potranno essere rimborsate nella misura dell'80%, se inserite all'interno di un percorso di riabilitazione per malattia certificata, a fronte di prescrizione di medico specialista che attesti la patologia che origina la prestazione;
- Saranno inoltre rimborsate all'80%, previa prescrizione del medico specialista, le visite effettuate presso un nutrizionista, nonché le prestazioni chiropratiche effettuate da personale iscritto ad un albo delle arti sanitarie;
- Saranno inoltre rimborsate, le spese relative alla procreazione medicalmente assistita anche per il genere maschile, in ottica di percorso di coppia e parità di genere

nonché rimborso all'80% di apparecchiature protesiche, con l'esclusione di occhiali, lenti, protesi dentali. Per prestazioni effettuate presso rete convenzionata, è previsto un rimborso al 90%.

c) Oncologia

rimborso integrale delle spese sostenute per le terapie di tipo oncologico quali chemioterapia, cobaltoterapia ecc., con il massimale per anno assicurativo e per nucleo familiare di € 15.000. Nel suddetto limite sono compresi il costo del trasporto effettuato con qualsiasi mezzo

(commisurato alle effettive condizioni/necessità) all'istituto di cura, in Italia o all'estero, ed il ritorno a casa, nonché le spese per esami, medicinali/farmaci, dispositivi medici e parafarmaci, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari dalla specifica gravità delle patologie in atto.

Sono compresi in garanzia i protocolli rientranti negli studi clinici relativi a sperimentazioni riconosciute dall'AIFA nonché adroterapia, immunoterapia, terapia target.

Qualora le garanzie di cui al presente punto 3. operino in eccedenza all'onere a carico del S.S.N., la spesa sostenuta verrà rimborsata, entro i massimali annui anzidetti, al 100%.

4. Esclusioni

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

- rette di degenza in caso di ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo, ecc.), ancorché qualificate come cliniche o case di cura;
- malattie mentali in tutti i casi in cui esse diano luogo a trattamento sanitario obbligatorio ai sensi degli art. 34 e 35 della L. n. 833/1978;
- malattie tubercolari in fase attiva assistibili dall'INPS;
- 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 sub 1b);
- chirurgia plastica a scopo estetico (salvo quella a scopo ricostruttivo o per neonati di età inferiore a 3 anni);
- interventi chirurgici volti alla correzione di imperfezioni del visus (miopia, astigmatismo, ecc.);
- in caso di ricovero, le spese sostenute per l'uso del telefono, della radio e della televisione.

Contributi annui

I contributi indicati in euro, a carico del dipendente, saranno trattenuti a stipendio su 12 mensilità. Per familiare a carico si intende quello/a con reddito inferiore al limite previsto per il godimento delle deduzioni fiscali di legge.

Aree professionali dal 01/01/2026:

Nucleo familiare	Opzione 1 Infortuni	Opzione 2 Infortuni/Malattie
Dipendente	12	270
Dipendente + 1 familiare a carico	18	402
Dipendente + 2 familiari a carico	24	510
Dipendente + 3 familiari a carico	30	582
Dipendente + 4 familiari a carico	36	618
Per ogni altro familiare a carico	6	42
Per ogni familiare non a carico (1)	42	360

Aree professionali dal 01/01/2027:

Nucleo familiare	Opzione 1 Infortuni	Opzione 2 Infortuni/Malattie
Dipendente	12	311
Dipendente + 1 familiare a carico	18	462
Dipendente + 2 familiari a carico	24	587
Dipendente + 3 familiari a carico	30	669
Dipendente + 4 familiari a carico	36	711
Per ogni altro familiare a carico	6	48
Per ogni familiare non a carico (1)	42	414

Aree professionali dal 01/01/2028:

Nucleo familiare	Opzione 1 Infortuni	Opzione 2 Infortuni/Malattie
Dipendente	12	365
Dipendente + 1 familiare a carico	18	543
Dipendente + 2 familiari a carico	24	689
Dipendente + 3 familiari a carico	30	786
Dipendente + 4 familiari a carico	36	834
Per ogni altro familiare a carico	6	57
Per ogni familiare non a carico (1)	42	486

QD dal 01/01/2026:

Nucleo familiare	Opzione 1 Infortuni	Opzione 2 Infortuni/Malattie
Dipendente	10	203
Dipendente + 1 familiare a carico	14	302
Dipendente + 2 familiari a carico	19	383
Dipendente + 3 familiari a carico	24	437
Dipendente + 4 familiari a carico	29	464
Per ogni altro familiare a carico	5	32
Per ogni familiare non a carico (1)	34	270

QD dal 01/01/2027:

Nucleo familiare	Opzione 1 Infortuni	Opzione 2 Infortuni/Malattie
Dipendente	11	272
Dipendente + 1 familiare a carico	16	405
Dipendente + 2 familiari a carico	22	513
Dipendente + 3 familiari a carico	27	586
Dipendente + 4 familiari a carico	32	622
Per ogni altro familiare a carico	5	42
Per ogni familiare non a carico (1)	38	362

QD dal 01/01/2028:

Nucleo familiare	Opzione 1 Infortuni	Opzione 2 Infortuni/Malattie
Dipendente	12	365
Dipendente + 1 familiare a carico	18	543
Dipendente + 2 familiari a carico	24	689
Dipendente + 3 familiari a carico	30	786
Dipendente + 4 familiari a carico	36	834
Per ogni altro familiare a carico	6	57
Per ogni familiare non a carico (1)	42	486

(1) Per i familiari non a carico con reddito inferiore al limite contrattuale previsto per la fruizione di talune garanzie base, i contributi saranno pari al 75% di quanto indicato.

Art. 2
PREVIDENZA COMPLEMENTARE

I dipendenti cui si applica il presente CIA, possono aderire, su base volontaria, al "Fondo Pensione dei Dipendenti delle Aziende del Gruppo Generali" (di seguito F.P.G.G.).
Il F.P.G.G. riveste la qualifica di "fondo di riferimento" nel caso di conferimento tacito (silenzio assenso) del trattamento di fine rapporto (TFR) maturando.

Il F.P.G.G. attua il trattamento pensionistico complementare mediante i contributi a carico Azienda, a carico dipendente e, secondo le norme di legge, il conferimento del trattamento di fine rapporto.

Il F.P.G.G. attua la Previdenza Complementare attraverso una Convenzione con Generali Italia per la Gestione Separata GESAV, alle condizioni di cui agli allegati 1 e 2.

a) Contributo a carico Azienda

Per i dipendenti con almeno sei mesi di anzianità di servizio presso Aziende del Gruppo Generali in relazione a specifica adesione ad un Fondo Pensione, spetta nelle seguenti misure della retribuzione, intesa come ammontare annuo delle voci tabellari (da con Credito) stipendio, scatti di anzianità, importo ex ristrutturazione tabellare:

- 5,1% per aree professionali e quadri direttivi
- Dal 1° giugno 2025: 5,6% per aree professionali e quadri direttivi
- Dal 1° gennaio 2026: 6% per quadri direttivi.

Tale contributo spetta solo a condizione che il dipendente versi il contributo a suo carico (di cui alla lettera b) almeno nella misura dello 0,75%.

Per i soli soci di F.P.G.G., oltre ai predetti contributi che saranno interamente attribuiti alle posizioni individuali, l'Azienda corrisponderà al predetto Fondo una quota aggiuntiva di contribuzione nella misura necessaria alla copertura delle spese di funzionamento dello stesso.

In caso di mancata adesione del dipendente, l'ammontare del contributo a carico azienda non verrà corrisposto in nessun modo o forma, anche alternativo, al dipendente stesso.

Rimangono valide le diverse previsioni in materia di previdenza integrativa previste dagli Accordi Sindacali d.d. 9/12/2002, 10/12/2003 (dipendenti ex INASIM), dd. 2/12/2005 (dipendenti ex GAM) e d.d. 19/11/2009 (dipendenti ex Banca del Gottardo).

Nota a verbale: Le Parti si danno atto che si è sempre inteso -- e si conferma anche in questa sede -- che i contributi versati dall'Azienda per la previdenza complementare non sono computabili ai fini della determinazione del trattamento di fine rapporto.

b) Contributo a carico del Dipendente

A scelta del dipendente, tra le seguenti misure, in percentuale della retribuzione (come sopra descritta): 0,75% - 1,0% - 1,5% - 2,0% - 3,0% - 4,0% - 5,0% - 6%.

La misura della contribuzione a carico dipendente potrà essere modificata con effetto dal primo giorno del mese successivo alla richiesta di modifica.

Il dipendente potrà altresì scegliere che il proprio contributo sia incrementato -- ogni fine anno -- in una unica soluzione fino a piena concorrenza del limite di deducibilità fiscale, tenuto conto di tutti i contributi versati dall'Azienda e dal dipendente.

c) Conferimento del TFR (Trattamento Fine Rapporto)

Il conferimento del TFR a Fondo Pensione è facoltativo e potrà essere scelto nelle misure del 50% o del 100% del TFR maturando. In caso di mancata scelta (silenzio – assenso di legge) entro sei mesi dalla assunzione, sarà conferito a F.P.G.G. il 100% del TFR maturando.

La scelta potrà essere liberamente modificata nel tempo, per il TFR maturato successivamente, con effetto dal mese successivo alla modifica.

Analoghe regole valgono per i dipendenti che abbiano già precedentemente conferito – integralmente o parzialmente - il TFR a previdenza complementare.

I dipendenti possono aderire, in alternativa al Fondo interno F.P.G.G. e secondo i termini di legge, ad altri Fondi Pensione, ferme restando le quote di contribuzione sopra indicate, salvo le spese di funzionamento del Fondo, cui l'azienda non contribuirà e pertanto saranno completamente a carico del dipendente.

Il conferimento del TFR al F.P.G.G. è condizione sufficiente ad acquisire la qualifica di Socio di detto Fondo.

Il contributo sarà computato, trattenuto e versato al Fondo Pensione in dodici mensilità.

Norma transitoria: conferimento al Fondo Pensione del TFR pregresso

Sarà possibile richiedere il trasferimento a Fondo Pensione del 50% o di tutto il TFR pregresso maturato fino al 31.12.2006, in soluzione unica. La richiesta potrà essere effettuata, tramite specifica funzione online in self service, entro un termine che sarà definito di comune accordo tra le Parti.

Dopo tale data termine la scelta, irreversibile, non sarà più modificabile. Il trasferimento sarà effettuato nel mese di dicembre 2025, a favore del Fondo Pensione cui si è iscritti a tale data.

Nel caso in cui non risulti alcuna iscrizione e/o in caso sia la avvenuta cessazione del rapporto di lavoro, il trasferimento non sarà eseguito.

Apertura FPGG anche ai familiari a carico

Con la finalità di incentivare e migliorare la futura pensione integrativa dei familiari degli associati a FPGG, verrà ammessa la possibilità di attivare, come previsto e con i benefici fiscali secondo le Leggi vigenti, delle specifiche posizioni a favore dei propri familiari fiscalmente a carico.

Per familiari fiscalmente a carico si intendono quelli per cui si ha diritto alle detrazioni fiscali di Legge o all'Assegno Unico Universale per Figli a Carico (anche qualora le detrazioni non vengano percepite in relazione al reddito complessivo dell'associato o siano percepite dall'altro genitore).

Il Fondo Pensione FPGG, a tal fine, provvederà a definire le procedure e ad adeguare lo Statuto, la Nota Informativa e ogni altro documento necessario, con l'obiettivo di attivarne l'operatività a favore dei propri associati in tempi ragionevoli, tenendo conto delle normative vigenti e secondo le seguenti indicazioni:

1. la contribuzione sarà esclusivamente a carico dell'associato. Per i soci in servizio attivo sarà ammessa soltanto con trattenuta a scelta determinata con le medesime percentuali e modalità indicate al punto 1.b) del presente articolo. Il dipendente potrà quindi scegliere sia un contributo personale che un contributo a favore dei



propri familiari. La scelta di incremento a fine anno a concorrenza del limite fiscale potrà essere esercitata a favore della posizione del Socio.

2. le forme di investimento saranno le medesime previste per gli associati. Le condizioni applicabili, in termini di spese e di trattenuto sul rendimento, saranno definite dal Fondo in accordo con l'assicuratore, in misura agevolata ma sostenibile; le condizioni saranno comunque quelle applicate al socio di riferimento.

Apertura di una posizione nel FPGG in occasione della nascita di un figlio

Con decorrenza dalla data di stipula del presente CIA, l'Azienda prevede, in occasione della nascita di un figlio, per i dipendenti iscritti a FPGG, l'apertura della posizione per il neonato con il versamento di un contributo una tantum pari a € 500,00. Per i dipendenti non iscritti a FPGG, l'azienda verserà € 500,00 a favore del portale di flexible benefit.

I tempi e le modalità di attivazione saranno definite appena possibile, in relazione alla necessità di adeguamento per il Fondo FPGG.

+o+o+o+

A fronte di novità legislative in materia, le Parti si incontreranno per valutarne le implicazioni sul presente accordo e, se del caso, procedere a definire una nuova regolamentazione coerente con il mutato assetto normativo.



ALLEGATO 1 – CONDIZIONI GESAV F.P.G.G.

1.a Gestione Separata di riferimento

I nuovi contributi al Fondo Pensione verranno versati in un'unica gestione separata: GESAV.

I capitali maturati all'1.1.2022 continueranno a far riferimento alle Gestioni Separate di provenienza e rivalutati secondo quanto disposto dai paragrafi successivi.

1.b Minimo garantito

Il rendimento minimo garantito sarà annualmente pari a 0% e verranno consolidati i rendimenti positivi tempo per tempo conseguiti dalla Gestione Separata. Sono altresì consolidati i rendimenti ed il capitale maturato negli anni precedenti sino al 31.12.2021.

In deroga all'introduzione del nuovo minimo garantito:

- per il periodo transitorio dall'1.1.2022 all'1.1.2024, con riferimento ai capitali rispetto ai quali si applica oggi una rivalutazione minima garantita superiore allo 0%, questi ultimi continueranno a rivalutarsi con il medesimo livello di garanzia, e quindi fermi gli attuali rendimenti effettivi, e con il massimo del 3%;
- per il periodo transitorio dall'1.1.2024 all'1.1.2026, con riferimento ai capitali rispetto ai quali si applica oggi una rivalutazione minima garantita superiore allo 0%, questi ultimi continueranno a rivalutarsi con il medesimo livello di garanzia, e quindi fermi gli attuali rendimenti effettivi, e con il massimo del 2%;
- per il periodo transitorio dall'1.1.2026 all'1.1.2028, con riferimento ai capitali rispetto ai quali si applica oggi una rivalutazione minima garantita superiore allo 0%, questi ultimi continueranno a rivalutarsi con il medesimo livello di garanzia, e quindi fermi gli attuali rendimenti effettivi, e con il massimo del 1%.

Quanto specificato per i periodi transitori vale per l'applicazione dei minimi garantiti ferma la regola di rivalutazione delle prestazioni che, anno per anno, consolida il massimo tra il minimo garantito ed il rendimento della gestione separata di riferimento al netto del rendimento trattenuto. Fanno eccezione i Soci Cessati (le cui condizioni sono disciplinate dal Fondo Pensione) ed i Soci Onorari (*) che abbiano già raggiunto i requisiti di accesso alla prestazione previdenziale di vecchiaia (ad oggi 67 anni). Per tali soci Onorari che hanno raggiunto i requisiti per l'accesso alla prestazione pensionistica e che tempo per tempo li raggiungeranno, con decorrenza 1.1.2022 ovvero l'anniversario di polizza successivo alla maturazione del relativo requisito, il rendimento minimo garantito sarà annualmente pari a 0% sull'intera posizione previdenziale e verranno consolidati i rendimenti positivi tempo per tempo conseguiti dalla Gestione Separata.

() Sono Soci onorari i dipendenti cessati per pensionamento o i cessati per risoluzione consensuale avvenuta ad età pari o superiore a 55 anni.*

1.c Rendimento trattenuto:

Il rendimento trattenuto dall'assicuratore sulla performance della Gestione Separata sarà pari 0,10% con aliquota di partecipazione del 100%.

Fanno eccezione i Soci Cessati (le cui condizioni sono disciplinate dal Fondo Pensione) ed i Soci Onorari che abbiano già raggiunto i requisiti di accesso alla prestazione previdenziale di vecchiaia (ad oggi 67 anni). Per tali soci Onorari che hanno raggiunto i requisiti per l'accesso alla prestazione pensionistica di vecchiaia e che tempo per tempo li raggiungeranno, con decorrenza 1.1.2022 ovvero l'anniversario di polizza successivo alla maturazione del relativo requisito, sarà applicato un rendimento trattenuto pari allo 0,5%, sull'intera posizione

previdenziale.

1.d Coefficienti di Conversione in Rendita

Alla maturazione del diritto alla prestazione previdenziale, il capitale maturato potrà essere convertito, totalmente o parzialmente, in una rendita vitalizia, che sarà determinata in base ai coefficienti di conversione adottati tempo per tempo dalla Società e riportati nell'**Allegato 2** (Tavole GENERALI 98 PSL - tasso tecnico 2,5%).

L'importo della rendita si ottiene moltiplicando l'ammontare da convertire per il coefficiente corrispondente all'età dell'assicurato.

I coefficienti di cui all'allegato, validi su tutto il capitale maturato, resteranno in vigore per richieste di prestazione in forma di rendita pervenute fino al 31.12.2023.

Dall'1.1.2024 all'1.1.2026 sarà garantito il mantenimento della medesima base demografica con tassotecnico nel limite del TMG (Tasso massimo garantibile ex Reg. 21 IVASS).

Il pagamento della rendita è previsto in rate mensili posticipate. L'assicurato potrà richiedere, tramite la Contraente, il pagamento in rateazione diversa.

Non sono riscattabili eventuali rendite in erogazione.

1.e Durata del contratto

Le condizioni valgono per la durata contrattuale e fino a successivo rinnovo.

Allegato 2 – Tabelle di Conversione in rendita (decorrenza 1 gennaio 2022)

**COEFFICIENTI DI CONVERSIONE DA CAPITALE A
RENDITA VITALIZIA**

x 1 Euro di capitale

**Tavole g98 – tasso tecnico 2,5% - rateazione
mensile posticipata s.p.r.: 1,25%**

Età*	Rendita vitalizia	
	M	F
50	0,04603	0,04130
51	0,04695	0,04198
52	0,04792	0,04269
53	0,04894	0,04344
54	0,05003	0,04424
55	0,05117	0,04507
56	0,05239	0,04596
57	0,05368	0,04690
58	0,05504	0,04789
59	0,05649	0,04894
60	0,05804	0,05007
61	0,05968	0,05126
62	0,06143	0,05253
63	0,06328	0,05388
64	0,06524	0,05532
65	0,06732	0,05686
66	0,06954	0,05851
67	0,07189	0,06029
68	0,07440	0,06221
69	0,07709	0,06429
70	0,07996	0,06655

***: età rettificata in base alla Tabella di age-shifting**

AGE-SHIFTING		
Gen 98 PML		
1900	1921	3,5
1922	1930	3
1931	1934	2,5
1935	1938	2
1939	1940	1,5
1941	1944	1
1945	1947	0,5
1948	1952	0
1953	1958	-0,5
1959	2000	-1

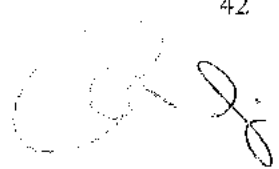
AGE-SHIFTING		
Gen 98 PFL		
1900	1929	2,5
1930	1936	2
1937	1940	1,5
1941	1944	1
1945	1948	0,5
1949	1952	0
1953	1960	-0,5



Le tavole demografiche Generali 98PSL comportano l'utilizzo dello strumento di "age-shifting", che consiste nel rettificare l'età dell'assicurato, calcolata in anni e mesi compiuti, invecchiandola o ringiovanendola sommando algebricamente lo "shift" annuo corrispondente alla data di nascita contenuto nella Tabella di ageshifting.

Il coefficiente di conversione per l'età in anni e mesi, rettificata come sopra, è ottenuto per interpolazione lineare dei coefficienti relativi alle età intere superiore e inferiore rispetto all'età rettificata stessa.

Per età e tipologie di rendita diverse da quelle riportate, i relativi coefficienti di conversione verranno comunicati a richiesta della Contraente.



Art. 3

GARANZIA CASO MORTE/ INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE / MALATTIA GRAVE (art. 4 CIA BG 2/12/2021)

A) INDENNIZZO GARANTITO DAL DATORE DI LAVORO

I dipendenti delle Aziende cui si applica il CIA del gruppo Bancario Banca Generali, che abbiano maturato almeno sei mesi di anzianità di servizio presso Aziende del Gruppo Generali, avranno diritto, dal 1° giorno del mese immediatamente successivo a tale maturazione, in caso di morte/invalidità permanente totale, ad un indennizzo a carico Azienda commisurato in funzione di età, stipendio utile e numero dei componenti il nucleo familiare, secondo la seguente formula:

$$\text{indennizzo azienda} = \frac{(65 - \text{età}) \times \text{stipendio utile}}{K}$$

➤ Età

viene convenzionalmente determinata in anni e mesi al 1° del mese nel quale accade l'evento che dà diritto all'indennizzo, computando come mese intero una sua parte pari o superiore a 15 giorni.

➤ Stipendio Utile

- è inteso come la somma delle seguenti voci retributive mensili - moltiplicate per 13 mensilità - contenute nelle "tabelle economiche" tempo per tempo previste dal CCNL Credito:
 - stipendio
 - eventuali scatti anzianità e indennità ex ristrutturazione tabellare;
- viene determinato nel mese in cui accade l'evento che dà diritto all'indennizzo.

Nei periodi di assenza per maternità con assegni ridotti, nonché nei periodi di lavoro a tempo parziale e in ogni altro caso di riduzione temporanea dello stipendio, lo stipendio utile computabile si considera per il suo intero ammontare, come puntualmente sopra definito.

➤ Parametro K

dipende dalla composizione del nucleo familiare del dipendente ed è uguale a:

- 1) 4,6 se il nucleo familiare comprende il solo dipendente;
- 2) 4,3 se il nucleo familiare è costituito da due persone, compreso il dipendente;
- 3) 4,0 se il nucleo familiare è costituito da tre o più persone, compreso il dipendente.

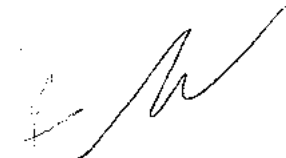
Per componenti il nucleo familiare si intendono, oltre al dipendente:

- il coniuge convivente o situazione di fatto assimilabile;
- il coniuge anche se non convivente, purché non legalmente separato;
- i figli sino a 26 anni o senza limiti di età se a carico fiscale.

Il parametro K si modifica nel tempo in relazione alle variazioni del nucleo familiare.

L'indennizzo non potrà comunque mai essere inferiore ai seguenti minimi, correlati allo stipendio utile come sopra definito:

- 150% dello stipendio utile, per nucleo come 1)
- 200% dello stipendio utile, per nucleo come 2)
- 250% dello stipendio utile, per nucleo come 3).



Dread disease: sarà corrisposta al dipendente una somma pari al 20% dell'indennizzo di cui sopra a titolo di anticipazione, qualora egli venga colpito da una delle malattie gravi considerate indennizzabili ai sensi del successivo punto D. Dopo un indennizzo per malattia grave, nulla è più dovuto qualora l'assicurato venga colpito da altra malattia grave, mentre in caso di morte o invalidità l'indennizzo sarà decurtato di quanto già corrisposto.

Il datore di lavoro può, a sua discrezione, garantirsi la copertura economica per gli obblighi di cui al presente punto A attraverso la stipula di apposita polizza assicurativa.

B) GARANZIA INTEGRATIVA FACOLTATIVA

I dipendenti soci del Fondo Pensione di Gruppo Generali (FPGG) possono aderire alla presente garanzia accessoria del Fondo stesso per una integrazione all'indennizzo a carico Azienda di cui sopra, se ne hanno diritto.

L'adesione, possibile con apposita richiesta, è subordinata all'esito favorevole di accertamento sanitario, secondo le norme vigenti per le assicurazioni collettive. Se l'esito dell'accertamento sanitario non è favorevole può essere richiesto un aumento del contributo, o imposta una limitazione della copertura o anche rifiutato il rischio.

Gli aventi diritto potranno scegliere il Capitale Assicurato tra le seguenti opzioni:

- C1 Capitale pari al 25% dell'indennizzo a carico Azienda
- C2 Capitale pari al 50% dell'indennizzo a carico Azienda
- C3 Capitale pari al 75% dell'indennizzo a carico Azienda
- C4 Capitale pari al 100% dell'indennizzo a carico Azienda.

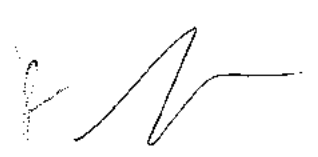
Dread disease: è possibile optare per la copertura aggiuntiva di dread disease. In tale caso, al dipendente che venga colpito da una delle malattie gravi considerate indennizzabili ai sensi del successivo punto D), verrà corrisposto il 20% dell'indennizzo come definito al precedente punto A), ma non a titolo di anticipazione bensì a titolo aggiuntivo. Dopo un indennizzo per malattia grave, la garanzia accessoria per dread disease si estingue e nulla è più dovuto qualora l'assicurato venga colpito da altra malattia grave, mentre in caso di morte o invalidità l'indennizzo non sarà ridotto.

L'adesione potrà essere richiesta (o variata) dal dipendente e avrà decorrenza dal 1° mese successivo alla richiesta. Potrà essere richiesto un accertamento sanitario, senza costi aggiuntivi per il dipendente. La richiesta di adesione può essere rifiutata se l'esito dell'accertamento è sfavorevole.

Il contributo mensile a carico del dipendente (trattenuto in 12 mensilità), è determinato in percentuale di 1/12 dello "stipendio utile" come definito al precedente punto A), nelle seguenti misure:

opzioneC1: 0,18%
opzioneC2: 0,36%
opzioneC3: 0,54%
opzioneC4: 0,72%

Dread Disease: 0,10%
(forma aggiuntiva)



C) CONDIZIONI GENERALI

1 – Cessazione dal servizio

Tutte le coperture cessano automaticamente alla fine del mese in cui termina il rapporto di lavoro.

2 – Definizione d'invalidità totale e permanente

Viene considerato totalmente e permanentemente invalido il dipendente cui l'INPS abbia riconosciuto il diritto ad un assegno ordinario d'invalidità o ad una pensione ordinaria d'invalidità ai sensi della L. 12.6.1984 n. 222 e successive modificazioni, e che a causa dell'invalidità perda la qualifica di dipendente, cessando il rapporto di lavoro.

L'invalidità al lavoro certificata da visita medica collegiale (art. 5 L. n. 300/1970) e la conseguente risoluzione del rapporto di lavoro è riconosciuta come evento sufficiente per disporre il pagamento del capitale assicurato. Per i dipendenti non soggetti all'assicurazione obbligatoria presso l'INPS o per quelli la cui posizione assicurativa presso il predetto Istituto non presentasse i requisiti richiesti per il riconoscimento di un assegno ordinario d'invalidità o di una pensione d'invalidità, si applicheranno ugualmente le norme previste per il riconoscimento dei medesimi da parte dell'INPS.

3 – Accertamento dell'invalidità

L'invalidità sarà accertata collegialmente da due medici, uno nominato dall'Azienda, l'altro dal dipendente. In caso di disaccordo, la decisione definitiva sarà demandata ad un terzo medico, scelto dai primi due. Se questi non si accordassero sulla scelta, la nomina del terzo medico verrà effettuata dall'Ordine dei Medici competente per la località di residenza del dipendente. Contro il giudizio dei medici non è ammesso ricorso. Ciascuna delle Parti sosterrà le proprie spese e remunererà il medico da essa nominato, contribuendo per metà alle spese e competenze del terzo medico.

4 – Beneficiari

I beneficiari saranno:

- in caso di invalidità, l'assicurato stesso;
- in caso di morte, gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi dell'assicurato (salvo diversa indicazione fornita dall'assicurato al Fondo Pensione al momento della sua adesione alla garanzia o successivamente).

5 – Precisazione generale

Per quanto non espressamente definito dal presente Allegato, valgono – in quanto applicabili – le condizioni generali e particolari della garanzia base e delle condizioni generali delle assicurazioni sulla vita.

D) DREAD DISEASE

1 - Malattie gravi

Sono indennizzabili le malattie gravi come di seguito elencate:

Cancro

Presenza di tumore maligno, caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione e distruzione del tessuto normale.

La diagnosi di cancro deve essere fatta da un patologo e l'evidenza di malignità deve essere supportata dall'esame istologico.

Sono esclusi i seguenti tumori:

- tumori che presentano le caratteristiche del carcinoma in situ (inclusa la displasia della cervice uterina CIN-1, CIN-2 e CIN-3) o che sono istologicamente descritti come pre-maligni
- tutti i tumori della pelle, incluse le ipercheratosi, i carcinomi basocellulari, i carcinomi a cellule squamose ed i melanomi con massimo spessore inferiore a 1.5 mm, determinato dall'esame istologico usando il metodo di Breslow, a meno che ci sia evidenza di metastasi
- tumori in presenza del virus HIV o HPV o HHV

- 
- tumori che non minacciano la vita, come i tumori al seno nella donna di stadio I nel sistema di classificazione TNM, i tumori della prostata descritti istologicamente nella classificazione TNM come T1(a) o T1(b) ma non T1(c) o di stadio equivalente o inferiore in un'altra classificazione, i microcarcinomi papillari della tiroide o della vescica di stadio inferiore al T2N0M0 senza metastasi, la leucemia linfocitica cronica di stadio inferiore al RA1 1, il morbo di Hodgkin allo stadio I.

Chirurgia dell'aorta

Intervento chirurgico per malattia dell'aorta per via toracotomica o laparotomia che comporti ricostruzione o escissione dell'aorta malata e la sua sostituzione con una protesi. In questa definizione, per aorta si intende l'aorta toracica e quella addominale ma non i suoi rami. Le lesioni traumatiche dell'aorta e gli interventi chirurgici eseguiti usando solo tecniche endovascolari sono specificatamente esclusi.

Chirurgia delle valvole cardiache

Intervento chirurgico a cuore aperto per sostituire o riparare una o più valvole cardiache in conseguenza a disfunzione o anormalità delle valvole cardiache. Tutti gli interventi non a cuore aperto e la sostituzione di protesi valvolari sono specificatamente esclusi.

Chirurgia di by-pass aorto-coronarico

Intervento chirurgico a ciclo aperto di by-pass aorto-coronarico per correggere o trattare una malattia coronarica, ma escludendo l'angioplastica, l'impianto di stent o qualsiasi altra procedura percutanea o non chirurgica.

Ictus

Esordio acuto di deficit neurologico focale dovuto ad un accidente cerebrovascolare che includa l'ischemia cerebrale, un infarto del tessuto cerebrale, una emorragia da un vaso intracranico o una embolizzazione da una sorgente extracranica e che sia associato a tutti i seguenti esiti:

- durata dei sintomi/segni >24 ore;
- perdita permanente della funzione motoria e sensitiva, o perdita della parola;
- danno neurologico permanente.

Uno specialista neurologo deve confermare l'evidenza del danno neurologico permanente dopo un periodo di almeno 180 giorni dalla data dell'evento. I sinistri devono essere confermati da tecniche di imaging come la TAC o la RMN.

Sono escluse le seguenti situazioni:

- attacchi ischemici transitori;
- gli accidenti che portino a cambiamenti nella memoria o nella personalità;
- sintomi cerebrali dovuti a emicrania;
- lesioni cerebrali secondarie ad un trauma o ad ipossia;
- una malattia vascolare ischemica che interessa l'occhio od il nervo ottico od il sistema vestibolare.

Infarto

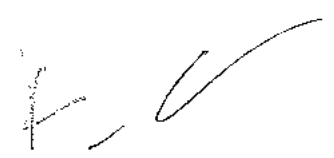
Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante da un insufficiente apporto di sangue alla regione interessata. La diagnosi sarà supportata se almeno tre dei seguenti quattro criteri sono presenti:

- storia di dolore toracico tipico;
- comparsa di nuove alterazioni elettrocardiografiche diagnostiche (ECG) per necrosi miocardica;
- aumento significativo di almeno uno dei markers di danno cardiaco (CK-MB, troponina);
- presenza di disfunzione ventricolare sinistra (frazione di eiezione < 50%) valutata a distanza di almeno tre mesi dall'evento.

Se l'unico dei markers aumentati è la troponina, viene richiesta anche la presenza di disfunzione ventricolare sinistra (frazione di eiezione < 50%) valutata a distanza di almeno tre mesi dall'evento.

Insufficienza renale

Insufficienza renale terminale che si presenta come un'insufficienza cronica irreversibile di entrambi i reni, in conseguenza della quale viene istituita la dialisi cronica regolare.



Trapianto degli organi principali

L'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto tra esseri umani (o l'inserimento in una lista di attesa ufficiale) per un trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, piccolo intestino (duodeno, digiuno, ileo), polmone, midollo osseo, subordinato al parere di un chirurgo consulente che il trapianto è il modo più appropriato per trattare una patologia che minaccia la vita dell'assicurato. Il trapianto di qualsiasi altro organo, di parti di organo o di qualsiasi altro tessuto o cellule è escluso.

2 - Obblighi del Dipendente

Il dipendente, pena la decadenza da ogni diritto derivante dalla presente garanzia, è obbligato a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione atta ad accertare l'indennizzabilità della malattia grave, nonché a fornire ogni ulteriore documentazione ritenuta opportuna per l'accertamento.

Il dipendente dovrà ammettere il pieno ed incondizionato assenso all'accertamento delle condizioni di salute, con medici di fiducia della controparte.

3 - Accertamento e liquidazione delle prestazioni

L'indennizzabilità della malattia grave dovrà avvenire entro 30 gg dal ricevimento della documentazione completa, a norma dei precedenti articoli, ed il capitale previsto per detto evento dovrà essere corrisposto entro i successivi 30 gg.

Il decesso del dipendente, dovuto alla malattia grave indicata nella denuncia, che intervenga prima che sia accertata l'indennizzabilità della malattia stessa, equivale ad avvenuto riconoscimento della malattia grave e comporta la liquidazione agli aventi diritto del capitale previsto per tale evento, mentre l'eventuale somma ulteriormente prevista per l'evento di morte viene corrisposta ai beneficiari a tal fine designati.

Qualora il decesso del dipendente, intervenuto come sopra prima dell'accertamento dell'indennizzabilità, sia dovuto a causa diversa dalla malattia grave indicata nella denuncia, le prestazioni dovute per il caso di morte vengono corrisposte ai beneficiari designati, mentre nessuna somma è dovuta per la garanzia di malattia grave.

4 - Collegio arbitrale

Nel caso in cui la malattia grave non venga riconosciuta indennizzabile, il dipendente ha facoltà, entro 30 gg dalla relativa comunicazione, di promuovere, mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento, la decisione di un Collegio Arbitrale, composto da tre medici, di cui uno nominato dall'Assicuratore, l'altro dal Dipendente ed il terzo scelto di comune accordo dalle due parti. In caso di mancato accordo la scelta del terzo arbitro sarà demandata, anche ad istanza di una sola delle due parti, al Presidente del Tribunale dove risiede il dipendente.

Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza, come amichevole compositore, senza formalità di procedura, con parere vincolante anche se uno dei componenti rifiuta di firmare il relativo verbale.

Gli arbitri, ove lo ritengano opportuno, potranno esperire, senza obbligo di sentenza, qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare o incidentale (visite mediche, esami di laboratorio ecc.).

Ciascuna delle parti sopporta le spese e le competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico. Tutte le altre spese sono a carico della parte soccombente.

Art.4

GARANZIA INFORTUNI IN ATTIVITA' LAVORATIVA

(Art 5 CIA 2/12/2021)

Si conviene il mantenimento della polizza collettiva (nr.250501), con contributo ad integrale carico azienda. (All.).

Art. 5

INQUADRAMENTI

Si confermano le attuali previsioni contenute negli Accordi Sindacali di data 29 settembre 2010 e 2 marzo 2011 (all) relativi ad alcune figure professionali in ambito Succursali e Contact Center.

In relazione alle figure professionali del Contact Center, a seguito dell'introduzione del sistema di performance management "Orion" in luogo della precedente metodologia IASE, si utilizza il seguente criterio di conversione:

S (superiore alle attese) => valutazione overall ORION: 4 stelle (exceeds expectations)

A (adeguato alle attese) => valutazione overall ORION: 3 stelle (successfully meets expectations).

Art. 6

BUONI PASTO

Con decorrenza dall'1 gennaio 2025, l'importo giornaliero unitario dei buoni pasto elettronici è pari a 7,50 € per ogni dipendente (aree professionali e quadri direttivi) secondo le regole di maturazione previste dal ccnl Credito.

Inoltre, il diritto al buono pasto viene erogato anche ai turnisti che non svolgano intervallo pranzo all'interno dell'articolazione d'orario 6X6.

In caso di fruizione del servizio di mensa aziendale, qualora l'onere per il consumo del pasto a carico del dipendente sia inferiore al valore del "buono pasto" elettronico, l'eccedenza sarà cumulata e annualmente corrisposta nel mese di marzo dell'anno successivo, al netto di ogni onere a carico dell'Azienda. Ferme le modalità di cui sopra, tale eccedenza - su opzione del dipendente - potrà essere trasferita al Fondo Pensione, al netto di ogni onere a carico dell'Azienda.

Art. 7

AGEVOLAZIONI SU MUTUI FONDIARI, PRESTITI PERSONALI, FIDI E SU PRODOTTI BANCARI

Sono confermate le previsioni di cui ai seguenti documenti allegati:

- Regolamento mutui, prestiti e fidi;
- Verbale di incontro sindacale 20/12/2023 (cap rate 3,25% tasso debitori)
- Accordo sindacale 12/7/2022.

Inoltre, a parziale deroga rispetto a quanto sopra, sono previste le seguenti modifiche:

a) Mutui fondiari

Possibilità che il dipendente sia titolare della proprietà dell'immobile finanziato anche in misura inferiore al 50% purché gli altri comproprietari siano il coniuge e/o parenti di primo grado.

b) Fidi/elasticità di cassa conto corrente dipendenti gruppo BG

- per i dipendenti a tempo indeterminato, i massimali vengono aumentati nelle seguenti misure: aree professionali: € 10.000 – QD € 15.000;

c) Prestiti personali dipendenti gruppo BG

- limitatamente all'acquisto di auto elettriche/ibride, i massimali vengono aumentati nelle seguenti misure: aree professionali € 30.000 -- QD € 36.000;

d) Altre condizioni conto corrente dipendenti gruppo BG

- Azzeramento costo ricarica carta prepagata.
- Azzeramento costo rinnovo carta credito.

Le modifiche sopra indicate diverranno operative con le decorrenze e modalità collegate al perfezionamento dei necessari passaggi autorizzativi/applicativi.

A tal fine le Parti si incontreranno a fine giugno 2025 per condividere l'esatta decorrenza delle predette modifiche e per procedere ai conseguenti aggiornamenti dei documenti indicati al primo comma del presente articolo.

Art. 8

RIMBORSO COSTI CHILOMETRICI PER MISSIONI/TRASFERTE

Fermo restando quanto definito a livello generale con specifica policy aziendale in tema di missioni e trasferite, in caso di utilizzo dell'auto propria, l'Azienda rimborserà le spese chilometriche in base ai dati di costo chilometrico elaborati dall'ACI e riportati sulla pubblicazione "costi analitici di esercizio di alcuni tipi di autovetture e di motocicli" relativamente all'autovettura Lancia Delta 1.4 t-jet 150CV mod 2008. Il rimborso sarà effettuato in base al "costo complessivo di esercizio" alla percorrenza di riferimento pari a 30.000 km. annui.

Per l'eventuale percorrenza eccedente tale riferimento, per ciascun anno solare, il rimborso chilometrico sarà effettuato considerando il solo "costo proporzionale alla percorrenza" (ad oggi pari a 0,3292 euro/m).

Inoltre, l'Azienda manterrà, a proprie spese, l'attivazione automatica della polizza "kasko".

Il dipendente interessato dovrà comunque procedere ad informare l'Azienda in merito anche successivamente all'effettuazione della missione/trasferta, al fine di una corretta rendicontazione del premio verso l'Assicuratore.

Art. 9

ANTICIPAZIONE TRATTAMENTO FINE RAPPORTO

Con l'obiettivo di integrare con condizioni di miglior favore il trattamento legale di cui all'art. 2120 c.c., e successive modificazioni ed integrazioni, nonché le previsioni derivanti dal ccnl Credito, si riepilogano di seguito i trattamenti riservati ai dipendenti precisando che, per quanto non specificato, si applicano le disposizioni di legge.

Le anticipazioni non terranno conto dei limiti di legge del 10% (degli aventi titolo) e del 4% (del totale dei dipendenti) e l'importo massimo anticipabile sarà calcolato al momento della domanda, dedotto quanto già precedentemente anticipato.

1. Spese sanitarie, terapie e interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche

L'anticipazione per tali finalità è estesa anche al pagamento di spese di assistenza infermieristica per se stesso e parenti stretti (genitori, figli, coniuge), gravemente ammalati, ed ai casi di malattia del partner convivente di fatto e dei figli di quest'ultimo.

Dettagli

- Anzianità necessaria: non prevista
- Percentuale massima concedibile: 75% (100% per dipendenti che versano, anche



- parzialmente, il TFR a Fondo Pensione)
- Numero di anticipi concedibili: nessun limite
- Documentazione richiesta:
 - preventivo di spesa (per spese sanitarie)
 - certificazione rilasciata dalla struttura pubblica competente (ASL, medico curante accreditato ovvero da Istituti o cliniche accreditati) che attesti la natura straordinaria dell'intervento (per terapie ed interventi straordinari)
 - stato di famiglia o autocertificazione sostitutiva dello stato di famiglia (per malattia del partner convivente di fatto e dei figli)

2. Acquisto e/o ristrutturazione della prima casa di abitazione per sé o per i figli

Per "prima casa di abitazione" si intende l'unica casa di abitazione da destinare a dimora principale e permanente del nucleo familiare dell'interessato, dipendente o figli (non tenendosi conto a tal fine di abitazioni possedute in comproprietà o in nuda proprietà).

L'anticipazione è prevista anche per l'acquisto e ristrutturazione della prima casa di abitazione dei figli del convivente di fatto e per la ristrutturazione della prima casa di abitazione anche se non di proprietà del dipendente.

L'anticipazione, solo relativamente alla abitazione del dipendente, viene inoltre concessa anche per le seguenti motivazioni:

- a) ristrutturazione della prima casa di abitazione (con esclusione di opere di ordinaria manutenzione), purché documentata secondo le norme di legge;
- b) ampliamento della prima casa di abitazione già di proprietà, ove questa risulti inadeguata alle esigenze del nucleo familiare;
- c) consolidamento di proprietà della prima casa di abitazione nell'ipotesi in cui il dipendente sia comproprietario della stessa ovvero abbia la nuda proprietà in quanto l'immobile sia gravato di usufrutto legale o successorio;
- d) estinzione totale di mutuo in corso per l'acquisto della prima casa di abitazione;
- e) pagamento di imposte e spese accessorie in caso di successione.

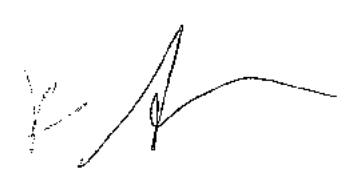
Dettagli

- Anzianità necessaria: 5 anni
- Percentuale massima concedibile: 75% (100% in caso di acquisto di abitazione già occupata in locazione dal dipendente o da figli dello stesso o del convivente di fatto e messa in vendita dal proprietario)
- Numero di anticipi concedibili: due volte nel corso del rapporto di lavoro, a distanza di almeno 5 anni, per acquisto o per una delle altre motivazioni, anche se si è già goduto di anticipazioni per altre causali;
- Documentazione richiesta:

preliminare notarile ovvero preliminare redatto sotto forma di scrittura privata riportante nominativi delle parti contraenti, dati catastali dell'immobile, attestazione che si tratta di prima casa di abitazione, prezzo d'acquisto, data prevista entro la quale verrà effettuato il rogito notarile (per acquisto prima casa o consolidamento proprietà)

- preventivo dei lavori, fattura di pagamento ovvero fattura pagamento dell'acconto (per ristrutturazione o ampliamento prima casa di proprietà del dipendente)
- preventivo dei lavori, fattura di pagamento ovvero fattura pagamento dell'acconto, stato di famiglia (per ristrutturazione prima casa non di proprietà del dipendente)
- copia del rogito di acquisto e dell'atto di mutuo comprensivo del piano di



- 
- ammortamento (per estinzione del mutuo)
 - documentazione con dettaglio delle imposte da pagare e scadenza (per spese di successione)
 - stato di famiglia o autocertificazione sostitutiva dello stato di famiglia (per tutti i casi in cui l'anticipazione è per il partner convivente di fatto e suoi figli)

3. Integrazione o miglioramento della posizione pensionistica

Si intende a tal fine il riscatto di periodi di studi, la ricongiunzione, l'integrazione, ecc. di precedenti periodi di lavoro o altre causali che comunque consentano - secondo le norme vigenti - di conseguire gli scopi di migliorare la posizione pensionistica.

Dettagli

- Anzianità necessaria: 5 anni
- Percentuale massima concedibile: 75%
- Numero di anticipi concedibili: una volta nel corso del rapporto di lavoro, anche se si è già goduto di anticipazioni per altre causali
- Documentazione richiesta:
 - autorizzazione INPS
 - conferma di attivazione del servizio con evidenza delle scadenze dei pagamenti

4. Spese funerarie

L'anticipazione è prevista per il decesso del coniuge, convivente di fatto, parenti di primo grado (genitori, figli) e di secondo grado (nonni, fratelli, figli dei figli).

Dettagli

- Anzianità necessaria: 5 anni
- Percentuale massima concedibile: 75% (100% per dipendenti che versano, anche parzialmente, il TFR a Fondo Pensione)
- Numero di anticipi concedibili: al massimo una richiesta ogni 2 anni
- Documentazione richiesta:
 - certificato di morte

5. Spese congedo parentale

L'anticipazione è prevista entro i 12 anni di vita del figlio.

Dettagli

- Anzianità necessaria: 5 anni
- Percentuale massima concedibile: 75%
- Numero di anticipi concedibili: al massimo una richiesta ogni 2 anni
- Documentazione richiesta:
 - domanda INPS con dettaglio delle giornate di fruizione del congedo

6. Spese di formazione

L'anticipazione è prevista per esigenze formative del dipendente.

Dettagli

- Anzianità necessaria: 5 anni
- Percentuale massima concedibile: 75%

- 
- Numero di anticipi concedibili: al massimo una richiesta ogni 2 anni
 - Documentazione richiesta:
 - iscrizione al corso di formazione
 - documentazione del costo da sostenere rilasciato dalla struttura

7. Spese matrimonio figli

L'anticipazione è prevista in caso di matrimonio dei figli del dipendente.

Dettagli

- Anzianità necessaria: 5 anni
- Percentuale massima concedibile: 75%
- Numero di anticipi concedibili: al massimo una richiesta ogni 2 anni
- Documentazione richiesta:
 - certificato di matrimonio (il figlio deve essere censito tra i familiari nel sistema informativo del personale)

8. Spese portatori di handicap / assistenza familiari non autosufficienti

L'anticipazione è prevista per il coniuge, convivente di fatto, parenti conviventi fino al secondo grado: parenti di primo grado (genitori, figli) e di secondo grado (nonni, fratelli, figli dei figli).

Dettagli

- Anzianità necessaria: 5 anni
- Percentuale massima concedibile: 75%
- Numero di anticipi concedibili: al massimo una richiesta ogni 2 anni
- Documentazione richiesta:
 - certificato INPS con giudizio finale

9. Perdita di lavoro dei familiari

L'anticipazione è prevista in caso di perdita del lavoro del coniuge o convivente di fatto.

Dettagli

- Anzianità necessaria: 5 anni
- Percentuale massima concedibile: 75%
- Numero di anticipi concedibili: al massimo una richiesta ogni 2 anni
- Documentazione richiesta: autocertificazione del dipendente.

Art. 10

NORME FINALI, DECORRENZA E DURATA

Per tutto quanto sopra non espressamente disposto, valgono le norme di legge nonché le norme del contratto collettivo nazionale ed aziendali in quanto applicabili.

Il presente accordo produce effetto dal 1° luglio 2024 - in una logica di effetto "saldatura" con le previsioni del precedente CIA, sinora in ultrattività - e mantiene validità sino al 31 dicembre 2027 venendo tacitamente prorogato di anno in anno qualora non intervenga formale disdetta, anche da una delle Parti, almeno 2 mesi prima della scadenza del termine inizialmente convenuto ovvero della proroga sopravvenuta.

Sono fatte salve le diverse decorrenze e/o scadenze o comunque le specifiche particolarità previste a livello di singolo istituto/materia.

Nota a verbale: In relazione alle previsioni di cui agli artt. 1 e 2, in presenza di successive indicazioni e/o precisazioni tecnico/operative provenienti dalle competenti funzioni di Gruppo, le Parti si incontreranno per procedere ai conseguenti aggiornamenti.

Banca Generali spa

Generfid spa

FABI

FISAC CGII

UILCA

UNISIN