



**BILATERALITÀ
NEL TERZIARIO**

LE NORME CONTRATTUALI

PARITÀ, PARI OPPORTUNITÀ E WELFARE NEL TERZIARIO E NEI SERVIZI



ENTE BILATERALE NAZIONALE TERZIARIO

Via Cristoforo Colombo, 137 - 00147 Roma - Tel. 06/57305405 - Fax 06/57135472

info@ebinter.it - ebinter@ebinter.it - www.ebinter.it

I SOCI



COME NASCE

L'**Ente Bilaterale Nazionale Terziario** è un organismo paritetico costituito nel 1995 dalle Organizzazioni Nazionali Confcommercio e Filcams - Cgil, Fisascat - Cisl e Uiltucs - Uil sulla base di quanto stabilito dal CCNL del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi. L'Ente ha natura giuridica di associazione non riconosciuta e non persegue finalità di lucro.

GLI SCOPI

L'**Ente Bilaterale Nazionale Terziario** ha tra i suoi scopi di incentivare e promuovere studi e ricerche nel settore Terziario, con riguardo alle analisi dei fabbisogni formativi, di promuovere iniziative in materia di formazione continua, formazione e riqualificazione professionale, anche in collaborazione con Istituti nazionali, europei, internazionali e di fornire e attuare procedure per accedere ai programmi comunitari finanziati dai fondi strutturali, con particolare riferimento al Fondo Sociale Europeo. Le azioni individuate dalle parti sociali vengono avviate dall'Ente sia sulla base delle proprie risorse sia ricorrendo all'apporto di professionalità esterne di Enti di formazione, Centri di Ricerca, Centri Studi.

LE ATTIVITÀ

Ricerche, Formazione/Progetti, Osservatorio Nazionale sul settore Terziario, Statistiche, Archivio della contrattazione decentrata. L'Ente è posto al centro di una rete capillare che comprende oltre 100 Enti Bilaterali territoriali costituiti su tutto il territorio nazionale. Nel corso di questi anni l'attività istituzionale di Ebinter è stata caratterizzata dalla partecipazione anche a progetti formativi finanziati dal FSE. L'Ente Bilaterale Nazionale Terziario, avvalendosi della collaborazione di istituti di ricerca, ha realizzato e continua a realizzare, nel rispetto dei propri obiettivi istituzionali, una serie di pubblicazioni su temi di estrema attualità e di forte valenza per il sistema, in grado di valorizzare le esigenze e le specificità del settore terziario. Sono state editate nel corso di questi anni una serie di ricerche che hanno suscitato l'interesse di tutte le componenti sociali del sistema associativo. Altre iniziative sono state realizzate nel formato cd-rom nell'ottica di un sempre maggior sviluppo della formazione a distanza.



Via Tevere, 15 - 00198 Roma

Tel/Fax 06 85357906 - E-mail: cst@cst.it

www.centroserviziterziario.it



LE NORME CONTRATTUALI

PARITÀ, PARI OPPORTUNITÀ E WELFARE NEL TERZIARIO E NEI SERVIZI

**LE NORME CONTRATTUALI
PARITÀ, PARI OPPORTUNITÀ E WELFARE NEL TERZIARIO E NEI SERVIZI**

Supplemento 2 al N. 1/2011 Anno I del semestrale:



Direttore Responsabile

Pierangelo Raineri

Redazione, Direzione, Amministrazione

EBINTER

Via Cristoforo Colombo, 137

00147 Roma

Tel. 06.57305405, Fax 06.57135472

www.ebinter.it

ebinter@ebinter.it

Registrazione del Tribunale di Roma

n. 218/2011 del 06/07/2011

ROC 21627

Stampa

Romana Editrice S.r.l.

Via dell'Enopolio, 37

00030 San Cesareo (Roma)

Finito di stampare nel mese di novembre 2011

INDICE

Prefazione	3
Pari opportunità	7
Molestie sessuali	27
Mobbing	37
Gravidanza e puerperio	43
Maternità e congedi parentali	55
Conciliazione dei tempi	83
L'Assistenza sanitaria integrativa	95
QuAS Cassa Assistenza Sanitaria Quadri	97
FONDO EST Assistenza Sanitaria Integrativa Commercio Turismo Servizi e Settori Affini	117
FAST Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa per i dipendenti da Aziende del Settore Turismo	147
FASIV Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa Vigilanza	169

Prefazione

Sono numerose le ricerche e gli studi sull'andamento dell'occupazione femminile nel nostro Paese. L'ultima, in ordine di pubblicazione, è la recente indagine dell'Isfol presentata in occasione del convegno promosso dal Cnel sul tema dei differenziali retributivi di genere.

In Italia, a parità di qualifica ed impiego, il differenziale retributivo raggiunge la percentuale media del 18% contro la media europea che si attesta al 17,4%. La forbice cresce fino al 20% per le donne a bassa scolarizzazione e supera il 15% per le donne che hanno un titolo di licenza media. La differenza salariale colpisce principalmente le donne giovani e le lavoratrici adulte, mentre è più contenuta nella fascia di età compresa tra i 30 e i 39 anni. In termini di casistiche dell'occupazione si rileva una marcata differenza nelle retribuzioni medie orarie degli operai specializzati, degli impiegati, dei dirigenti e degli imprenditori.

Secondo il Cnel le differenze retributive sono imputabili a fenomeni di discriminazione, fattori culturali e stereotipi di genere ed a una quasi totale assenza di politiche per la conciliazione tra lavoro e famiglia, che spesso obbligano le donne a compiere la scelta di abbandonare il lavoro.

In questo preoccupante scenario del mercato del lavoro femminile, si sono inseriti negli ultimi anni gli interventi della contrattazione collettiva.

Con questa pubblicazione Ebinter, anche in previsione dell'ampliamento degli ambiti di intervento del sistema della bilateralità, vuole fornire uno strumento utile di raccolta delle nuove normative inserite nei rinnovi contrattuali nei settori del terziario, della distribuzione e dei servizi, riferite al welfare applicabile per le donne e con particolare riferimento ai temi delle pari opportunità, delle molestie sessuali, del mobbing, della gravidanza e del puerperio, della maternità, dei congedi parentali e della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

La pubblicazione potrà essere utile anche per favorire, a livello territoriale ed aziendale, lo sviluppo di un confronto decentrato tra le parti sociali finalizzato alla definizione di nuove politiche paritarie di genere volte ad un effettivo miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro femminile.

Pierangelo Raineri

Pari
opportunità

Contratti collettivi nazionali

CCNL per i dipendenti da Aziende FARMACEUTICHE SPECIALI

Art.62 Pari opportunità

1. Nel confermare la validità ed il puntuale adempimento delle disposizioni contenute nella Legge n.903/77, relativa alla parità uomo-donna ed in armonia con le raccomandazioni e risoluzioni Cee in materia, le Parti convengono sull'opportunità di realizzare interventi atti a favorire, parità di opportunità nel lavoro anche attraverso attività di studio e di ricerca, finalizzate alla promozione e attivazione di azioni positive ai vari livelli contrattuali e di confronto (nazionale, territoriale, aziendale) a favore delle lavoratrici.
2. A tal fine viene istituito a livello nazionale il Gruppo di lavoro per le Pari Opportunità composto di n. 6 membri, dei quali 3 designati da Assofarm e 3 designati da Filcams, Fisascat e Uiltucs.

Per ogni componente effettivo può essere nominato un supplente. Il Gruppo di lavoro si riunisce almeno annualmente, di norma entro il primo quadrimestre. Nel corso dell'incontro saranno oggetto di informazione e di esame congiunto;

- lo stato e la dinamica qualitativa e quantitativa dell'occupazione derivante anche dall'utilizzo dei C.F.L., del part-time, dei contratti a termine;
- l'andamento qualitativo e quantitativo della occupazione femminile;
- le possibili azioni positive in linea con la raccomandazione Cee 635/84 e con la legge n. 125/91.

Al Gruppo di lavoro per le Pari Opportunità sono assegnati i seguenti compiti:

- 1) svolgere attività di studio e di ricerca, nell'ambito delle attività dell'osservatorio sul mercato del lavoro ai vari livelli, anche al fine di acquisire elementi conoscitivi per analizzare l'andamento dell'occupazione femminile nei settori utilizzando a tali fini dati disaggregati per sesso, livello di inquadramento professionale e tipologia dei rapporti di lavoro;
- 2) studiare la legislazione vigente e le disposizioni in materia, a livello nazionale comunitario, con particolare riferimento alla modalità di utilizzo dei finanziamenti previsti dal Fondo Sociale Europeo;
- 3) studiare convenzioni tipo in base alla legge n. 56/87 per favorire il reinserimento nel mercato del lavoro di donne che desiderino riprendere l'attività dopo un'interruzione dell'attività lavorativa per una delle cause che saranno individuate dal Gruppo di lavoro stesso;

- 4) predisporre schemi di progetti di Azioni Positive finalizzati anche a favorire l'occupazione femminile e la crescita professionale.

Il Gruppo di lavoro di cui al presente articolo riferirà sull'attività svolta alle Organizzazioni stipulanti.

CCNL per i dipendenti da IMPIANTI SPORTIVI

Art.3 Tutela delle lavoratrici

Le parti dichiarano di considerare prioritaria la necessità di adottare misure volte a migliorare le condizioni di vita e di lavoro del personale femminile, al fine dell'effettiva integrazione delle donne nel mercato del lavoro.

Il Gruppo di Lavoro per le Pari Opportunità, di cui all'art.2, Prima Parte, è deputato ad elaborare un codice di condotta sulla tutela della dignità della persona nel mondo del lavoro, per lo sviluppo di una politica positiva appropriata sulla materia.

Tale codice di condotta potrà essere recepito nell'ambito della regolamentazione aziendale ove potrà costituire titolo per l'individuazione di misure tese a garantire un clima di rispetto reciproco della integrità umana, nell'ambiente di lavoro. Ciò con particolare riferimento al rispetto della dignità della persona che possa essere offesa da qualsiasi tipo di comportamento indesiderato.

Art.4 Pari opportunità

Le parti convengono sulla opportunità di realizzare, in attuazione delle disposizioni legislative in tema di parità uomo donna, interventi che favoriscano parità di opportunità uomo-donna nel lavoro anche attraverso attività di studio e di ricerca finalizzate alla promozione e attivazione di azioni positive a livello contrattuale nazionale e aziendale e di confronto a favore delle lavoratrici. Al Gruppo di Lavoro per le Pari Opportunità sono assegnati i seguenti compiti:

- 1) svolgere attività di studio e di ricerca, anche al fine di acquisire elementi conoscitivi per analizzare l'andamento dell'occupazione femminile nei settori utilizzando a tal fine dati disaggregati per sesso, livello di inquadramento professionale e tipologia dei rapporti di lavoro;
- 2) studiare la legislazione vigente e le esperienze in materia, a livello nazionale e comunitario, con particolare riferimento alle modalità di utilizzo dei finanziamenti previsti dal Fondo Sociale Europeo;
- 3) studiare convenzioni tipo in base alla Legge 56/87 per favorire il rein-

serimento nel mercato del lavoro di donne che desiderino riprendere l'attività dopo un'interruzione dell'attività lavorativa per una delle cause che saranno individuate dal gruppo di lavoro stesso;

- 4) predisporre schemi di progetti di Azioni Positive finalizzati anche a favorire l'occupazione femminile e la crescita professionale.

L'eventuale adesione delle aziende agli schemi di progetto di formazione professionale concordemente definiti e recepiti dalle Organizzazioni stipulanti il contratto nazionale, di cui le parti promuoveranno la conoscenza, costituisce titolo per l'applicazione di benefici previsti dalle disposizioni di Legge vigenti in materia. Il gruppo di cui al presente articolo si riunirà di norma trimestralmente ed annualmente riferirà sull'attività svolta alle Organizzazioni stipulanti.

CCNL per i dipendenti da IMPRESE DI PULIZIA E SERVIZI INTEGRATI/ MULTISERVIZI

Art.68 Commissione Paritetica per le Pari Opportunità

La C.P. per le pari opportunità costituisce lo strumento che ha il compito di formulare e seguire i progetti di azioni positive volti a garantire la rimozione di tutti gli ostacoli che impediscono il raggiungimento delle pari opportunità uomo/donna sul lavoro.

In questo senso la Commissione, utilizzando gli strumenti previsti dalla legge n. 125/1991, si attiva per seguire anche l'iter dei progetti stessi sia nella fase di ammissione ai finanziamenti previsti dalla Legge sopra richiamata sia nell'attuazione degli stessi.

La C.P. per le Pari Opportunità è composta di 12 membri di cui 6 in rappresentanza delle Associazioni dei datori di lavoro e 6 in rappresentanza delle Federazioni Sindacali dei lavoratori, che saranno designati dalle rispettive parti sopra richiamate, entro 30 (trenta) giorni dalla firma del C.C.N.L.

Per ogni rappresentante potrà essere indicato un supplente.

La Sede operativa del Gruppo di Lavoro per le Pari Opportunità, sarà presso la Sede dell'Ente Bilaterale Nazionale di Settore.

Per tutto quanto relativo al funzionamento della Commissione, potrà provvedere la Commissione stessa con proprie deliberazioni.

I componenti della Commissione, inoltre, di norma nel secondo trimestre di ogni anno, riporteranno alle parti stipulanti, in uno specifico incontro, i risultati del lavoro svolto e comunque tre mesi della scadenza contrattuale, presenteranno alle stesse parti un rapporto conclusivo.

Alla Commissione sono assegnati i seguenti compiti:

- 1) studiare l'evoluzione qualitativa e quantitativa dell'occupazione femminile nel settore, utilizzando dati disaggregati per sesso, livello di inquadramento professionale e tipologia dei rapporti di lavoro, ivi compresi quelli elaborati dall'Osservatorio sul mercato del lavoro;
- 2) seguire l'evoluzione della legislazione italiana, europea e internazionale in materia di pari opportunità nel lavoro;
- 3) promuovere interventi idonei per facilitare il reinserimento nel mercato del lavoro di donne o uomini che desiderino riprendere l'attività dopo un'interruzione dell'attività lavorativa, favorendo anche l'utilizzo dello strumento del contratto d'inserimento/reinserimento;
- 4) individuare iniziative di aggiornamento e formazione professionale, anche al fine salvaguardare la professionalità di coloro che riprendono l'attività lavorativa a seguito dei casi 1) astensione, aspettativa e congedo, così come previsti dalla legge 53 dell'8 marzo 2000;
- 5) predisporre progetti di Azioni Positive finalizzati a favorire l'occupazione femminile e la crescita professionale, utilizzando anche le opportunità offerte dalla legge 125 del 10 aprile 1991 e dai Fondi comunitari preposti;
- 6) favorire interventi efficaci per prevenire atti comportamentali di mobbing nel sistema delle relazioni di lavoro;
- 7) analizzare i dati quantitativi e qualitativi che perverranno dagli organismi paritetici relativi alle procedure e le soluzioni individuate in relazione a molestie sessuali;
- 8) raccogliere ed analizzare le iniziative ed i risultati conseguiti in materia di azioni positive favorendo le iniziative legate agli accordi di cui all'art.9 della legge 53 dell'8 marzo 2000 e diffondendo le buone pratiche;
- 9) individuare iniziative volte al superamento di ogni forma di discriminazione nel luogo di lavoro, con particolare riguardo a quella salariale e di accesso alla formazione professionale.

L'eventuale adesione delle aziende agli schemi di progetto di formazione professionale concordemente definiti e recepiti dalle Organizzazioni stipulanti il Contratto Nazionale, di cui le parti promuoveranno la conoscenza, costituisce titolo per l'applicazione di benefici previsti dalle disposizioni di legge vigenti in materia. La Commissione si potrà avvalere, per lo svolgimento dei propri compiti, dei dati forniti dall'Osservatorio Nazionale. La Commissione si riunisce di norma trimestralmente o su richiesta di una delle parti, presieduta a turno da un componente dei due gruppi, delibera all'unanimità per l'attuazione dei compiti sopraindicati. An-

nualmente presenterà un rapporto, completo di materiali raccolti ed elaborati: in questa sede riferirà sulla propria attività alle organizzazioni stipulanti presentando tanto le proposte sulle quali sia stata raggiunta l'unanimità di pareri della Commissione, quanto le valutazioni che costituiscono le posizioni di una delle componenti.

CCNL per i dipendenti da AZIENDE ORTOFRUTTICOLE ED AGRUMARIE

Commissione pari opportunità

Le Parti, al fine di perseguire gli obiettivi di cui alla legge n. 903/77, alle Direttive CEE in materia di parità ed alla Risoluzione CEE 1982 sulle pari opportunità, si impegnano ad approntare congiuntamente iniziative idonee ad abbattere ogni discriminazione fondata sul sesso, in materia di avviamento al lavoro e di professionalità, consentendo effettive pari opportunità di lavoro alle lavoratrici. In tale ambito particolare attenzione sarà portata all'insieme delle problematiche formative per elevare la qualificazione delle lavoratrici e per far loro conseguire le specializzazioni dalle quali oggi sono di fatto escluse, e ciò in particolare per quello che concerne i contratti di formazione lavoro e gli inserimenti professionali. Le Parti convengono sull'opportunità di realizzare in armonia con quanto previsto dalla Raccomandazione CEE n.635/1984 e dalle disposizioni legislative in vigore in tema di parità uomo-donna, attività di studio e di ricerca finalizzate alla promozione di azioni positive e alla individuazione di eventuali ostacoli che non consentano una effettiva parità di opportunità uomo-donna nel lavoro.

In relazione a ciò, è costituita una Commissione alla quale è affidato il compito di:

- a) esaminare l'andamento dell'occupazione femminile nel settore sulla base dei dati qualitativi forniti dalle aziende nell'ambito del sistema informativo previsto dal presente CCNL;
- b) proporre, sulla base di una analisi della situazione e compatibilmente con le esigenze tecnico-produttive, azioni positive (di cui al comma 2 art.1 Legge 125/91) da promuovere ai sensi del comma 3 art.1 della stessa legge e seguire lo sviluppo della legislazione nazionale e comunitaria in materia;
- c) individuare specifici progetti di azioni positive da concordare tra datori di lavoro e OO.SS. ai sensi del comma 4 art.2 legge 125/91;

- d) sollecitare e verificare la redazione delle relazioni biennali previste dal comma 1 art.9 della legge 125/91;
- e) individuare interventi idonei a facilitare il reinserimento delle lavoratrici dopo l'assenza per maternità e a salvaguardarne la professionalità;
- f) studiare iniziative idonee a prevenire forme di molestie diffusione e le caratteristiche del fenomeno. Inoltre, le parti concordano di istituire a livello aziendale e territoriale per le piccole imprese la Commissione Pari Opportunità finalizzata:
 - alla informazione sui programmi di assunzione con criteri riferiti alla disoccupazione femminile esplicitata nelle liste di collocamento;
 - alla individuazione di misure di valorizzazione del lavoro femminile.

CCNL per i Dipendenti delle SOCIETÀ DI CORSE DEI CAVALLI

Allegato "A" Azioni positive per le Pari Opportunità

- 1) Le Parti convengono sulla opportunità di realizzare, anche in riferimento alla raccomandazione CEE del 13 dicembre 1984, n. 635, e alle disposizioni legislative in tema di parità uomo-donna, attività di studio e di ricerca finalizzate alla promozione di azioni positive a favore del personale femminile.
- 2) In relazione a quanto sopra le Parti costituiranno una Commissione paritetica, nell'ambito dell'Osservatorio di cui all'art.52 CCNL che, verificati i presupposti di fattibilità, predisporrà schemi di progetti di azioni positive a favore del personale femminile con l'obiettivo di valorizzarne l'impiego.
- 3) Gli schemi di progetto di formazione professionale, qualora consensualmente definiti a livello nazionale, sono considerati progetti concordati con le Organizzazioni Sindacali e l'eventuale adesione ad uno di essi da parte delle aziende costituisce titolo per l'applicazione dei benefici previsti dalle vigenti disposizioni di legge in materia.
- 4) Le Parti promuoveranno la conoscenza dei progetti di formazione concordati da parte delle proprie strutture associative.
- 5) La Commissione paritetica verificherà l'efficacia dei programmi applicati.

CCNL per i dipendenti da aziende del TERZIARIO DISTRIBUZIONE E SERVIZI

Art.13 - Commissione permanente per le Pari Opportunità

Le parti convengono sulla opportunità di realizzare, in attuazione delle disposizioni legislative europee e nazionali in tema di parità uomo donna, interventi che favoriscano parità di opportunità uomo donna nel lavoro anche attraverso attività di studio e di ricerca finalizzate alla promozione e attivazione di azioni positive ai vari livelli contrattuali e di confronto (nazionale, territoriale, aziendale) a favore delle lavoratrici. Alla Commissione Permanente per le Pari Opportunità di cui all'art.11, sono assegnati i seguenti compiti:

- 1) studiare l'evoluzione qualitativa e quantitativa dell'occupazione femminile nel settore, utilizzando dati disaggregati per sesso, livello di inquadramento professionale e tipologia dei rapporti di lavoro, ivi compresi quelli elaborati dall'Osservatorio sul mercato del lavoro;
- 2) seguire l'evoluzione della legislazione italiana, europea e internazionale in materia di pari opportunità nel lavoro;
- 3) promuovere interventi idonei per facilitare il reinserimento nel mercato del lavoro di donne o uomini che desiderino riprendere l'attività dopo un'interruzione dell'attività lavorativa, favorendo anche l'utilizzo dello strumento del contratto d'inserimento/ reinserimento;
- 4) individuare iniziative di aggiornamento e formazione professionale, anche al fine di salvaguardare la professionalità di coloro che riprendono l'attività lavorativa a seguito dei casi di astensione, aspettativa e congedo, così come previsti dalla legge 53 dell'8 marzo 2000;
- 5) predisporre progetti di Azioni Positive finalizzati a favorire l'occupazione femminile e la crescita professionale, utilizzando anche le opportunità offerte dalla legge 125 del 10 aprile 1991 e dai Fondi comunitari preposti;
- 6) favorire interventi efficaci per prevenire atti comportamentali di mobbing nel sistema delle relazioni di lavoro;
- 7) analizzare i dati quantitativi e qualitativi che perverranno dagli organismi paritetici relativi alle procedure e le soluzioni individuate in relazione a molestie sessuali;
- 8) raccogliere ed analizzare le iniziative ed i risultati conseguiti in materia di azioni positive favorendo le iniziative legate agli accordi di cui all'art.9 della legge 53 dell'8 marzo 2000 e diffondendo le buone pratiche;

- 9) individuare iniziative volte al superamento di ogni forma di discriminazione nel luogo di lavoro, con particolare riguardo a quella salariale e di accesso alla formazione professionale.

L'eventuale adesione delle aziende agli schemi di progetto di formazione professionale concordemente definiti e recepiti dalle Organizzazioni stipulanti il Contratto Nazionale, di cui le parti promuoveranno la conoscenza, costituisce titolo per l'applicazione di benefici previsti dalle disposizioni di legge vigenti in materia. La Commissione si potrà avvalere, per lo svolgimento dei propri compiti, dei dati forniti dall'Osservatorio Nazionale. La Commissione si riunisce di norma trimestralmente o su richiesta di una delle parti, presieduta a turno da un componente dei due gruppi, delibera all'unanimità per l'attuazione dei compiti sopraindicati. Annualmente presenterà un rapporto, completo di materiali raccolti ed elaborati: in questa sede riferirà sulla propria attività alle organizzazioni stipulanti presentando tanto le proposte sulle quali sia stata raggiunta l'unanimità di pareri della Commissione, quanto le valutazioni che costituiscono le posizioni di una delle componenti.

CCNL per i dipendenti da Aziende del settore TURISMO

Dopo l'articolo 7 del CCNL Turismo 19 luglio 2003, come modificato dall'accordo di rinnovo del 27 luglio 2007, è inserito il seguente:

Articolo...

- (1) Le Parti impegnano la Commissione permanente per le pari opportunità istituita presso l'Ente Bilaterale Nazionale del Settore Turismo a portare a termine entro il 30 giugno 2010 l'analisi della evoluzione qualitativa e quantitativa dell'occupazione femminile nel settore.
- (2) Per acquisire i dati necessari allo svolgimento di tale analisi, la Commissione" nel rispetto delle disposizioni di tutela della riservatezza dei dati personali" potrà avvalersi anche delle informazioni statistiche disponibili presso gli organismi bilaterali (Osservatorio EBNT, ForTe, Fondo Est, Fondo Fast, Quas, FonTe) nonché presso gli enti pubblici e le amministrazioni competenti.
- (3) L'Ente Bilaterale Nazionale del settore Turismo dovrà assicurare in ogni bilancio di esercizio uno specifico capitolo di spesa per lo svolgimento di tale analisi, i cui risultati saranno assunti a riferimento dalle parti per l'individuazione delle misure atte a favorire la partecipazione delle posizioni femminili nei ruoli e nei livelli di responsabilità.

CCNL per i dipendenti da istituti di VIGILANZA PRIVATA

Art.30 Pari opportunità

Le parti convengono sulla opportunità di realizzare, in attuazione della Raccomandazione CEE del 13.12.1984 n.635, recepita con Legge 10/4/1991 n.125 e delle disposizioni legislative in tema di parità uomo-donna, interventi che favoriscano parità di opportunità uomo-donna nel lavoro anche attraverso attività di studio e di ricerca finalizzate alla promozione e attivazione di azioni positive ai vari livelli contrattuali e di confronto (nazionale, territoriale, aziendale), a favore delle lavoratrici.

Viene costituito un gruppo paritetico di lavoro per le pari opportunità, con il compito di:

- a) svolgere attività di studio e di ricerca, nell'ambito del ruolo dell'Osservatorio sul mercato del lavoro ai vari livelli, anche al fine di acquisire elementi conoscitivi per analizzare l'andamento dell'occupazione femminile nel settore, utilizzando a tal fine dati disaggregati per sesso, livello di inquadramento professionale e tipologia dei rapporti di lavoro;
- b) verificare la legislazione vigente e le esperienze in materia, anche confrontandole con la situazione degli altri settori a livello nazionale e con le altre situazioni nei Paesi della Comunità Europea;
- c) predisporre schemi di progetti di Azioni Positive.

L'eventuale adesione degli Istituti agli schemi di progetti di formazione professionale concordemente definiti e recepiti dalle Organizzazioni stipulanti il Contratto Nazionale, dei quali le Parti promuoveranno la conoscenza, costituisce titolo per la fruizione dei benefici previsti dalle disposizioni di legge vigenti in materia. Il gruppo di lavoro di cui al 2° comma del presente articolo si riunirà di norma trimestralmente ed annualmente riferirà sull'attività svolta alle organizzazioni stipulanti.

Contratti integrativi aziendali

Ipotesi di TESTO UNICO CONTRATTUALE GRUPPO BOFROST Italia

Art.5 Pari Opportunità

Le parti convengono di realizzare, in attuazione delle direttive U.E. e delle disposizioni legislative in materia di parità uomo/donna, interventi che favoriscano pari opportunità di lavoro.

A tal fine viene costituito il gruppo di lavoro per le "Pari Opportunità" composto da 5 componenti, (3 nominativi dalle OO.SS. Nazionali, 1 da Bofrost* Distribuzione Italia S.p.A. e 1 da Overtel S.r.l.) con durata biennale dalla sua costituzione e con il compito di:

- studiare la legislazione vigente e le esperienze in materia nazionale e comunitaria;
- formulare e seguire i progetti di azioni positive volti a garantire la rimozione di tutti gli eventuali ostacoli che impediscono il raggiungimento delle pari opportunità uomo/donna sul lavoro. In questo senso il "Gruppo", utilizzando gli strumenti previsti dalla legge 125/91 e norme successive correlate, si attiverà per seguire anche l'iter dei progetti stessi, sia nella fase di ammissione ai finanziamenti contemplati dalla legge sopra richiamata sia nell'attuazione degli stessi.

Le parti riconoscono congiuntamente che la figura professionale dell'Operatore di Vendita nell'ambito del Gruppo Bofrost è applicabile, come di fatto già avviene, a personale femminile, concretizzando in tal modo pari opportunità lavorative uomo-donna.

Il "Gruppo" di lavoro, annualmente, riferirà sull'attività svolta alle parti stipulanti il presente Testo Unico Contrattuale Integrativo.

Accordo nazionale Aziendale CANON ITALIA "Testo Unico"

A3) Gruppo di lavoro per le Pari Opportunità

Le parti in attuazione della raccomandazione CEE del 13 Dicembre 1984 n.635 e delle disposizioni previste dalla legge 125/91 convengono di costituire il gruppo di lavoro per le "Pari Opportunità", che sarà composto da 4 rappresentanti di cui 2 designati dalla Canon Italia e 2 dalle OO.SS. che saranno rispettivamente comunicati entro 30 giorni dalla ratifica del presente accordo.

Il gruppo di lavoro avrà il compito di:

- studiare la legislazione vigente e le esperienze in materia a livello nazionale e comunitario.
- formulare e seguire i progetti di azioni positive volti a garantire la rimozione di tutti gli ostacoli che impediscono il raggiungimento delle pari opportunità uomo/donna sul lavoro.
- in questo senso il gruppo, utilizzando gli strumenti previsti dalla legge 125/91 si attiverà perseguire anche l'iter dei progetti stessi sia nella fase di ammissione ai finanziamenti previsti dalla legge sopra richiamata sia nell'attuazione degli stessi.

Il gruppo, annualmente, riferirà sull'attività svolta alle parti stipulanti il presente accordo.

CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE di Gruppo CARREFOUR Italia S.p.A.

Pari Opportunità

Al fine di dare piena applicazione alla legge 125/91, relativa ad azioni positive per la realizzazione della parità uomo-donna nel lavoro, e con riferimento all'art.5 del vigente CCNL, le parti si impegnano a favorire una concreta promozione delle pari opportunità e a dare, a tale scopo, piena applicazione alla Commissione Paritetica istituita ai sensi del Contratto Integrativo dell'8 settembre 1997.

Tale Commissione, come concordato, avrà i seguenti compiti:

- 1) Raccolta di dati ed informazioni al fine di promuovere attività di ricerca atte ad evidenziare eventuali ostacoli alla effettiva parità di opportunità per le lavoratrici e ad individuare le azioni positive per il superamento degli stessi.
- 2) Proposizione di progetti finalizzati allo sviluppo dell'occupazione e della professionalità delle donne, in attuazione di processi formativi e/o di riqualificazione all'uopo istituiti.
- 3) Analizzare la relativa normativa in evoluzione e valutare il ricorso a finanziamenti nazionali e comunitari in materia di azioni positive.

L'Azienda si farà carico di eventuali oneri relativi ad altre iniziative concordate in Commissione, nonché dei permessi retribuiti per partecipare alle attività della stessa.

Ipotesi di Accordo CONTRATTO INTEGRATIVO GRUPPO COIN S.p.A.

Pari Opportunità

Al fine di individuare e proporre alle Parti aree di miglioramento circa le condizioni di impiego del personale femminile in Gruppo COIN, in ordine agli iter di carriera, ai percorsi formativi ed ai piani di inserimento di nuove risorse, viene istituita una Commissione per le pari opportunità.

Detta Commissione sarà formata da n.6 componenti, di cui n.3 designati dall'Azienda e n.3 designati, nell'ambito dei Rappresentanti Sindacali in carica presso le Filiali di Gruppo COIN, dalle Segreterie Nazionali di Filcams-CGIL, Fisascat-CISL e Uiltucs-UIL.

Per lo svolgimento dei compiti assegnati, l'Azienda mette a disposizione di ciascuno dei 3 componenti designati dalle OO.SS., n.30 ore all'anno di permessi retribuiti.

Entro 3 mesi dalla stipula del presente accordo, le Parti si impegnano a definire le modalità operative della suddetta commissione ed a nominare i propri membri in seno alla stessa.

CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE ESSELUNGA S.p.A.

Pari Opportunità

L'Azienda, ribadendo il proprio intendimento ad operare nello spirito della legge 125/91 e del vigente CCNL in materia di pari opportunità, per favorire una migliore informazione al sindacato, si impegna a trasmettere, con cadenza annuale, le informazioni di cui all'art.9 legge 125/91.

Tale rapporto sarà trasmesso alle OO.SS. regionali e nazionali entro il mese di settembre di ogni anno.

A tal fine, anche allo scopo di individuare aree di miglioramento circa le condizioni d'impiego del personale femminile, in ordine agli iter di carriera, ai percorsi formativi e ai piani d'inserimento di nuove risorse, le parti convengono di attivare, sulle materie suddette, confronti periodici a livello nazionale.

CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE FNAC Italia S.p.A.

Pari Opportunità

Al fine di dare piena applicazione alla legge 125/91 relativa ad azioni positive per la realizzazione della parità uomo/donna nel lavoro, e con riferimento al vigente CCNL di categoria, le parti si impegnano a favorire una concreta promozione del rispetto della dignità delle persone e delle pari opportunità e a questo scopo l'Azienda si impegna a:

- Programmare specifici percorsi di aggiornamento dedicati alle lavoratrici/lavoratori al rientro da periodo di maternità/congedo parentale e lunga malattia (superiore a 180 giorni);
- Prevedere momenti di commento e feedback con il collaboratore/la collaboratrice interessati in relazione ai percorsi effettuati;
- Evitare o superare modalità organizzative eventualmente pregiudizievoli nei confronti delle lavoratrici
- Ad attivarsi per giungere alla definizione e sottoscrizione tra le Parti di un Accordo in materia di contrasto alle molestie sessuali, dando la più ampia e capillare diffusione ai termini dello stesso.

CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE HOLDING DEI GIOCHI S.p.A.

21

Gruppo per le Pari Opportunità

Le parti in attuazione del D.Lgs.198/06 convengono di istituire il gruppo di lavoro per le pari opportunità che sarà composto da 4 rappresentanti di cui 1 designati dalla Holding dei Giochi e 3 dalle OO.SS. Nazionali i cui nominativi saranno comunicati entro 30 giorni dalla sottoscrizione del presente Contratto.

Il "Gruppo di Lavoro" potrà in particolare occuparsi di:

- Studiare la legislazione vigente e le esperienze in materia sia a livello Nazionale che Comunitario;
- Formulare specifici progetti di azioni positive utilizzando gli strumenti previsti del D.Lgs.198/06.
- Seguire l'iter dei progetti sia nella fase di ammissione ai finanziamenti previsti dalla legge sopra richiamata sia nell'attuazione degli stessi.

Il "Gruppo di Lavoro", annualmente, in occasione dell'incontro di cui all'art.1, riferirà sull'attività svolta alle parti stipulanti il presente accordo. Per l'espletamento del ruolo e dei compiti assegnati al "Gruppo di Lavoro" vengono utilizzati permessi previsti per il coordinamento nazio-

nale ed al termine del primo anno di lavoro del gruppo si definiranno eventuali ore ad hoc.

Ai fini della titolarità di richiesta delle ore di cui sopra questa è di spettanza delle OO.SS. Nazionali.

CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE IKEA ITALIA RETAIL S.p.A.

IV. Tutela dignità di donne e uomini

Al fine di tutelare la dignità personale delle Lavoratrici e dei Lavoratori, Ikea si adopera per favorire il mantenimento di un ambiente di lavoro ispirato alla tutela della dignità, della libertà e dell'inviolabilità della persona, improntato al rispetto ed alla reciproca correttezza e nel quale trovi pieno riconoscimento il principio di pari opportunità e di eguale trattamento tra le persone.

Ikea fa quindi propri, in particolare, i principi ispiratori delle Direttive 2002/73/CE del 23 settembre 2002, 2000/78/CE del 27 novembre 2000, 2000/43/CE del 29 giugno 2000 e 54/2006 del 5 luglio 2006, attuate nell'ordinamento italiano dai decreti legislativi 30 maggio 2005, n. 145, 9 luglio 2003, n. 216, 9 luglio 2003, n. 215 e n. 5 del 25 gennaio 2010.

Ikea si uniforma inoltre alle indicazioni ed alle linee - guida della Raccomandazione 92/131/CEE sulla tutela della dignità delle donne e degli uomini sul lavoro.

A tal fine, Ikea ribadisce che le molestie (ovvero "situazione nella quale si verifica un comportamento indesiderato connesso al sesso di una persona avente lo scopo o l'effetto di violare la dignità di tale persona e di creare un clima intimidatorio, ostile, degradante, umiliante od offensivo") e le molestie sessuali (ovvero "situazione nella quale si verifica un comportamento indesiderato a connotazione sessuale, espresso in forma verbale, non verbale o fisica, avente lo scopo o l'effetto di violare la dignità di una persona, in particolare attraverso la creazione di un clima intimidatorio, ostile, degradante, umiliante o offensivo") rappresentano comportamenti discriminatori e quindi vietati. Nell'ipotesi in cui si verificassero simili episodi, l'Azienda procederà secondo quanto previsto in materia dal C.C.N.L.

CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE METRO Italia Cash & Carry S.p.A.

RELAZIONI SINDACALI - DIRITTI DI INFORMAZIONE Commissioni Paritetiche

Viene costituita una Commissione Paritetica Pari Opportunità, composta da tre membri di parte sindacale e tre per la parte aziendale, con il compito di proporre iniziative e soluzioni idonee a ridurre la disparità tra i sessi all'interno dell'azienda; prioritaria sarà l'elaborazione di un codice di condotta per la tutela della dignità personale, con riferimento alle molestie a carattere e contenuto sessuale.

Sarà inoltre formata una Commissione Paritetica Formazione, anch'essa composta di tre membri per parte, con il compito di contribuire alla definizione degli indirizzi formativi e dei contenuti della formazione, raccogliendo le proposte provenienti dai magazzini in merito ad esigenze formative del personale operativo (in particolare per quanto riguarda le dodici ore di formazione annuale di cui al cap. V "ODL" riguardanti il personale a tempo indeterminato) e presentando alle parti contraenti eventuali iniziative formative di qualificazione e riqualificazione, per le quali Metro potrà avvalersi dei fondi europei e nazionali per la formazione; essa avrà inoltre la funzione di validare i progetti formativi, e per quelli finanziati in particolare, di formalizzarne l'approvazione e l'inoltro agli Enti di controllo; curerà inoltre l'informazione in merito ai progetti a livello di unità produttiva.

[...]

Restano confermati composizione e compiti della Commissione Paritetica Produttività, già operante a seguito dei CIA 93 e 99 che viene allargata per i primi due anni alle Segreterie Nazionali; i dati e le informazioni oggetto del confronto sui meccanismi di produttività di norma dovranno pervenire alla parte sindacale almeno un mese prima della data dell'incontro, per consentire, su richiesta sindacale, l'approfondimento dei dati forniti dall'Azienda.

Pari Opportunità Uomo/Donna

CIA METRO 6.12.1988

Nel pieno rispetto del divieto di ogni forma di discriminazione uomo/donna e nel confermare la piena parità nell'opportunità di progressione di carriera, l'Azienda continuerà ad operare tenendo conto, nella sua politica di assunzione, di collocamento all'interno della propria organizzazione e di sviluppo professionale, del principio di pari opportunità.

I corsi di formazione di cui al punto VII - "Professionalità" - terranno conto di quanto sopra.

Nel corso degli incontri annuali previsti al punto I - "Diritti di Informazione" - verranno fornite informazioni sulla suddivisione dei dipendenti in uomini e donne, articolati per livello di inquadramento.

Momenti di verifica a livello territoriale verranno attuati tra delegati del C.d.A. e la Direzione di Magazzino.

CIA METRO 12.10.1993

Con riferimento a quanto già citato nel capitolo Formazione e Qualità la Direzione conferma la volontà di erogare una formazione diffusa, non elitaria e non discriminatoria. Nel corso della vigenza contrattuale verranno attuati e completati corsi di formazione riservati al personale femminile per promuovere l'accrescimento della professionalità per un prevedibile sviluppo verso posizioni di Capo Area e Capo Servizio.

La pianificazione e l'organizzazione dei corsi saranno portati a conoscenza delle OO.SS. nazionali: i programmi verranno illustrati a livello territoriale-unità di vendita ai C.D.A./R.S.U. e alle OO.SS.

CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE GRUPPO PAM

24

Art.4 Pari Opportunità

L'Azienda ribadisce il proprio intendimento di operare nello spirito di cui alla legge 125/1991, sia per quanto attiene la carriera, che per ogni altro aspetto afferente la parità di trattamento in azienda tra uomini e donne.

Al fine di dare concreta attuazione a quanto sopra e visto l'accordo raggiunto sul tema dal CIA Supermercati PAM del 2002, nel quale si prevede la costituzione di un'apposita Commissione paritetica, le Parti convengono di rincontrarsi con cadenza annuale al fine di valutare le risultanze dei lavori di detta Commissione e di prevederne l'attuazione anche nell'ambito della Gruppo Pam S.p.a., tenute presenti le specificità aziendali.

CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE SOCIETA' PANORAMA S.p.A.

Art.3 Azioni positive e Pari Opportunità

Con riferimento a quanto previsto dal vigente CCNL relativamente alla promozione di azioni positive per favorire le pari opportunità e ribadendo l'Azienda il proprio intendimento ad operare nello spirito di cui alle

Direttive CEE del 1984 ed alla legge 125/91, le Parti convengono di istituire una Commissione paritetica, a livello nazionale, alla quale affidare i seguenti compiti:

- attività di raccolta e analisi di dati ed informazioni relativamente all'occupazione femminile in azienda, con particolare riferimento alle condizioni di lavoro e professionali;
- approfondire l'esame della legislazione vigente in materia, con particolare riferimento alle modalità di utilizzo dei finanziamenti previsti dal Fondo Sociale Europeo e dal Fondo per l'occupazione, nonché elaborare progetti finalizzati sia allo sviluppo dell'occupazione e della professionalità delle donne sia a quanto previsto dall'art.9 legge 53/2000; tali progetti saranno poi sottoposti all'approvazione delle Parti;
- verificare la fattibilità di convenzioni mirate al reinserimento nel mercato del lavoro di donne che desiderino riprendere l'attività lavorativa dopo un prolungato periodo di interruzione.
- La Commissione Paritetica Nazionale per le Pari Opportunità sarà composta da:
 - tre componenti designati dalle Segreterie Nazionali Filcams/Cgil – Fisascat/Cisl – Uilucs/Uil;
 - tre componenti designati dall'Azienda.

25

Per consentire lo svolgimento dei compiti sopra delineati, l'Azienda metterà a disposizione dei dipendenti di designazione sindacale, componenti la Commissione, un monte di 120 ore annue complessive di permessi retribuiti.

ACCORDO NAZIONALE DI 2° LIVELLO per i lavoratori dipendenti delle Aziende facenti parte del GRUPPO SISAL

Art.4 Gruppo di Lavoro per le Pari Opportunità

Le parti convengono di realizzare, in attuazione delle disposizioni legislative in tema di parità uomo-donna, interventi che favoriscano pari opportunità di lavoro. A tal fine viene costituito il "Gruppo per le Pari Opportunità" composto da 4 (quattro) componenti, di cui 2 (due) designati da Sisal e 2 (due) dalle OO.SS. dei lavoratori. Il "Gruppo" costituisce lo strumento che ha il compito di:

- studiare la legislazione vigente e le esperienze in materia sia a livello nazionale che comunitario.
- formulare e seguire i progetti di azioni positive volti a garantire la rimo-

zione di tutti gli ostacoli che impediscono il raggiungimento delle pari Opportunità uomo/donna sul lavoro. In questo senso il “Gruppo” utilizzando gli strumenti previsti dalla L.125/91, si attiverà per seguire anche l’iter dei progetti stessi, sia nella fase di ammissione ai finanziamenti previsti dalla legge sopra richiamata che nella loro attuazione.

- per lo svolgimento dei lavori del “Gruppo” la Sisal metterà a disposizione presso la propria sede di Milano - Via Tocqueville 13 o Roma - Viale Sacco e Vanzetti 89 un’apposita sala riunioni
- il “Gruppo”, annualmente, riferirà sulla attività svolta alle parti stipulanti l’accordo di 2° livello.
- al “Gruppo” vengono rese disponibili 48 ore retribuite annue per i rappresentanti delle OO.SS. dei lavoratori.
- al riguardo, le parti si danno comunque atto che il monte ore complessivo annuo, così come sopra definito, non potrà superare le 144 ore nell’arco di durata dell’accordo di 2° livello
- ai fini della titolarità della richiesta delle ore di cui sopra, questa è di spettanza delle OO.SS. Nazionali.
- si conviene che la Sisal, in occasione delle riunioni formalmente convocate per le attività sopra richiamate, sosterrà a suo completo carico, previa presentazione di ricevute di spesa e comunque fino ad un massimo di 200,00 (euro-duecento/00) per ogni giornata di attività, le spese di vitto e viaggio sostenute complessivamente dai delegati componenti il “Gruppo di Lavoro per le Pari Opportunità”.

Accordo Nazionale Aziendale VORWERK FOLLETTO S.r.l.

Pari Opportunità

L’Azienda conferma la propria attenzione alle Pari Opportunità, puntando a valorizzare la presenza femminile in Azienda.

Si rimanda ai contenuti del nuovo Contratto nazionale di Categoria per l’individuazione di specifiche iniziative da intraprendere.

Molestie
sessuali

Contratti collettivi nazionali

CCNL per i dipendenti da AZIENDE ORTOFRUTTICOLE ED AGRUMARIE

Art.18 Molestie sessuali e mobbing

Il diritto all'eguaglianza dinanzi alla legge ed alla tutela contro la discriminazione per tutti gli individui costituisce un diritto universale riconosciuto dalla dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, dalla convenzione delle Nazioni unite sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti della donna, dalla convenzione internazionale sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale, nei patti delle Nazioni Unite relativi ai diritti civili e politici e ai diritti economici, sociali e culturali, nonché dalla convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali della Comunità europea. Relazioni interpersonali improntate al rispetto reciproco, in cui ciascuno è tenuto a rispettare la dignità e la personalità dell'altro e in cui ciascuno ha diritto ad essere rispettato nella propria dignità e personalità, sono condizioni imprescindibili per la tutela della dignità della persona di cui l'organizzazione aziendale è tenuta a farsi carico, promuovendo le iniziative opportune a vietare e contrastare le azioni lesive di tali diritti.

Le parti convengono che le molestie sessuali sono una lesione dei diritti individuali e una forma di discriminazione e ricatto nell'attività lavorativa che lede la dignità della persona. Convengono quindi sulla esigenza di salvaguardare nei luoghi di lavoro la dignità della persona e per questo si attiveranno perché siano evitati comportamenti importuni, offensivi ed insistenti deliberatamente riferiti alla condizione sessuale che abbiano la conseguenza di determinare una situazione di rilevante disagio della persona cui essi sono rivolti, anche al fine di subordinare all'accettazione o al rifiuto di tali comportamenti la modifica delle sue condizioni di lavoro. A tal fine le Commissioni di pari opportunità, potranno promuovere ed organizzare iniziative di sensibilizzazione su tale fenomeno, fornendo alle aziende del settore le necessarie indicazioni, anche attraverso l'individuazione di un codice di comportamento.

Le parti convengono che costituisce violazione degli obblighi contrattuali ogni comportamento, verbale o di altro tipo, riconducibile a molestie, molestie sessuali, discriminazioni e mobbing.

A) MOLESTIE, DISCRIMINAZIONI

Le molestie riferite al sesso di una persona e le molestie sessuali sono lesive dell'integrità della persona e contrarie al principio di non discriminazione. Le parti assumono le definizioni indicate dalla Direttiva europea 2002/73:

discriminazione diretta: situazione nella quale una persona è trattata meno favorevolmente in base al sesso di quanto sia, stata o sarebbe trattata un'altra persona in una situazione analoga;

discriminazione indiretta: situazione nella quale una disposizione, un criterio o una prassi apparentemente neutri, possono mettere in una situazione di particolare svantaggio le persone di un determinato sesso, rispetto a persone dell'altro sesso, a meno che detta disposizione, criterio o prassi siano oggettivamente giustificati da una finalità legittima e i mezzi impiegati per il suo conseguimento siano appropriati e necessari;

molestie: situazione nella quale si verifica un comportamento indesiderato connesso al sesso di una persona avente lo scopo o l'effetto di violare la dignità di tale persona e di creare un clima intimidatorio, ostile, degradante, umiliante od offensivo;

molestie sessuali: situazione nella quale si verifica un comportamento indesiderato a connotazione sessuale, espresso in forma fisica, verbale o non verbale, avente lo scopo o l'effetto di violare la dignità di una persona, in particolare creando un clima intimidatorio, ostile, degradante, umiliante o offensivo.

Fermi restando l'inammissibilità di ogni atto o comportamento che si configuri come molesto e discriminatorio, il diritto delle lavoratrici e dei lavoratori ad essere trattati con dignità, ad essere tutelati nella propria libertà personale, a denunciare atti e comportamenti molesti e le eventuali, conseguenti intimidazioni e ritorsioni, la valutabilità di tali comportamenti ai sensi delle disposizioni normative e contrattuali vigenti, l'Aneioa si impegna a promuovere presso le proprie associate iniziative di informazione e formazione atte a diffondere e sviluppare una cultura improntata al pieno rispetto della dignità della persona.

Iniziative di informazione, formazione e prevenzione saranno concordate tra le parti a livello aziendale e regionale.

B) MOBBING (*vedi capitolo relativo*)

CCNL per i Dipendenti delle SOCIETA' DI CORSE DEI CAVALLI

Art.41 Molestie Sessuali

Le parti stipulanti affermano che le molestie sessuali nei luoghi di lavoro sono un'offesa alla dignità della persona ed una forma di discriminazione e di ricatto sul lavoro.

Convengono di demandare all'osservatorio paritetico, di cui al successivo art.56, il compito di studiare le relative problematiche e suggerire le misure più appropriate per la prevenzione e repressione del fenomeno.

Art.56 Osservatorio paritetico

E' istituito un Osservatorio paritetico fra le parti, con lo scopo di individuare e conoscere l'andamento del settore, con particolare riferimento a:

- a) Appalti
- b) Orario di lavoro
- c) Molestie sessuali
- d) Pari opportunità
- e) Previdenza integrativa
- f) Costo del lavoro
- g) Ricorso al lavoro interinale

CCNL per i dipendenti da Aziende del TERZIARIO DISTRIBUZIONE E SERVIZI

Art.36 Molestie sessuali

Le parti si danno atto che con la presente disciplina, sono recepiti i principi a cui si ispira il "Codice di condotta relativo ai provvedimenti da adottare nella lotta contro le molestie sessuali" allegato alla Raccomandazione della Commissione Europea del 27 novembre 1991, come modificato dal Trattato di Amsterdam del 2 ottobre 1997 sulla tutela della dignità delle donne e degli uomini sul lavoro. Il codice si prefigge l'obiettivo della prevenzione delle molestie a sfondo sessuale sul luogo di lavoro e, nel caso in cui esse si verificano, si pone a garanzia di un ricorso immediato e semplice a procedure adeguate ad affrontare il problema ed a prevenirne il ripetersi.

Le parti concordano inoltre sull'esigenza primaria di favorire la ricerca di un clima di lavoro improntato al rispetto ed alla reciproca correttezza.

Le parti ritengono inaccettabile qualsiasi comportamento a sfondo

sessuale e qualsiasi altro comportamento basato sul sesso e lesivo della dignità personale. Al fine di monitorare il fenomeno e fermo restando il diritto alla privacy, gli organismi paritetici aziendali, ove concordati e costituiti, e territoriali, invieranno i dati quantitativi e qualitativi delle procedure informali e/o denunce formali e le soluzioni individuate alla commissione paritetica pari opportunità nazionale.

Definizione

Per molestie sessuali si intendono comportamenti indesiderati a connotazione sessuale, ovvero altri comportamenti ed espressioni basati sul sesso, che offendano la dignità degli uomini e delle donne nel luogo di lavoro. Assumono rilevanza particolarmente grave le molestie sessuali che esplicitamente o implicitamente siano accompagnate da minacce o ricatti da parte del datore di lavoro o dei superiori gerarchici in relazione alla costituzione, allo svolgimento, ai percorsi di carriera ed alla estinzione del rapporto di lavoro.

Prevenzione

Le parti considerano inammissibile ogni atto o comportamento che si configuri come molestia sessuale e riconoscono il diritto delle lavoratrici e dei lavoratori ad essere trattati con dignità e ad essere tutelati nella propria libertà personale.

Le aziende adotteranno, d'intesa con le RSA/RSU, le iniziative utili a prevenire le problematiche di cui sopra. Le parti concordano che le iniziative e gli interventi di cui sopra saranno portate a conoscenza di tutti i lavoratori/lavoratrici, anche, ad esempio, mediante affissione in ogni singola unità produttiva ed in luogo accessibile a tutti. Le parti affidano ad una apposita commissione paritetica che avrà sede presso l'Ente Bilaterale Territoriale il compito di ricevere notizie, segnalazioni o denunce di molestie sessuali. Tale commissione, in caso di necessità, potrà avvalersi di professionalità esterne. Ogni lavoratrice/lavoratore potrà ricevere assistenza e consulenza dalla Commissione. La Commissione avrà anche il compito di diffondere il codice di condotta e di individuare eventuali specifici percorsi formativi rivolti alle imprese e ai lavoratori.

Confcommercio, Filcams, Fisascat e Uiltucs, chiedono al Governo che tali programmi di formazione siano considerati azioni positive anche ai fini dell'ammissione ai finanziamenti di cui all'art.2 della legge 10 aprile 1991 n.125, ed a tale scopo verrà redatto un avviso comune.

Qualificazione della formazione

Le parti concordano che nei programmi generali di formazione del personale, dovranno essere incluse nozioni generali circa gli orientamenti adottati in merito alla prevenzione delle molestie sessuali ed alle procedure da seguire qualora la molestia abbia luogo, nonché in materia di tutela della libertà e dignità della persona al fine di prevenire il verificarsi di comportamenti configurabili come molestie sessuali.

Procedura e provvedimenti

DICHIARAZIONE CONGIUNTA Le parti convengono di affidare alla commissione paritetica nazionale per le pari opportunità di cui all'art.13, il compito di individuare, entro il 31 dicembre 2005, le procedure formali ed informali di accertamento delle molestie sessuali nonché le conseguenti sanzioni.

Contratti integrativi aziendali

CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE di Gruppo CARREFOUR Italia S.p.A.

Tutela della dignità personale - Molestie Sessuali

In riferimento all'esigenza primaria di favorire la ricerca di un clima di lavoro improntato al rispetto ed alla reciproca correttezza, l'Azienda, in armonia con quanto previsto dalla raccomandazione CEE n.92/131 del 27/11/91 sulla tutela della dignità personale, nonché in riferimento al CCNL, si impegna a dare la massima diffusione possibile alla procedura istituita in materia di molestie sessuali con Accordo sottoscritto dalle parti il 25 febbraio 1999, e a diffondere in modo esauriente e capillare i termini della procedura formale ed informale, da attivare, a scelta, nel caso in cui ci si ritenga destinatari di molestie sessuali, ed i nominativi dei Consiglieri di fiducia in esso previsti.

Per tutto quanto qui non specificamente previsto, si rimanda al testo dell'accordo "Procedura Molestie Sessuali" del 25 febbraio 1999, che si intende integralmente recepito nel presente Contratto Integrativo Aziendale.

CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE IKEA ITALIA RETAIL S.p.A.

IV. Tutela dignità di donne e uomini

Al fine di tutelare la dignità personale delle Lavoratrici e dei Lavoratori, Ikea si adopera per favorire il mantenimento di un ambiente di lavoro ispirato alla tutela della dignità, della libertà e dell'inviolabilità della persona, improntato al rispetto ed alla reciproca correttezza e nel quale trovi pieno riconoscimento il principio di pari opportunità e di eguale trattamento tra le persone.

Ikea fa quindi propri, in particolare, i principi ispiratori delle Direttive 2002/73/CE del 23 settembre 2002, 2000/78/CE del 27 novembre 2000, 2000/43/CE del 29 giugno 2000 e 54/2006 del 5 luglio 2006, attuate nell'ordinamento italiano dai decreti legislativi 30 maggio 2005, n. 145, 9 luglio 2003, n. 216, 9 luglio 2003, n. 215 e n. 5 del 25 gennaio 2010.

Ikea si uniforma inoltre alle indicazioni ed alle linee - guida della Raccomandazione 92/131/CEE sulla tutela della dignità delle donne e degli uomini sul lavoro.

A tal fine, Ikea ribadisce che le molestie (ovvero “situazione nella quale si verifica un comportamento indesiderato connesso al sesso di una persona avente lo scopo o l’effetto di violare la dignità di tale persona e di creare un clima intimidatorio, ostile, degradante, umiliante od offensivo”) e le molestie sessuali (ovvero “situazione nella quale si verifica un comportamento indesiderato a connotazione sessuale, espresso in forma verbale, non verbale o fisica, avente lo scopo o l’effetto di violare la dignità di una persona, in particolare attraverso la creazione di un clima intimidatorio, ostile, degradante, umiliante o offensivo”) rappresentano comportamenti discriminatori e quindi vietati. Nell’ipotesi in cui si verificano simili episodi, l’Azienda procederà secondo quanto previsto in materia dal C.C.N.L.

Mobbing

Contratti collettivi nazionali

CCNL per i dipendenti da AZIENDE ORTOFRUTTICOLE ED AGRUMARIE

Art.18 Molestie sessuali e mobbing

Il diritto all'eguaglianza dinanzi alla legge ed alla tutela contro la discriminazione per tutti gli individui costituisce un diritto universale riconosciuto dalla dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, dalla convenzione delle Nazioni Unite sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti della donna, dalla convenzione internazionale sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale, nei patti delle Nazioni Unite relativi ai diritti civili e politici e ai diritti economici, sociali e culturali, nonché dalla convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali della Comunità europea.

Relazioni interpersonali improntate al rispetto reciproco, in cui ciascuno è tenuto a rispettare la dignità e la personalità dell'altro e in cui ciascuno ha diritto ad essere rispettato nella propria dignità e personalità, sono condizioni imprescindibili per la tutela della dignità della persona di cui l'organizzazione aziendale è tenuta a farsi carico, promuovendo le iniziative opportune a vietare e contrastare le azioni lesive di tali diritti. Le parti convengono che le molestie sessuali sono una lesione dei diritti individuali e una forma di discriminazione e ricatto nell'attività lavorativa che lede la dignità della persona.

Convengono quindi sulla esigenza di salvaguardare nei luoghi di lavoro la dignità della persona e per questo si attiveranno perché siano evitati comportamenti importuni, offensivi ed insistenti deliberatamente riferiti alla condizione sessuale che abbiano la conseguenza di determinare una situazione di rilevante disagio della persona cui essi sono rivolti, anche al fine di subordinare all'accettazione o al rifiuto di tali comportamenti, la modifica delle sue condizioni di lavoro.

A tal fine le Commissioni di pari opportunità potranno promuovere ed organizzare iniziative di sensibilizzazione su tale fenomeno, fornendo alle aziende del settore le necessarie indicazioni, anche attraverso l'individuazione di un codice di comportamento.

Le parti convengono che costituisce violazione degli obblighi contrattuali ogni comportamento, verbale o di altro tipo, riconducibile a molestie, molestie sessuali, discriminazioni e mobbing.

A) MOLESTIE, DISCRIMINAZIONI *(vedi capitolo relativo)*

B) MOBBING

Si identificano come mobbing atti, atteggiamenti o comportamenti, diversi e ripetuti nel tempo in modo sistematico e abituale, aventi connotazioni aggressive, denigratorie e vessatorie, aventi come fine la destabilizzazione psicologica di chi li subisce e che comportano degrado delle condizioni di lavoro che possono compromettere la salute, la professionalità, la dignità del lavoratore nell'ambito dell'ufficio di appartenenza o, addirittura, tali da escluderlo dal contesto lavorativo di riferimento.

Tali atti, atteggiamenti, comportamenti, miranti a discriminare, screditare, danneggiare il lavoratore nella propria carriera e status, da chiunque perpetrati, superiori, parigrado, inferiori e datori di lavoro, sono da considerare violenze morali e persecuzioni psicologiche vietate e tali da rendere illegittime le variazioni delle condizioni di lavoro da esse originate. In riferimento anche alla risoluzione del Parlamento Europeo del 20 settembre 2001, le Parti riconoscono la necessità di promuovere adeguate e opportune iniziative al fine di monitorare, contrastare, prevenire situazioni che sempre più spesso hanno gravi conseguenze sulla salute fisica e mentale del lavoratore, nonché per migliorare la qualità e la sicurezza dell'ambiente di lavoro.

A tal fine l'Aneioa si impegna a promuovere verso le sue associate iniziative di informazione e formazione tese a prevenire il verificarsi di fenomeni di tale genere.

Parimenti, a livello aziendale, saranno concordate con RSU ed RLS campagne di informazione per tutti i lavoratori e di formazione specifica per RLS per l'individuazione dei sintomi e delle cause, per la valutazione del rischio e la definizione degli interventi di prevenzione e gestione degli eventuali casi di mobbing.

CCNL per i dipendenti da Aziende del TERZIARIO DISTRIBUZIONE E SERVIZI

Art.35 Mobbing

Le Parti riconoscono la fondamentale importanza di un ambiente di lavoro improntato alla tutela della libertà, dignità ed inviolabilità della persona e a principi di correttezza nei rapporti interpersonali. In attesa di un provvedimento legislativo che ne individui la definizione legale, le Parti intendono per mobbing quegli atti e comportamenti discriminatori e ves-

satori reiterati posti in essere nei confronti delle lavoratrici o dei lavoratori da parte di soggetti posti in posizione sovraordinata ovvero da altri colleghi, e che si caratterizzano come una vera e propria forma di persecuzione psicologica o di violenza morale. Le parti riconoscono pertanto la necessità di avviare adeguate iniziative al fine di contrastare l'insorgere di tali situazioni, che assumono rilevanza sociale, nonché di prevenire il verificarsi di possibili conseguenze pericolose per la salute fisica e mentale del lavoratore o della lavoratrice interessati e, più in generale, migliorare la qualità, il clima e la sicurezza dell'ambiente di lavoro.

A tal fine, affidano alla Commissione Paritetica Permanente per le Pari Opportunità i seguenti compiti:

- raccolta dei dati relativi all'aspetto qualitativo e quantitativo del fenomeno del mobbing;
- individuazione delle possibili cause della problematica, con particolare riferimento alla verifica dell'esistenza di condizioni di lavoro o fattori organizzativi e gestionali che possano determinare l'insorgenza di situazioni persecutorie o di violenza morale;
- formulazione di proposte di azioni positive in ordine alla prevenzione e alla repressione delle situazioni di criticità, anche al fine di realizzare misure di tutela del/della dipendente interessato;
- formulare un codice quadro di condotta.

Dichiarazione a verbale

In caso di emanazione di un provvedimento legislativo in materia di mobbing, le parti si incontreranno per armonizzare le disposizioni di cui al presente articolo con la nuova disciplina legale.

Contratti integrativi aziendali

CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE di Gruppo CARREFOUR Italia S.p.A.

Mobbing

L'Azienda e le OO.SS. firmatarie della presente intesa concordano sulla fondamentale importanza di creare un ambiente di lavoro improntato alla tutela della libertà, dignità ed inviolabilità della persona e a principi di correttezza nei rapporti interpersonali.

S'impegnano, dunque, ciascuna nell'ambito delle proprie competenze, ad operare in modo da realizzare questi principi condivisi.

Le Parti concordano, altresì, che, tenuto conto della Risoluzione del Consiglio dell'Unione Europea del 29 Maggio 1990 e della Raccomandazione della Commissione Europea del 27 Novembre 1991, ne assumono il valore di indirizzo in materia di tutela della dignità degli uomini e delle donne sul lavoro.

Considerato che per "Mobbing" si intende un'azione o una serie di azioni compiute nei confronti di un lavoratore, che si ripete per un periodo di tempo da parte di colleghi o superiori gerarchici per danneggiarlo con lo scopo preciso di porre in atto strategie comportamentali volte alla sua destabilizzazione psicologica, sociale e professionale e che tale comportamento è del tutto estraneo all'etica Carrefour, si concorda che essendo già operativo in Azienda un accordo sulle molestie sessuali che prevede una specifica procedura, entro il 30 giugno 2004 le parti si incontreranno per estendere e/o adattare la procedura prevista per quanto attiene anche a questa fattispecie, offrendo ai lavoratori che si sentano oggetto di comportamenti riferibili al "Mobbing" un preciso punto di riferimento per affrontare tali situazioni.

Gravidanza e
puerperio

Contratti collettivi nazionali

ACCORDO ECONOMICO COLLETTIVO PER GLI AGENTI E RAPPRESENTANTI

Art.9 Gravidanza e puerperio

In caso di gravidanza e puerperio dell'agente o rappresentante, il rapporto resterà sospeso ad ogni effetto, su richiesta dell'agente o rappresentante medesima, per un periodo di dodici mesi, all'interno dei quali deve collocarsi la data del parto, intendendosi che durante tale periodo la casa mandante si asterrà dal procedere alla risoluzione del rapporto. La disposizione di cui al comma precedente trova applicazione anche in caso di adozione o affidamento di minore. In tal caso entro il periodo di dodici mesi deve rientrare la data di effettivo ingresso del minore nella famiglia.

Nei casi di interruzione della gravidanza, regolati dagli articoli 4, 5 e 6 della legge 22 maggio 1978, n.194, il rapporto resterà sospeso ad ogni effetto, su richiesta dell'agente o rappresentante, per un periodo massimo di cinque mesi.

Durante i predetti periodi, alla ditta preponente è riconosciuta la facoltà di provvedere direttamente ad assicurare l'esercizio del mandato di agenzia o rappresentanza ovvero a dare ad altri l'incarico di esercitarlo. Resta inteso che per gli affari prodotti durante tali periodi l'agente o rappresentante non avrà diritto alla provvigione, tranne che per quegli ordini pervenuti durante tali periodi grazie all'attività in precedenza svolta dall'agente o rappresentante di commercio.

CCNL per i dipendenti da Aziende FARMACEUTICHE SPECIALI

Art.39 Gravidanza e puerperio

1. Per il trattamento di gravidanza e puerperio, si fa riferimento alle disposizioni di legge vigenti in materia.
2. Fermo restando quanto tali disposizioni prescrivono per il periodo di assenza dal lavoro, la lavoratrice avrà diritto, per i primi 150 giorni di assenza, ad un'integrazione fino a raggiungere l'intera retribuzione globale giornaliera (inclusi i ratei di 13ma e 14ma mensilità).
3. L'integrazione di cui al punto 2 è estesa ai primi 150 giorni per le astensioni e oltre la data di stipula della presente ipotesi di accordo.

CCNL per i dipendenti da IMPIANTI SPORTIVI

TITOLO XIV Gravidanza e puerperio

Art.110 Astensione dal lavoro

Durante lo stato di gravidanza e puerperio la lavoratrice ha diritto di astenersi dal lavoro, art.16 Dlgs.151/01:

- a) per i due/uno mesi precedenti la data presunta del parto indicata nel certificato medico di gravidanza;
- b) per il periodo intercorrente tra la data presunta del parto e il parto stesso;
- c) per i tre/quattro mesi dopo il parto;
- d) durante gli ulteriori giorni non goduti prima del parto, qualora il parto avvenga in data anticipata rispetto a quella presunta. Tali giorni sono aggiunti al periodo di congedo di maternità dopo il parto;
- e) per un ulteriore periodo di sei mesi dopo il periodo di cui alla lettera d). Il diritto di cui alla lettera c) è riconosciuto anche al padre lavoratore ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 28 Dlgs. 151/01 alle condizioni previste nello stesso articolo.

Il diritto di cui alla lettera e) è riconosciuto, in alternativa alla madre, al padre lavoratore ai sensi dell'art. 32 DLgs.151/01.

La lavoratrice ha diritto alla conservazione del posto per tutto il periodo di gestazione, attestato da regolare certificato medico, e fino al compimento di un anno di età del bambino, salvo eccezioni previste dalla Legge (licenziamento per giusta causa, cessazione dell'attività dell'azienda, ultimazione della prestazione per la quale la lavoratrice era stata assunta, cessazione del rapporto di lavoro per scadenza del termine per il quale era stato stipulato, esito negativo della prova).

Il divieto di licenziamento opera in connessione con lo stato di gravidanza e puerperio e la lavoratrice licenziata nel corso del periodo in cui opera il divieto, ha diritto di ottenere il ripristino del rapporto di lavoro mediante presentazione, entro 90 giorni dal licenziamento, di idonea certificazione dalla quale risulti l'esistenza, all'epoca del licenziamento, delle condizioni che lo vietavano.

Ai sensi dell'art.4 del D.P.R. 25 novembre 1976, n.1026, la mancata prestazione di lavoro durante il periodo di tempo intercorrente tra la data della cessazione effettiva del rapporto di lavoro e la presentazione della certificazione non dà luogo a retribuzione.

Il periodo stesso è tuttavia computato nell'anzianità di servizio esclusi gli effetti relativi alle ferie, alle mensilità supplementari e al trattamento di fine rapporto. In caso di malattia prodotta dallo stato di gravidanza nei mesi pre-

cedenti il periodo di divieto di licenziamento, il datore di lavoro è obbligato a conservare il posto alla lavoratrice alla quale è applicabile il divieto stesso. I periodi di astensione obbligatoria dal lavoro indicati alle lettere a), b), c), d) devono essere computati nell'anzianità di servizio a tutti gli effetti contrattualmente previsti, compresi quelli relativi alla tredicesima mensilità, alle ferie ed al trattamento di fine rapporto. Il periodo di assenza facoltativa di cui alla lettera d), e) è computato nell'anzianità di servizio esclusi gli effetti relativi alle ferie, alle mensilità supplementari ed al trattamento di fine rapporto.

Durante il periodo di assenza obbligatoria e facoltativa la lavoratrice ha diritto ad una indennità pari rispettivamente all'80% ed al 30% della retribuzione, posta a carico dell'INPS dall'art. 74 della Legge 23 dicembre 1978, n.833, secondo le modalità stabilite e anticipata dal datore di lavoro ai sensi dell'art.1 della Legge 29 febbraio 1980, n.33.

L'importo anticipato dal datore di lavoro è posto a conguaglio con i contributi dovuti all'INPS, secondo le modalità di cui agli articoli 1 e 2 della Legge 29 febbraio 1980 n.33.

Nei confronti delle lavoratrici assunte a tempo determinato per i lavori stagionali, l'INPS provvede direttamente al pagamento delle prestazioni di maternità agli aventi diritto, ai sensi del sesto comma dell'art.1 della Legge 29 febbraio 1980 n.33.

Nei confronti delle lavoratrici che abbiano adottato bambini o che li abbiano ottenuti in affidamento preadottivo si applicano gli articoli 26, 27, 31, 36 e 37 del DLgs. 151/01.

Art.112 Normativa

La lavoratrice in stato di gravidanza è tenuta ad esibire al datore di lavoro il certificato rilasciato da un ufficiale sanitario o da un medico del Servizio Sanitario Nazionale ed il datore di lavoro è tenuto a darne ricevuta. Per usufruire dei benefici connessi con il parto ed il puerperio la lavoratrice è tenuta ad inviare al datore di lavoro, entro il 30° giorno successivo al parto, ai sensi dell'art.21 Dlgs.151/01 il certificato di nascita del figlio, ovvero la dichiarazione sostitutiva, ai sensi dell'art.46 D.P.R. 28/12/2000 n.445. Nel caso di dimissioni presentate durante il periodo per cui è previsto il divieto di licenziamento la lavoratrice ha diritto al trattamento di fine rapporto e ad un'indennità pari a quella spettante in caso di preavviso secondo le modalità previste dall'art.143, Terza Parte.

Ai sensi della Legge 31 marzo 1954 n.90, per le festività cadenti in periodi di assenza obbligatoria e facoltativa, la lavoratrice ha diritto a un'indennità integrativa di quella a carico dell'INPS, da corrispondersi

a carico del datore di lavoro in modo da raggiungere complessivamente il 100% (cento per cento) della quota giornaliera della retribuzione di fatto di cui all'art.124, Terza Parte.

Per quanto non previsto dal presente contratto in materia di gravidanza e puerperio valgono le norme di Legge e regolamentari vigenti.

Art.148 Dimissioni per Maternità

Per il trattamento spettante alla lavoratrice che rassegna le dimissioni in occasione della maternità, valgono le norme di cui all'art.122, Terza Parte, del presente contratto.

CCNL per i dipendenti da aziende del TERZIARIO DISTRIBUZIONE E SERVIZI

Art.180 Normativa

La lavoratrice in stato di gravidanza è tenuta ad esibire al datore di lavoro il certificato rilasciato da un ufficiale sanitario o da un medico del Servizio Sanitario Nazionale ed il datore di lavoro è tenuto a darne ricevuta. Per usufruire dei benefici connessi con il parto ed il puerperio la lavoratrice è tenuta ad inviare al datore di lavoro, entro il 15° giorno successivo al parto, il certificato di nascita del bambino rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile oppure il certificato di assistenza al parto, vidimato dal sindaco, previsto dal R.D.L.15 ottobre 1936 n.2128.

Ai sensi del D.Lgs. 26 marzo 2001 n.151 le lavoratrici non possono essere licenziate dall'inizio del periodo di gravidanza, fino al termine del periodo di interdizione dal lavoro nonchè fino al compimento di un anno di età del bambino, salvo eccezioni previste dalla legge (licenziamento per giusta causa, cessazione dell'attività dell'azienda, ultimazione della prestazione per la quale la lavoratrice era stata assunta, cessazione del rapporto di lavoro per scadenza del termine per il quale era stato stipulato, esito negativo della prova).

Il divieto di licenziamento opera anche per il lavoratore padre in caso di fruizione del congedo di cui all'art.28 del citato D.Lgs.151/2001, per tutta la durata del congedo stesso e si estende fino al compimento di un anno di età del bambino. La prescrizione di cui sopra si applica anche ai casi di adozione e affidamento sulla base della disciplina di cui all'art.54, comma 9, del suddetto D.Lgs.151/2001.

Il divieto di licenziamento opera in connessione con lo stato oggettivo di gravidanza e puerperio e la lavoratrice licenziata nel corso del periodo in

cui opera il divieto, ha diritto di ottenere il ripristino del rapporto di lavoro mediante presentazione, entro 90 giorni dal licenziamento, di idonea certificazione dalla quale risulti l'esistenza, all'epoca del licenziamento, delle condizioni che lo vietavano. Ai sensi dell'art.4, D.P.R. 25 novembre 1976 n.1026, la mancata prestazione di lavoro durante il periodo di tempo intercorrente tra la data della cessazione effettiva del rapporto di lavoro e la presentazione della certificazione non dà luogo a retribuzione.

Il periodo stesso è tuttavia computato nell'anzianità di servizio, esclusi gli effetti relativi alle ferie, alle mensilità supplementari e al trattamento di fine rapporto. In caso di malattia prodotta dallo stato di gravidanza nei mesi precedenti il periodo di divieto di licenziamento, il datore di lavoro è obbligato a conservare il posto alla lavoratrice alla quale è applicabile il divieto stesso.

Nel caso di dimissione presentate durante il periodo per cui è previsto il divieto di licenziamento la lavoratrice ha diritto al trattamento di fine rapporto e ad un'indennità pari a quella spettante in caso di preavviso secondo le modalità previste dall'art.227.

Le dimissioni dovranno altresì essere convalidate presso l'ispettorato del lavoro.

La disposizione di cui al comma che precede si applica al padre lavoratore che ha fruito del congedo di paternità.

L'assunzione di personale a tempo determinato e di personale temporaneo, in sostituzione delle lavoratrici e lavoratori in congedo può avvenire anche con anticipo fino a due mesi rispetto al periodo di inizio del congedo.

Ai sensi della Legge 31 marzo 1954 n.90, per le festività cadenti nel periodo di assenza obbligatoria e facoltativa, la lavoratrice ha diritto a un'indennità integrativa di quella a carico dell'INPS, da corrispondersi a carico del datore di lavoro in modo da raggiungere complessivamente il 100% (cento per cento) della quota giornaliera della retribuzione di fatto di cui all'art.187.

Per quanto non previsto dal presente contratto in materia di gravidanza e puerperio valgono le norme di legge e regolamentari vigenti.

CCNL per i dipendenti da Aziende del settore TURISMO

CAPO IV Art.169 Gravidanza e Puerperio

Durante lo stato di gravidanza e puerperio la lavoratrice ha diritto ad astenersi dal lavoro:

- a) per i due mesi precedenti la data presunta del parto indicata nel certificato medico di gravidanza;
- b) per il periodo intercorrente tra la data presunta del parto e il parto stesso;
- c) per i tre mesi dopo il parto;
- d) per un ulteriore periodo di sei mesi dopo il periodo di cui alla lettera c).

La lavoratrice ha diritto alla conservazione del posto per tutto il periodo di gestazione, attestato da regolare certificato medico, e fino al compimento di un anno di età del bambino, salvo le eccezioni previste dalla legge (licenziamento per giusta causa, cessazione dell'attività dell'impresa, ultimazione della prestazione per la quale la lavoratrice era stata assunta o cessazione del rapporto di lavoro per scadenza del termine per il quale era stato stipulato).

Il divieto di licenziamento opera in connessione con lo stato oggettivo di gravidanza e puerperio e la lavoratrice licenziata nel corso del periodo in cui opera il divieto ha diritto di ottenere il ripristino del rapporto di lavoro mediante presentazione, entro novanta giorni dal licenziamento di idonea certificazione dalla quale risulti l'esistenza all'epoca del licenziamento delle condizioni che lo vietavano.

Ai sensi dell'art.4 del decreto del Presidente della Repubblica 25 novembre 1976 n.1026 la mancata prestazione di lavoro durante il periodo di tempo intercorrente tra la data di cessazione effettiva del rapporto di lavoro e la presentazione della certificazione non dà luogo a retribuzione. Il periodo stesso è tuttavia computato nell'anzianità di servizio, esclusi gli effetti relativi alle ferie e alla tredicesima mensilità o gratifica natalizia.

In caso di malattia prodotta dallo stato di gravidanza nei mesi precedenti il periodo di divieto di licenziamento, il datore di lavoro è obbligato a conservare il posto alla lavoratrice alla quale è applicabile il divieto stesso.

I periodi di assenza obbligatoria di cui alle lettere a), b) e c) devono essere computati agli effetti indicati dall'articolo 6 della legge 30 dicembre 1971 n.1204. Il periodo di assenza facoltativa di cui alla lettera d) è computabile solo ai fini di cui all'ultimo comma dell'art.7 della legge 30 dicembre 1971 n.1204.

Durante il periodo di assenza obbligatoria e facoltativa la lavoratrice ha diritto ad una indennità pari rispettivamente all'ottanta per cento ed al trenta per cento della normale retribuzione, posta a carico dell'INPS dall'art.74 della legge 23 dicembre 1978 n.833 secondo le modalità stabilite e anticipata dal datore di lavoro ai sensi dell'art.1 della legge 29 febbraio 1980, n.33. L'importo anticipato dal datore di lavoro è posto

a conguaglio con i contributi dovuti all'INPS, secondo le modalità di cui agli artt.1 e 2 della legge 29 febbraio 1980, n.33. Nei confronti delle lavoratrici assunte a tempo determinato per i lavori stagionali, l'INPS provvede direttamente al pagamento delle prestazioni di maternità agli aventi diritto, ai sensi del sesto comma dell'articolo 1 della legge 29 febbraio 1980, n.33.

Nei confronti delle lavoratrici che abbiano adottato bambini o che li abbiano ottenuti in affidamento preadottivo si applica l'articolo 6 della legge 9 dicembre 1977, n.903. Nessuna indennità è dovuta dal datore di lavoro per tutto il periodo di assenza obbligatoria e facoltativa, fatto salvo quanto previsto all'art.153 del presente contratto.

Art.173

La lavoratrice in stato di gravidanza ha l'obbligo di esibire al datore di lavoro il certificato rilasciato dall'Ufficiale sanitario o da un medico del servizio sanitario nazionale e il datore di lavoro è tenuto a darne ricevuta.

Per usufruire dei benefici connessi al parto ed al puerperio la lavoratrice è tenuta ad inviare al datore di lavoro entro il quindicesimo giorno successivo al parto il certificato di nascita del bambino rilasciato dall'Ufficiale di Stato Civile o il certificato di assistenza al parto, vidimato dal Sindaco, previsto dal regio decreto legge 15 ottobre 1936, n.2128. Nel caso di dimissioni presentate durante il periodo il cui è previsto il divieto di licenziamento, la lavoratrice ha diritto al trattamento di fine rapporto previsto dall'art.187 e ad una indennità pari a quella spettante in caso di preavviso, secondo le modalità previste dall'art.177.

La ripresa del lavoro da parte della lavoratrice determina di diritto lo scioglimento senza preavviso del rapporto di lavoro della persona assunta in sua sostituzione, purché a questa sia stata data notizia, all'atto dell'assunzione, del carattere provvisorio del rapporto stesso.

Per quanto non previsto dal presente Contratto in materia di gravidanza e puerperio valgono le norme di legge ed i regolamenti vigenti.

CCNL per i dipendenti da istituti di VIGILANZA PRIVATA

Art.118

Durante lo stato di gravidanza e puerperio la lavoratrice ha diritto di astenersi dal lavoro:

- a) durante i due mesi precedenti la data presunta del parto indicata nel certificato medico di gravidanza;

- b) per il periodo intercorrente tra la data presunta del parto ed il parto stesso;
- c) durante i tre mesi dopo il parto;
- d) un ulteriore periodo di sei mesi dopo il periodo di cui alla lettera c).
La lavoratrice ha diritto alla conservazione del posto per tutto il periodo di gestazione, attestato da regolare certificato medico, e fino al compimento di un anno di età del bambino, salvo le eccezioni previste dalla legge (licenziamento per giusta causa, cessazione dell'attività dell'istituto, ultimazione della prestazione per la quale la lavoratrice era stata assunta o risoluzione del rapporto di lavoro per scadenza del termine per il quale era stato stipulato).

Nel caso di malattia prodotta dallo stato di gravidanza nei mesi precedenti il periodo di divieto di licenziamento, il datore di lavoro è obbligato a conservare il posto alla lavoratrice alla quale è applicabile il divieto stesso.

I periodi di assenza obbligatoria, indicati nelle lettere a), b), c) e il periodo di assenza facoltativa di cui alla lettera d) devono essere computati nell'anzianità di servizio.

Le lavoratrici saranno altresì adibite ad altri servizi durante il periodo di gravidanza, qualora l'Ispettorato del Lavoro accerti che le condizioni di lavoro o ambientali siano pregiudizievoli alla salute della donna.

La lavoratrice assente durante il periodo di astensione obbligatoria ha diritto alla normale retribuzione netta mensile di cui all'art.92 comprensiva dell'indennità a carico dell'INPS, secondo le modalità stabilite dall'art.74 della legge 23/12/1978 n.833.

Durante il periodo di astensione facoltativa la lavoratrice ha diritto ad una indennità pari al 30% (trenta per cento) della retribuzione, posta a carico dell'INPS dall'art.74 della Legge 23 dicembre 1978 n.833, secondo le modalità stabilite, e anticipata dal datore di lavoro ai sensi dell'art.1 della Legge 29 febbraio 1980, n.33. L'importo anticipato dal datore di lavoro è posto a conguaglio con i contributi dovuti all'INPS, secondo le modalità di cui agli artt. 1 e 2 della Legge 29 febbraio 1980, n.33 norme di legge e i relativi regolamenti vigenti.

Art.120

Il datore di lavoro deve consentire alle lavoratrici madri, durante il primo anno di vita del bambino, due periodi di riposo, anche cumulabili, durante la giornata. Il riposo è uno solo quando l'orario giornaliero è inferiore alle sei ore.

I periodi di riposo di cui al precedente comma hanno la durata di un'o-

ra ciascuno e sono considerati ore lavorative agli effetti della durata e della retribuzione del lavoro; essi comportano il diritto della donna ad uscire dall'istituto.

I riposi di cui ai precedenti commi sono indipendenti da quelli previsti dagli articoli 18 e 19 della Legge 26 aprile 1934 n.653, sulla tutela del lavoro delle donne.

Art.121

La lavoratrice in stato di gravidanza ha l'obbligo di esibire al datore di lavoro il certificato rilasciato da un Ufficiale Sanitario, da un medico condotto, da un medico del Servizio Sanitario Nazionale o di altro Ente sostitutivo, e il datore di lavoro é tenuto a darne ricevuta.

Per usufruire dei benefici connessi col parto ed il puerperio la lavoratrice é tenuta ad inviare al datore di lavoro, entro il 15° giorno successivo al parto il certificato di nascita del bambino rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile o il certificato di assistenza al parto, vidimato dal Sindaco, previsto dal R.D.L. 15 ottobre 1936 n.2128.

Nel caso di dimissioni volontarie presentate durante il periodo per cui é previsto il divieto di licenziamento, la lavoratrice ha diritto alle indennità di preavviso e al trattamento di fine rapporto.

Per quanto non previsto dal presente Contratto in materia di gravidanza puerperio, valgono le norme di legge ed i regolamenti vigenti.

Maternità e Congedi Parentali

Contratti collettivi nazionali

CCNL per i dipendenti da IMPIANTI SPORTIVI

Art.111 Permessi per assistenza

Il datore di lavoro deve consentire alle lavoratrici madri, durante il primo anno di vita del bambino, due periodi di riposo, anche cumulabili, durante la giornata. Il riposo è uno solo quando l'orario giornaliero di lavoro è inferiore a 6 ore.

Il diritto di cui al comma precedente è riconosciuto in alternativa alla madre, al padre lavoratore, art.40 DLgs.151/01.

I periodi di riposo di cui al precedente comma hanno la durata di un'ora ciascuno e sono considerati ore lavorative agli effetti della durata del lavoro, essi comportano il diritto della lavoratrice ad uscire dall'azienda. Per detti riposi è dovuta dall'INPS un'indennità pari all'intero ammontare della retribuzione relativa ai riposi medesimi.

L'indennità è anticipata dal datore ed è portata a congruaggio con gli importi contributivi dovuti all'ente assicuratore, ai sensi dell'art.43 DLgs.151/01.

La lavoratrice ha diritto, altresì, ad assentarsi dal lavoro durante le malattie del bambino di età inferiore a tre anni, dietro presentazione di certificato medico e cinque giorni tra i tre e gli otto anni, art.47 DLgs.151/01. Il diritto di cui al comma precedente è riconosciuto in alternativa alla madre, al padre lavoratore, ferme restando le condizioni e le modalità di godimento di cui all'art.47 DLgs.151/01.

I periodi di assenza di cui al penultimo e terzultimo comma sono computati nell'anzianità di servizio, esclusi gli effetti relativi alle ferie ed alle mensilità supplementari, ai sensi dell'art.48 DLgs.151/01 e al trattamento di fine rapporto.

CCNL imprese pulizia DISINFESTAZIONE E SERVIZI INTEGRATI/MULTISERVIZI

Art.35 - Assenze permessi e congedo matrimoniale

Aggiungere alla fine del paragrafo "PERMESSI" i seguenti commi:

"PERMESSI LEGGE 5 febbraio 1992,n. 104:

A condizione che la persona handicappata non sia ricoverata a tempo pieno, il lavoratore che assiste persona con handicap in situazione di

gravità, coniuge, parente o affine entro il secondo grado, ovvero entro il terzo grado qualora i genitore o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti, ha diritto a fruire di tre giorni di permesso mensile retribuito coperto da contribuzione figurativa, anche in materia continuativa.

Il predetto diritto non può essere riconosciuto a più di un lavoratore dipendente per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità.

Per l'assistenza allo stesso figlio con handicap in situazione di gravità, il diritto è riconosciuto ad entrambi i genitori, anche adottivi e affidatari, che possono fruirne alternativamente.

Al fine di contemperare il diritto ai permessi mensili di cui ai precedenti commi con le normali esigenze organizzative e tecnico-produttive dell'impresa, il lavoratore titolare dei permessi mensili comunica per iscritto al datore di lavoro il calendario di prevista fruizione degli stessi su base trimestrale qualora possibile, o in ogni caso almeno mensile, al fine di assicurare il contemperamento del diritto del lavoratore con le esigenze organizzative dell'impresa.

Il lavoratore ha facoltà di modificare, per comprovate ragioni, la data comunicata dandone preavviso scritto al datore di lavoro non inferiore a due giorni lavorativi, fatti salvi comunque i casi di improvvisa grave urgenza.

Il datore di lavoro, ove sussistano motivate esigenze tecniche, organizzative o produttive che comunica al lavoratore, può differire la fruizione dei permessi rispettando il limite temporale del mese di riferimento, fatte comunque salve le situazioni in cui comprovate ragioni del lavoratore abbiano carattere di assoluta indifferibilità ed urgenza.

Il lavoratore beneficiario dei permessi di cui i commi precedenti ha diritto a scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al domicilio della persona da assistere e non può essere trasferito senza il suo consenso ad altra sede.

Nei casi di eccessiva concentrazione di lavoratori aventi diritto nello stesso appalto, tale da ostacolarne la corretta gestione ed il normale funzionamento, a livello aziendale impresa e rappresentanze sindacali si incontreranno al fine di valutare ogni possibile soluzione alternativa.

Ferma restando la verifica dei presupposti per l'accertamento della responsabilità disciplinare di cui agli articoli 46 e seguenti del presente C.C.N.L., il lavoratore beneficiario dei permessi di cui ai precedenti

commi decade dai diritti di cui al presente articolo, qualora il datore di lavoro o l'INPS accerti l'insussistenza o il venir meno delle condizioni richieste per la legittima fruizione dei medesimi diritti”.

Art.52 - Congedo di maternità e congedo parentale

Per quanto riguarda il trattamento per il congedo di maternità e per il congedo parentale si fa riferimento alle vigenti disposizioni di legge in materia (Decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151 e successive modifiche ed integrazioni – Testo Unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità).

Per le lavoratrici con mansioni impiegatizie si applica, qualora più favorevole rispetto a quanto previsto dalla legge, il seguente trattamento:

- corresponsione della retribuzione intera per i primi quattro mesi di assenza e di quanto previsto dalla normativa di legge di cui al precedente comma nel mese successivo, fatta deduzione di quanto le lavoratrici percepiscono a titolo di indennità a carico dell'ente di previdenza, per disposizione di legge.

Durante il periodo di congedo di maternità l'evento malattia prevale sul congedo esclusivamente nel caso di grave infermità della madre ai sensi dell'articolo 22 del decreto legislativo 26 marzo 2001 n. 151 della circolare Inps n. 68/1992.

CCNL per i dipendenti da AZIENDE ORTOFRUTTICOLE ED AGRUMARIE

Maternità

Le parti concordano di elevare l'integrazione dell'indennità di maternità a carico azienda per astensione obbligatoria (è esclusa la maternità anticipata) al 100% della normale retribuzione di fatto.

1.1.2003 – 31.12.2006

Art.25 Trattamento di maternità e paternità

Ferme restando le disposizioni in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità contenute nel testo unico di cui al .Lgs. 26 marzo 2001, n.151, nel verificarsi dello stato di gravidanza le lavoratrici gestanti hanno diritto a permessi retribuiti per l'effettuazione di esami, accertamenti clinici o visite specialistiche prenatali, sempre che non possano essere effettuati in orari diversi da quelli lavorativi, con obbligo di presentazione della relativa documentazione giustificativa

attestante la data e l'ora di effettuazione di dette prestazioni. Per il periodo di assenza obbligatoria e facoltativa dal lavoro per maternità, la lavoratrice e l'azienda si comporteranno come segue:

- a) prima dell'inizio dell'assenza obbligatoria, la lavoratrice è tenuta a presentare il certificato di gravidanza all'azienda e all'INPS indicante la data presunta del parto, che fa stato anche in caso di errata previsione;
- b) entro trenta giorni la lavoratrice dovrà presentare il certificato di nascita del figlio o la dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art.46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445;
- c) in relazione al divieto di adibire al lavoro le donne in stato di maternità, l'azienda anticiperà alla lavoratrice l'indennità riconosciuta dall'INPS pari all'80% della retribuzione per il periodo obbligatorio ed al 30% per quello facoltativo. Il divieto dei primi due mesi si estende ai giorni intercorrenti tra la data presunta e la data effettiva del parto. In caso di parto anticipato rispetto alla data presunta, i giorni di assenza non goduti si aggiungono ai tre mesi successivi al parto;
- d) in caso di interruzione della gravidanza spontanea o volontaria, ai sensi della legge 22 maggio 1978, n.194, per il periodo di assenza verrà assicurato alla lavoratrice il trattamento di malattia previsto dall'art.22 del vigente CCNL.

Ferma restando la durata complessiva del congedo di maternità di cui alle lettere precedenti, la lavoratrice ha facoltà di astenersi dal lavoro a partire dal mese precedente la data presunta del parto e nei quattro mesi successivi al parto, sempre che il medico specialista del Servizio sanitario nazionale ed il medico competente nominato ai sensi del D.Lgs. n.626/1994 attestino che l'esercizio di tale facoltà non sia di pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro. La lavoratrice può richiedere di fruire del periodo di tre mesi di assenza previsto dopo il parto nel caso abbia adottato o ottenuto in affidamento un bambino di età non superiore a sei anni ed in tal caso avrà diritto al trattamento previsto al punto c) precedente.

Il medesimo trattamento spetta al lavoratore sempre che non sia stato fruito dalla lavoratrice. Il padre lavoratore, previa presentazione di idonea certificazione, ha diritto di astenersi dal lavoro e al relativo trattamento economico per la durata del periodo di assenza per maternità spettante alla madre, o dell'eventuale residuo, in caso di morte, di grave infermità, o di abbandono del bambino da parte della stessa, nonché in caso di affidamento del bambino esclusivamente al padre.

Ciascun genitore ha diritto di assentarsi dal lavoro, nei primi otto anni di età del bambino ed i relativi congedi parentali non possono complessivamente superare i dieci mesi, elevabili a undici nel caso il padre lavoratore eserciti il diritto di astenersi dal lavoro per un periodo continuativo o frazionato non inferiore a tre mesi.

Qualora vi sia un solo genitore il periodo continuativo o frazionato non può superare i dieci mesi.

Ai fini dell'esercizio del diritto di astenersi dal lavoro il genitore è tenuto a dare un preavviso all'azienda non inferiore a quindici giorni.

Durante il primo anno di età del bambino, la lavoratrice ha diritto a due ore di riposo giornaliero cumulabili nella stessa giornata, ridotto a un'ora nel caso di orario di lavoro inferiore a sei ore, usufruibili anche fuori dell'azienda. Nel caso di asilo nido istituito in azienda, i predetti riposi sono ridotti a mezz'ora.

Il padre lavoratore ha diritto ai medesimi riposi qualora i figli siano ad esso esclusivamente affidati, o la madre lavoratrice non se ne avvalga ovvero quando la madre sia lavoratrice autonoma, sia deceduta o affetta da grave infermità. In caso di parto plurimo le ore di riposo sono raddoppiate o, in alternativa, possono essere congiuntamente fruite dalla madre e dal padre, restando in tal caso nei limiti già precisati. Per la durata della malattia di un figlio di età inferiore a tre anni entrambi i genitori hanno diritto di assentarsi, alternativamente, dal lavoro.

Nel caso di figli di età compresa tra i tre e gli otto anni ciascun genitore, alternativamente, può assentarsi dal lavoro nel limite di cinque giorni all'anno. Il permesso sarà concesso su presentazione di un certificato di malattia rilasciato da un medico specialista del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato. Il ricovero ospedaliero del bambino che intervenga in corso di godimento delle ferie interrompe, a richiesta del genitore, il godimento delle stesse per la durata della malattia nel caso di figlio di età inferiore a tre anni, ovvero nel limite massimo di cinque giorni per i figli di età compresa tra i tre e gli otto anni.

Le predette assenze non sono retribuite, comportano proporzionale riduzione delle ferie e delle retribuzioni corrisposte con cadenza annuale, ma sono computate nell'anzianità di servizio.

Anche in caso di adozione o affidamento, spetta a entrambi i genitori il diritto di assentarsi, alternativamente, per la durata della malattia del bambino inferiore a sei anni e fino al compimento dell'ottavo anno, il diritto ai cinque giorni di permesso.

Qualora il minore all'atto dell'adozione abbia un'età compresa tra i sei e i dodici anni i genitori hanno diritto in caso di malattia di assentarsi,

alternativamente, nel limite di cinque giorni all'anno. Ai fini della fruizione del permesso, il lavoratore o la lavoratrice deve presentare una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che l'altro genitore non sia in congedo per gli stessi motivi.

Le predette assenze non sono retribuite, comportano proporzionale riduzione delle ferie e delle retribuzioni corrisposte con cadenza annuale, ma sono computate nell'anzianità di servizio.

Dall'accertamento dello stato di gravidanza e fino al compimento del primo anno di età del bambino, è vietato adibire la lavoratrice ad attività lavorative che si svolgano dalle ore 22 alle ore 6.

Non sono inoltre obbligati a prestare lavoro notturno la lavoratrice o, in alternativa, il lavoratore padre convivente di bambino di età inferiore a un anno, ovvero l'unico genitore affidatario di figlio convivente di età inferiore a dodici anni, nonché il lavoratore che abbia a proprio carico un soggetto con handicap in situazione di gravità ai sensi della legge n.104/1992.

In caso di dimissioni volontarie presentate durante il periodo di divieto di licenziamento o nel corso del primo anno di accoglienza del minore adottato o affidato, la lavoratrice o il lavoratore ha diritto al trattamento previsto per il caso di licenziamento da parte dell'azienda.

La comunicazione delle dimissioni deve essere convalidata dalla direzione provinciale del lavoro (Servizio Ispettivo) competente per territorio.

Per le festività cadenti nel periodo di assenza obbligatoria per gravidanza e puerperio, la lavoratrice ha diritto ad una indennità integrativa di quella a carico INPS, da corrispondersi a carico del datore di lavoro in modo da raggiungere complessivamente il 100% della retribuzione giornaliera percepita. Per quanto non espressamente sopra previsto si fa riferimento alle normative di legge disciplinanti la materia.

Dichiarazione a verbale

Nei confronti delle lavoratrici assunte con contratto a tempo determinato le norme relative al trattamento di maternità e paternità sono applicabili nei limiti di scadenza del contratto stesso.

Art.62 Congedi e permessi per Handicap

La lavoratrice madre o, in alternativa, il lavoratore padre, anche adottivi, di portatori handicap in situazione di gravità accertata, possono usufruire delle agevolazioni previste dall'art. 33 della legge 5.2.92 n.104 e dell'art. 2 della legge 27.10.93 n.423.

CCNL Sostentamento Clero

Art.19 - Permessi per eventi familiari

Al lavoratore colpito da grave lutto familiare entro il 2° grado di parentela è concesso un periodo di permesso retribuito di tre giorni lavorativi, a partire da quello del decesso.

Al lavoratore è concesso un periodo di congedo retribuito di tre giorni in caso di documentata grave infermità del coniuge e dei familiari (ricovero o intervento chirurgico) entro il 2° grado di parentela.

Lo stesso periodo di permesso retribuito è riconosciuto al lavoratore padre in occasione della nascita di un figlio.

Titolo X - Tutela e sostegno della maternità e della paternità

Art.25 – Controlli prenatali

Le lavoratrici gestanti hanno diritto a permessi retribuiti per l'effettuazione di esami prenatali, accertamenti clinici ovvero visite mediche specialistiche, nel caso in cui questi debbano essere eseguiti durante l'orario di lavoro.

Per la fruizione dei predetti permessi le lavoratrici presentano al datore di lavoro apposita richiesta e, al rientro in servizio, la relativa documentazione giustificativa attestante la data e l'orario di effettuazione degli esami.

Art.26 - Astensione obbligatoria e facoltativa dal lavoro

Durante lo stato di gravidanza la lavoratrice ha diritto ad assentarsi dal lavoro:

- a) Per i due mesi precedenti la data presunta del parto indicata nel certificato medico di gravidanza;
- b) Per il periodo intercorrente tra la data presunta del parto ed il parto stesso;
- c) Per i tre mesi successivi al parto;
- d) Per un ulteriore periodo di sei mesi dopo il periodo di cui alla lettera c).

Ferma restando la durata complessiva dei periodi di astensione obbligatoria dal lavoro indicati alle lettere a), b) e c), le lavoratrici hanno la facoltà di astenersi dal lavoro a partire dal mese precedente alla data presunta del parto e nei quattro mesi successivi al parto, a condizione che il medico specialista del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato e il medico competente ai fini della prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro attestino che tale opzione non arre-

chi pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro.

La lavoratrice ha diritto alla conservazione del posto di lavoro per tutto il periodo di gravidanza, attestato da regolare certificato medico, e fino al compimento del 1° anno di età del bambino, salvo le eccezioni previste dalla legge.

Il divieto di licenziamento opera in connessione con lo stato oggettivo di gravidanza e puerperio e la lavoratrice licenziata nel corso del periodo in cui opera il divieto, ha diritto ad ottenere il ripristino del rapporto di lavoro mediante presentazione entro 90 giorni dal licenziamento, di idonea certificazione dalla quale risulti l'esistenza, all'epoca del licenziamento, delle condizioni che lo vietavano.

In caso di malattia prodotta dallo stato di gravidanza nei mesi precedenti il periodo di divieto di licenziamento, l'Istituto è obbligato a conservare il posto di lavoro alla lavoratrice alla quale è applicabile il divieto stesso.

I periodi di astensione obbligatoria dal lavoro indicati alle lettere a), b), c), devono esser computati nell'anzianità di servizio a tutti gli effetti contrattualmente previsti, compresi quelli relativi all'integrazione della tredicesima e quattordicesima mensilità, alle ferie, al trattamento di fine rapporto e alla maturazione dei permessi di cui agli articoli 12 e 20.

Il periodo di assenza facoltativa di cui alla lettera d) è computato nell'anzianità di servizio esclusi gli effetti relativi alle ferie, alle mensilità supplementari, al trattamento di fine rapporto e alla maturazione dei permessi di cui agli articoli 12 e 20.

Durante il periodo di assenza obbligatoria e facoltativa la lavoratrice ha diritto ad una indennità pari, rispettivamente, all'80% ed al 30% della retribuzione, posta a carico dell'inps dall'art. 74 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, secondo le modalità stabilite, e anticipata dal datore di lavoro ai sensi dell'art 1 della Legge 29 febbraio 1980, n. 33.

Per detti riposi è dovuta dall'INPS una indennità pari all'ammontare della retribuzione relativa ai riposi medesimi e anticipata dal datore di lavoro, ai sensi dell'articoli 8 della legge 9 dicembre 1977, n. 903.

I riposi di cui ai precedenti commi sono indipendenti da quelli previsti dagli articoli 18 e 19 della Legge 26 aprile 1934, n.635, sulla tutela del lavoro delle donne.

I riposi di cui sopra sono riconosciuti al padre lavoratore:

- a) Nel caso in cui i figli sono affidati al solo padre;
- b) In alternativa alla madre lavoratrice dipendente che non se ne avvalga;

- c) Nel caso in cui la madre non sia lavoratrice dipendente;
- d) In caso di morte o di grave infermità della madre.

Art.29 - Trattamento economico

La lavoratrice in stato di gravidanza è tenuta ad esibire all'Istituto il certificato medico, rilasciato da un ufficiale sanitario o da un medico del Servizio Sanitario Nazionale del quale l'istituto rilascerà apposita ricevuta.

Per usufruire dei benefici connessi con il parto ed il puerperio la lavoratrice è tenuta ad inviare all'Istituto, entro 15° giorno successivo al parto, il certificato di nascita del bambino rilasciato dall'Ufficio di stato civile oppure il certificato di assistenza al parto, vidimato dal sindaco, previsto dal R.D.L. 15 Ottobre 1936, n.2128.

Nel periodo di assistenza obbligatoria di gravidanza e puerperio, è riconosciuta alla lavoratrice una integrazione a carico dell'istituto nella misura atta a garantire il raggiungimento del 100% della retribuzione mensile e delle mensilità supplementari.

Per quanto non previsto dal presente contratto in materia di gravidanza e puerperio valgono le norme vigenti.

Art.29bis - Altri istituti a tutela e sostegno della maternità e paternità

Oltre alle disposizioni contenute nel presente titolo, si applica – in tema di congedi parentali, di permessi per i figli con handicap grave e di congedi per la malattia dei figli - quanto disposto dalla legge 8 marzo 2000 n. 53.

Titolo XVII - Trattamento di famiglia

Art.41 - Trattamento di famiglia

L'istituto garantisce al dipendente un trattamento di famiglia nella stessa misura ed alle stesse condizioni previste dalla legge e dall' INPS.

Il dipendente è tenuto a presentare all'istituto tutta la documentazione occorrente per l'accertamento del diritto.

Il trattamento in oggetto non è considerato retribuzione ad alcun effetto.

CCNL per i dipendenti da aziende del TERZIARIO DISTRIBUZIONE E SERVIZI

Art.157 Congedi e permessi per handicap

La lavoratrice madre o, in alternativa, il lavoratore padre, anche adottivi, di persona con handicap in situazione di gravità accertata, possono usufruire delle agevolazioni previste dall'art.33 della Legge 5 febbraio 1992 n.104, e dall'art.2 della Legge 27 ottobre 1993 n.423, e cioè:

- a) il periodo di astensione facoltativa post-partum fruibile fino ai tre anni di età del bambino;
- b) in alternativa alla lettera a), due ore di permesso giornaliero retribuito fino ai tre anni di età del bambino, indennizzate a carico dell'INPS;
- c) dopo il terzo anno di età del bambino, tre giorni di permesso ogni mese, indennizzati a carico dell'INPS anche per colui che assiste una persona con handicap in situazione di gravità, parente o affine entro il terzo grado, convivente.

Le agevolazioni di cui ai punti a), b) e c), sono fruibili a condizione che il bambino o la persona con handicap non sia ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati.

Ai permessi di cui ai punti b) e c), che si cumulano con quelli previsti dall'art.7 della Legge 1204/71, si applicano le disposizioni di cui all'ultimo comma del medesimo art. 7, Legge 1204/71.

Il genitore, parente o affine entro il terzo grado, convivente di handicappato, può scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina e non può essere trasferito senza il proprio consenso.

Le disposizioni di cui ai commi precedenti si applicano anche agli affidatari di persone handicappate in situazioni di gravità.

La persona maggiorenne con handicap in situazione di gravità accertata, può usufruire dei permessi di cui alle lettere b) e c) e delle agevolazioni di cui al comma precedente.

Per tutte le agevolazioni previste nel presente articolo si fa espresso riferimento alle condizioni ed alle modalità di cui alla legislazione in vigore.

Art.177 Congedo di maternità e di paternità

Durante lo stato di gravidanza e puerperio (congedo di maternità) la lavoratrice ha diritto di astenersi dal lavoro:

- a) per i due mesi precedenti la data presunta del parto indicata nel certificato medico di gravidanza;

- b) per il periodo intercorrente tra la data presunta del parto e il parto stesso;
- c) per i tre mesi dopo il parto;
- d) durante gli ulteriori giorni non goduti prima del parto, qualora il parto avvenga in data anticipata rispetto a quella presunta.

Tali giorni sono aggiunti al periodo di congedo di maternità dopo il parto. Ai sensi dell'art.20 del D.Lgs.151/2001, e ferma restando la durata complessiva del congedo di maternità, in alternativa a quanto previsto dalle lettere a) e c), le lavoratrici hanno la facoltà di astenersi dal lavoro a partire dal mese precedente la data presunta del parto e nei quattro mesi successivi al parto, a condizione che il medico specialista del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato e il medico competente ai fini della prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro attestino che tale opzione non arrechi pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro.

In applicazione alle condizioni previste dal D.Lgs.151/2001 agli artt.6 comma 1 e art.7 comma 6 l'astensione obbligatoria può essere prorogata fino a 7 mesi dopo il parto qualora la lavoratrice addetta a lavori pericolosi, faticosi e insalubri non possa essere spostata ad altre mansioni. Il provvedimento è adottato anche dalla DPL su richiesta della lavoratrice.

Il diritto di cui alla lettera c) e d) è riconosciuto anche al padre lavoratore ai sensi e per gli effetti di cui all'art.28 del D.Lgs. n.151/2001, in caso di:

- morte o di grave infermità della madre;
- abbandono o affidamento esclusivo del bambino al padre.

Per quanto riguarda il trattamento normativo, durante il suddetto periodo (congedo di paternità) si applicano al padre lavoratore le stesse disposizioni di legge e di contratto previste per il congedo di maternità.

In caso di grave e comprovato impedimento della madre, per cause diverse da quelle indicate al comma precedente, il padre lavoratore avrà diritto, per un periodo di durata non superiore a quanto previsto al primo comma, lettere c) e d), ad usufruire della aspettativa di cui all'art.151.

I periodi di congedo di maternità dal lavoro devono essere computati nell'anzianità di servizio a tutti gli effetti contrattualmente previsti, compresi quelli relativi alla tredicesima mensilità, alle ferie ed al trattamento di fine rapporto.

Durante il periodo di congedo di maternità la lavoratrice ha diritto ad una indennità pari all'80% della retribuzione, posta a carico dell'INPS

dall'art.74, Legge 23 dicembre 1978, n.833, secondo le modalità stabilite, e anticipata dal datore di lavoro ai sensi dell'art.1 della legge 29 febbraio 1980, n.33.

Per i soli periodi indicati nel primo e secondo comma del presente articolo, l'indennità di cui al comma precedente verrà integrata dal datore di lavoro in modo da raggiungere 100% della retribuzione mensile netta cui la lavoratrice avrebbe avuto diritto in caso di normale svolgimento del rapporto, salvo che l'indennità economica dell'INPS non raggiunga un importo superiore.

L'importo anticipato dal datore di lavoro è posto a conguaglio con i contributi dovuti all'INPS, secondo le modalità di cui agli articoli 1 e 2, Legge 29 febbraio 1980, n.33.

Chiarimento a verbale all'art.177

Le parti si danno atto che, ferma restando la corresponsione integrale della tredicesima mensilità, le disposizioni del presente articolo si applicano anche alla quattordicesima mensilità.

Art.178 Congedo parentale

Ciascun genitore ha diritto di astenersi dal lavoro (congedo parentale), secondo le modalità stabilite dal presente articolo, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs.151/2001, per ogni bambino, nei suoi primi otto anni di vita. Ai fini dell'esercizio del diritto al congedo parentale, ciascun genitore è tenuto a dare al datore di lavoro un preavviso scritto di almeno 15 giorni, salvo casi di oggettiva impossibilità.

Fermo restando quanto previsto dal precedente comma 1, nel caso in cui vengano richieste frazioni di durata inferiore a 15 giorni continuativi nell'ambito dello stesso mese di calendario, la domanda dovrà essere presentata con cadenza mensile unitamente ad un prospetto delle giornate di congedo. I congedi parentali dei genitori non possono complessivamente eccedere il limite di dieci mesi, fatto salvo il disposto di cui al comma 2 dell'art.32 e all'art.33 del D.Lgs. 26 marzo 2001 n.151.

Nell'ambito del predetto limite, il diritto di astenersi dal lavoro compete:

- a) alla madre lavoratrice, trascorso il periodo di congedo di maternità per un periodo continuativo o frazionato non superiore a sei mesi;
- b) al padre lavoratore, dalla nascita del figlio, per un periodo continuativo o frazionato non superiore a sei mesi elevabile a sette nel caso di cui al comma 2 dell'art. 32 del D.Lgs. 26 marzo 2001 n.151;

- c) qualora vi sia un solo genitore, per un periodo continuativo o frazionato non superiore a dieci mesi;
- d) nei casi di adozioni e affidamenti di cui agli artt.36 e 37 del D.Lgs. 26 marzo 2001 n.151.

Qualora il padre lavoratore eserciti il diritto di astenersi dal lavoro per un periodo continuativo o frazionato non inferiore a tre mesi, il limite complessivo dei congedi parentali dei genitori è elevato a undici mesi.

Ai sensi dell'art. 34 del T.U. (D.Lgs. 26 marzo 2001 n.151), per i periodi di congedo parentale è dovuta, a carico dell'INPS, alle lavoratrici e ai lavoratori fino al terzo anno di vita del bambino, un'indennità pari al 30 per cento della retribuzione, per un periodo massimo complessivo tra i genitori di sei mesi. Per i periodi di congedo parentale ulteriori è dovuta un'indennità pari al 30 per cento della retribuzione, a condizione che il reddito individuale dell'interessato sia inferiore a 2,5 volte l'importo del trattamento minimo di pensione a carico dell'assicurazione generale obbligatoria.

I periodi di congedo parentale sono computati nell'anzianità di servizio esclusi gli effetti relativi alle ferie ed alle mensilità supplementari.

Art.179 Permessi per assistenza al bambino

Il datore di lavoro deve consentire alle lavoratrici madri, durante il primo anno di vita del bambino, due periodi di riposo, anche cumulabili, durante la giornata. Il riposo è uno solo quando l'orario giornaliero di lavoro è inferiore a 6 ore.

Il diritto di cui al comma precedente è riconosciuto in alternativa alla madre, al padre lavoratore, nei seguenti casi:

- a) nel caso in cui i figli siano affidati al solo padre;
- b) in alternativa alla madre lavoratrice dipendente che non se ne avvalga;
- c) nel caso in cui la madre non sia lavoratrice dipendente;
- d) in caso di morte o di grave infermità della madre.

La concessione dei riposi giornalieri al padre lavoratore è subordinata, nei casi di cui alle lettere a), b), c) del capoverso precedente, all'espresso consenso scritto della madre.

I periodi di riposo di cui al presente articolo hanno la durata di un'ora ciascuno e sono considerati ore lavorative agli effetti della durata del lavoro; essi comportano il diritto della lavoratrice o del lavoratore ad uscire dall'azienda.

In caso di parto plurimo, i periodi di riposo sono raddoppiati e le ore

aggiuntive possono essere utilizzate anche dal padre.

Per detti riposi è dovuta dall'INPS un'indennità pari all'intero ammontare della retribuzione relativa ai riposi medesimi.

L'indennità è anticipata dal datore ed è portata a conguaglio con gli importi contributivi dovuti all'ente assicuratore, ai sensi dell'art.8, Legge 9 dicembre 1977, n.903.

Entrambi i genitori, alternativamente, hanno diritto di astenersi dal lavoro per i periodi corrispondenti alle malattie di ciascun figlio di età non superiore a tre anni. Ciascun genitore, alternativamente, ha altresì diritto di astenersi dal lavoro, nel limite di cinque giorni lavorativi all'anno, per le malattie di ogni figlio di età compresa fra i tre e gli otto anni.

I periodi di congedo per malattia del bambino sono computati nell'anzianità di servizio, esclusi gli effetti relativi alle ferie ed alle mensilità supplementari, ai sensi dell'art.48 del D.Lgs. n.151/2001 e al trattamento di fine rapporto.

Art.235 Dimissioni per maternità

Per il trattamento spettante alla lavoratrice che rassegna le dimissioni in occasione della maternità, valgono le norme di cui all'art.180 del presente contratto.

CCNL per i dipendenti da Aziende del settore TURISMO

Art.170

Durante l'astensione obbligatoria, la lavoratrice ha diritto, per un periodo di cinque mesi, ad un'integrazione dell'indennità a carico dell'INPS, da corrispondersi dal datore di lavoro, a proprio carico, in modo da raggiungere complessivamente la misura del cento per cento della retribuzione giornaliera netta cui avrebbe avuto diritto in caso di normale svolgimento del rapporto.

Le disposizioni di cui al comma precedente si applicano ai periodi di astensione obbligatoria che abbiano inizio dopo il 1°agosto 2003.

Art.171

Il diritto di assentarsi dal lavoro, trascorso il periodo di astensione obbligatoria della lavoratrice madre, per un periodo di sei mesi entro il primo anno di età del bambino ed il relativo trattamento economico, previsti rispettivamente dagli artt. 7 e 15 della legge 30 dicembre 1971, n.1204, nonché il diritto di assentarsi dal lavoro durante la ma-

lattia del bambino di età inferiore a tre anni sono riconosciuti anche al padre lavoratore, anche se adottivo o affidatario, ai sensi della legge 4 maggio 1983 n.184, in alternativa alla madre lavoratrice ovvero quando i figli siano affidati al solo padre. A tal fine, il padre lavoratore deve presentare al proprio datore di lavoro una dichiarazione da cui risulti la rinuncia dell'altro genitore ad avvalersi dei diritti di cui sopra, nonché nel caso di malattia del bambino di età inferiore a tre anni, il relativo certificato medico. Nel caso di assenza per un periodo di sei mesi entro il primo anno di età del bambino, il padre lavoratore, entro dieci giorni dalla dichiarazione di cui al comma precedente deve altresì presentare al proprio datore di lavoro una dichiarazione del datore di lavoro dell'altro genitore da cui risulti l'avvenuta rinuncia. I periodi di assenza di cui ai precedenti comma sono computati agli effetti indicati dall'articolo 7, ultimo comma, della legge 30 dicembre 1971, n.1204.

Art.172

Il datore di lavoro deve consentire alle lavoratrici madri, durante il primo anno di vita del bambino, due periodi di riposo, anche cumulabili, durante la giornata. Il riposo è uno solo quando l'orario giornaliero di lavoro è inferiore a sei ore. Detti periodi di riposo hanno durata di un'ora ciascuno e comportano il diritto della lavoratrice madre ad uscire dall'azienda; sono di mezz'ora ciascuno e non comportano il diritto ad uscire dall'azienda quando la lavoratrice voglia usufruire della camera di allattamento o dell'asilo nido, ove istituiti dal datore di lavoro nelle dipendenze dei locali di lavoro. Per detti riposi, con effetto dal 1° gennaio 1980, è dovuta dall'INPS un'indennità pari all'intero ammontare della retribuzione relativa ai riposi medesimi. L'indennità è anticipata dal datore di lavoro ed è portata a conguaglio con gli importi dovuti all'ente assicuratore, ai sensi dell'articolo 8 della legge 9 dicembre 1977, n.903. I riposi di cui al presente articolo sono indipendenti dalle normali interruzioni previste agli articoli 106 e 108 del presente Contratto e da quelle previste dagli articoli 18 e 19 della legge 26 aprile 1934, n.653 sulla tutela del lavoro della donna. La lavoratrice ha diritto altresì ad assentarsi dal lavoro durante la malattia del bambino di età inferiore a tre anni, dietro presentazione di certificato medico. I periodi di assenza di cui al precedente comma sono computabili solo ai fini di cui all'articolo 7, ultimo comma, della legge 30 dicembre 1971, n.1204.

CCNL per i dipendenti da istituti di VIGILANZA PRIVATA

Art.117 Astensione dal lavoro e permessi per assistenza al bambino

Durante e dopo lo stato di gravidanza e puerperio la lavoratrice/lavoratore ha diritto di astenersi dal lavoro per le causali, per le durate e per i periodi sotto elencati, riportati, unitamente ai rispettivi trattamenti retributivi e previdenziali, nelle specifiche tabelle:

ALLATTAMENTO RIPOSI

Genitore	Durata	Periodo godimento	Retribuzione	Previdenza
Madre	2 ore (4 ore per i parti plurimi) riposi di 1 ora ciascuno cumulabili. Tali riposi comportano il diritto della lavoratrice ad uscire dalla sede di lavoro	Nel primo anno di vita del bambino	Per detti riposi è dovuta dall'INPS una indennità pari all'intero ammontare della retribuzione relativa ai riposi medesimi. L'indennità è anticipata dal datore di lavoro ed è portata a congruaggio con gli importi contributivi dovuti all'Ente assicuratore, ai sensi dell'art.8 della Legge 9/12/1977, n.903	Copertura commisurata al 200% dell'assegno sociale, con possibilità d'integrazione da parte dell'interessata
Padre (*5)	2 ore (4 ore per i parti plurimi) riposi di 1 ora ciascuno cumulabili. Tali riposi comportano il diritto del lavoratore ad uscire dalla sede di lavoro	Nel primo anno di vita del bambino	Per detti riposi è dovuta dall'INPS una indennità pari all'intero ammontare della retribuzione relativa ai riposi medesimi. L'indennità è anticipata dal datore di lavoro ed è portata a congruaggio con gli importi contributivi dovuti all'Ente assicuratore, ai sensi dell'art.8 della Legge 9/12/1977, n.903	Copertura commisurata al 200% dell'assegno sociale, con possibilità d'integrazione da parte dell'interessato

(*5) Il diritto all'astensione per allattamento spetta al padre in alternativa alla madre lavoratrice dipendente che non se ne avvalga, ovvero nel caso in cui i figli siano affidati al solo padre.

ASTENSIONE OBBLIGATORIA

Genitore	Durata	Periodo godimento	Retribuzione	Previdenza
Madre	5 mesi più eventuali altri periodi che siano autorizzati dall'ispettorato del lavoro	Prima della data presunta del parto: 2 o 1 mese (*1) Dopo il parto 3 o 4 mesi (*1), più periodo non goduto prima del parto quando questo è prematuro	Indennità economica pari all'80% della retribuzione spettante, posta a carico dell'INPS dall'art.74 della Legge 23/12/1978 n.833, secondo le modalità stabilite e anticipate dal datore di lavoro ai sensi dell'art.1 della Legge 29/02/1980 n.33. L'importo anticipato dal datore di lavoro è posto a congruaggio con i contributi dovuti all'INPS, secondo le modalità di cui agli art.1 e 2 della legge n.33/1980. I periodi di astensione obbligatoria devono essere computati nell'anzianità di servizio a tutti gli effetti contrattualmente previsti compresi quelli relativi alle mensilità supplementari e ferie.	Copertura al 100%
Padre (*2)	3 mesi	Dopo la nascita del bimbo	Indennità economica pari all'80% della retribuzione spettante con le stesse modalità sopra previste per la madre.	Copertura al 100%

(*1) La lavoratrice può scegliere, nell'ambito dei 5 mesi di astensione obbligatoria, se andare in gravidanza 1 o 2 mesi prima della data presunta del parto. Nel caso di scelta di 1 mese, usufruirà di 4 mesi di astensione obbligatoria per puerperio. Nel caso di scelta di 2 mesi usufruirà di 3 mesi di astensione obbligatoria per puerperio. Quando il parto è prematuro, i giorni di astensione non goduti vanno aggiunti al periodo di astensione dopo il parto.

(*2) L'astensione spetta al padre in questi casi: morte della madre, grave infermità della madre, abbandono, affidamento esclusivo al padre.

ASTENSIONE FACOLTATIVA

Genitore	Durata	Periodo di godimento	Retribuzione	Previdenza
Madre	6 mesi (*3) continuativi o frazionati	Nei primi 8 anni di vita del bambino	Indennità economica pari al 30% della retribuzione spettante per un periodo massimo di 6 mesi quando goduti fino al terzo anno di età del bambino Per i periodi successivi, la stessa prestazione spetta se risulta soddisfatta la condizione di reddito richiesta. (*4) Per l'erogazione dell'importo e l'anticipazione dello stesso, valgono le stesse leggi e le stesse modalità previste per l'astensione obbligatoria Il periodo di astensione facoltativa è computato nell'anzianità di servizio, esclusi gli effetti relativi alle ferie alle mensilità supplementari ed al trattamento di fine rapporto	Copertura al 100% goduti fino al terzo anno di età del bambino. Per i periodi successivi copertura commisurata al 200% dell'assegno sociale, con possibilità di integrazione da parte dell'interessato
Padre	6 mesi (*3)	Nei primi 8 anni di vita del bambino. Documentazione da presentare Una dichiarazione da cui risulti la rinuncia dell'altro genitore di avvalersi dell'astensione facoltativa entro 10 giorni dalla dichiarazione suddetta, una dichiarazione del datore di lavoro dell'altro genitore da cui risulti l'avvenuta rinuncia	Indennità economica pari al 30% della retribuzione spettante per un periodo massimo di 6 mesi quando goduti fino al terzo anno di età del bambino Per i periodi successivi, la stessa prestazione spetta se risulta soddisfatta la condizione di reddito richiesta. (*4) Per l'erogazione dell'importo e l'anticipazione dello stesso, valgono le stesse leggi e le stesse modalità previste per l'astensione obbligatoria	Copertura al 100% per i mesi goduti fino al terzo anno di vita del bambino Per i periodi successivi copertura commisurata al 200% dell'assegno sociale, con possibilità d'integrazione da parte dell'interessato

(*3) La durata di 10 mesi, nel caso di un solo genitore. Le astensioni complessive (quelle della madre più quelle del padre) non possono eccedere i 10 mesi. Qualora il padre usufruisca per più di 3 mesi d'astensione, il limite massimo complessivo salirà a 11 mesi (un mese in più al padre). Il periodo di astensione facoltativa è frazionabile per consentire alla lavoratrice/lavoratore di scegliere i periodi più idonei a sua discrezione.

(*4) Il reddito individuale dell'interessato deve essere inferiore a 2,5 volte il trattamento minimo di pensione (Lire 23.429.250 per il 2000).

73

MALATTIA DEL BIMBO

Genitore	Durata e periodo godimento	Retribuzione	Previdenza
Madre (*6)	Senza limiti fino ai 3 anni del bambino, dietro presentazione di certificato medico. 5 giorni l'anno dai 3 agli 8 anni del bambino, dietro presentazione di certificato medico. La malattia del bimbo con ricovero ospedaliero interrompe le ferie del genitore	Nessuna. Tali periodi danno diritto a quanto previsto all'art.7, comma 1, della Legge 8/3/2000, n.53	Copertura al 100% per i periodi goduti fino al terzo anno di età del bambino. Per i periodi successivi copertura commisurata al 200% dell'assegno sociale, con possibilità d'integrazione da parte dell'interessato
Padre (*6)	Senza limiti fino ai 3 anni del bambino, dietro presentazione di certificato medico. 5 giorni l'anno dai 3 agli 8 anni del bambino, dietro presentazione di certificato medico. La malattia del bimbo con ricovero ospedaliero interrompe le ferie del genitore	Nessuna. Tali periodi danno diritto a quanto previsto all'art.7, comma 1, della Legge 8/3/2000, n.53	Copertura al 100% per i periodi goduti fino al terzo anno di età del bambino. Per i periodi successivi copertura commisurata al 200% dell'assegno sociale, con possibilità d'integrazione da parte dell'interessato

(*6) Il diritto all'astensione per la malattia dei bambini spetta alternativamente al padre o alla madre

Art.119

Il diritto di assentarsi dal lavoro, trascorso il periodo di astensione obbligatoria della lavoratrice madre, per un periodo di sei mesi entro il primo anno di età del bambino ed il relativo trattamento economico, previsti rispettivamente dagli artt.7 e 15 della Legge 30 dicembre 1971

n.1204, nonché il diritto di assentarsi dal lavoro durante la malattia del bambino di età inferiore a tre anni, sono riconosciuti anche al padre lavoratore, anche se adottivo o affidatario ai sensi dell'art.314/20 del Codice Civile, in alternativa alla madre lavoratrice ovvero quando i figli siano affidati al solo padre.

A tal fine, il padre lavoratore deve presentare al proprio datore di lavoro una dichiarazione da cui risulti la rinuncia dell'altro genitore ad avvalersi dei diritti di cui sopra nonché nel caso di malattia del bambino di età inferiore a tre anni, il relativo certificato medico.

Nel caso di assenza per un periodo di sei mesi entro il primo anno di età del bambino, il padre lavoratore, entro dieci giorni dalla dichiarazione di cui al comma precedente, deve altresì presentare al proprio datore di lavoro una dichiarazione del datore di lavoro dell'altro genitore da cui risulti l'avvenuta rinuncia.

I periodi di assenza di cui ai precedenti commi sono computati agli effetti indicati dall'art.7, ultimo comma, della legge 30 dicembre 1971 n.1204.

Contratti integrativi aziendali

CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE GRUPPO ADECCO

Art.25 Permessi e congedi retribuiti

Al fine di agevolare i lavoratori al godimento dei permessi retribuiti disciplinati dall'art.146 del vigente CCNL, ad integrazione del medesimo, si conviene la possibilità di fruire delle ore predette in frazioni minime di 30 minuti e per gruppi non inferiori all'ora. Inoltre, in aggiunta al monte ferie e permessi di cui agli artt.146 e 147 del CCNL terziario si riconoscono i seguenti congedi retribuiti:

- a) I lavoratori dipendenti matureranno il diritto ad ulteriori sedici ore di permesso per visite mediche per anno solare, il cui godimento sarà subordinato alla presentazione del certificato rilasciato dal medico curante il quale dovrà certificare anche l'orario della visita e la rispettiva durata. Il predetto monte ore sarà utile anche a copertura del tempo di viaggio nella misura massima complessiva di due ore per ciascuna visita medica che il lavoratore potrà distribuire a propria discrezione sul viaggio di andata ovvero di ritorno ovvero su entrambi. Il tempo di viaggio dovrà essere autocertificato a cura del lavoratore, intendendo il tempo impiegato nel tragitto da abitazione/lavoro a studio medico a abitazione/lavoro;
- b) In occasione della nascita di un figlio, il padre potrà godere di un giorno di congedo retribuito che dovrà essere fruito entro dieci giorni dalla nascita;
- c) Fermo restando quanto previsto dall'art.156 del CCNL in relazione a permessi per decessi e gravi infermità, qualora il decesso si verifichi in una regione diversa da quella del luogo di lavoro, il lavoratore avrà diritto a cinque giorni di congedo retribuito da utilizzarsi entro sette giorni dall'evento.

La richiesta e l'autorizzazione dei permessi retributivi e dei sopramenzionati congedi si dovrà effettuare tramite il software della rilevazione delle presenze. La richiesta, ove possibile, dovrà essere presentata con un preavviso di almeno tre giorni lavorativi. La mancata fruizione dei sopramenzionati congedi nell'arco dell'anno solare, comporterà la loro decadenza e non darà diritto ad alcuna indennità sostitutiva.

Art.28 Sostegno alla maternità e paternità

In considerazione del fatto che sussiste una crescente domanda di servizi a supporto della maternità e paternità, allo scopo di agevolare con misure di carattere economico il personale occupato a tempo indeterminato, a tempo determinato con una durata del contratto non inferiore a mesi 12, con contratto di inserimento e/o di apprendistato, le società firmatarie intendono istituire con riguardo ai familiari del personale dipendente di cui all'art.13 del D.P.R. 917/86 la misura di sostegno della partecipazione alle spese di frequenza di asili nido così come disciplinato dall'art.51 comma 2 lettera f bis del TUIR.

Tale sostegno, avrà un importo massimo rimborsabile per le spese di frequenza dell'asilo nido di Euro 100,00 (cento/00) mensili sino al terzo anno di vita del bambino e complessivamente non superiore a Euro 1.500,00 (millecinquecento/00) per bambino, per nucleo familiare. Resta inteso che qualora intervengano delle modifiche all'attuale disciplina fiscale e previdenziale cui si fa riferimento con l'intervento a sostegno della maternità e paternità, le parti concordano fin da ora la cessazione immediata della corresponsione delle somme sopra specificate. Le parti concordano di approfondire ulteriori interventi ai fini di favorire la conciliazione di tempi di vita e tempi di lavoro.

Art.33 Congedo di maternità e di paternità-congedo parentale

In occasione delle astensioni dal lavoro per le ragioni di cui al presente titolo, della lavoratrice o del lavoratore, per garantire la corresponsione di una retribuzione che più equamente si avvicina alla retribuzione netta che il lavoratore avrebbe avuto diritto in caso di normale svolgimento del rapporto, la retribuzione che dovrà essere presa come base di calcolo per l'indennità di maternità comprenderà, oltreché la retribuzione di fatto di cui al CCNL terziario, una media matematica dei bonus variabili percepiti nelle ultime 12 (dodici) buste paga immediatamente precedenti il verificarsi dell'evento.

Ipotesi di ACCORDO INTEGRATIVO AZIENDALE per i Dipendenti di AUCHAN S.p.A.

Art.12 Congedi e aspettative non retribuite

Al fine di promuovere e incentivare forme di articolazione della prestazione lavorativa volte a conciliare tempo di vita e di lavoro, le parti si impegnano a definire programmi di formazione per il reinserimento dei

lavoratori dopo il periodo di congedo per maternità ai sensi dell'art.9 lettera b) della L.53/2000 nell'ambito delle azioni positive per la flessibilità finanziabili dal Fondo per l'occupazione di cui all'art.1, comma 7, del D.L. 20 maggio 1993 n.148, convertito, con modificazioni, dalla L.19 luglio 1993 n.238, così come previsto dal Decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale del 15 maggio 2001.

Accordo nazionale Aziendale CANON ITALIA "Testo Unico"

Art.6 Permessi

- A) Vengono fissate 40 ore di permessi retribuiti all'anno per madri o padri con figli fino a 3 anni da utilizzare per l'assistenza ai figli.
- B) Nel caso di decesso di un parente di 1° grado (genitore, coniuge, figlio/a, fratello/sorella) è previsto un permesso retribuito di 3 giorni.
- C) Per quanto riguarda le visite e le terapie mediche esse dovranno essere precedute da una richiesta di permesso retribuito approvato dal responsabile dell'Ufficio/Settore e convalidate tramite un certificato rilasciato dal medico o Ente presso i quali è stata effettuata la visita o terapia. Si considera altresì, permesso retribuito il tempo di andata e ritorno per effettuare le suddette visite mediche e prestazioni fissate in un massimo di un'ora e trenta minuti. Si precisa che le richieste di permessi retribuiti per visite mediche non potranno superare le 40 ore annue.
- D) Si concorda che nei casi di malessere o indisposizione che comportino l'assenza del dipendente per un periodo massimo di un giorno non è necessaria la presentazione del certificato medico.

Si concorda inoltre che la presentazione del certificato medico diventa necessaria superati i 5 giorni in un anno.

CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE di Gruppo CARREFOUR Italia S.p.A.

Congedi Parentali

Con riferimento all'art. 9 della Legge 8.3.2000, n.53, le Parti convengono che i neo-genitori con contratto a tempo pieno ed indeterminato potranno richiedere la trasformazione temporanea del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale.

La richiesta di passaggio a part-time dovrà essere presentata con un preavviso di 30 giorni e dovrà indicare il periodo per il quale viene ridotta la prestazione lavorativa, che non potrà superare il 60 % delle ore settimanali.

Ipotesi di Accordo CASTORAMA Italia S.p.A.

Art.16 Permesso straordinario

In occasione della nascita e/o adozione di un figlio, il lavoratore ha diritto a due giorni di permesso retribuito da utilizzarsi entro e non oltre quindici giorni dall'ingresso in famiglia.

Art.18 Permessi per assistenza bambino

Fatto salvo tutto quanto previsto dall'art.179, commi 7 e 8 del CCNL le parti convengono che in caso di assenza dal lavoro per malattia del bambino entro l'ottavo anno di vita, così come previsto dalle disposizioni normative in vigore, il genitore, per la copertura economica dell'assenza, può attingere dal monte ore di permessi retribuiti di cui agli artt.140 e 116 lettera c) del vigente CCNL e dall'accordo del 3 maggio 2005, già maturati al momento della richiesta.

Ipotesi di Accordo CONTRATTO INTEGRATIVO GRUPPO COIN S.p.A.

Congedi Parentali

Con riferimento alle fattispecie di anticipazione del T.F.R., previsto dall'art.7 della legge n.53/2000 in materia di congedi parentali per maternità e paternità, l'Azienda si rende disponibile ad accogliere, in deroga a quanto stabilito dall'art.2120 c.c., come modificato dalla Legge 297/82, un'ulteriore richiesta di anticipazione del T.F.R. rientrante in quelle previste dal citato art.7 e comunque nel limite massimo complessivo del 70% determinato alla data della seconda richiesta.

La misura dell'anticipazione per le fattispecie di cui sopra non potrà superare il valore della retribuzione non percepita fermi restando le percentuali massime degli aventi diritto e l'anzianità minima fissate dalla Legge 297/82.

Per quanto sopra non previsto valgono le disposizioni di legge.

CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE ESSELUNGA S.p.A.

Congedi Parentali e Formazione continua

Per i congedi per la formazione e per la formazione continua, di cui agli articoli 5 e 6 della legge 53/2000, e per il congedo parentale facoltativo di cui all'art.32 D.Lgs. 151/2001, l'Azienda erogherà a richiesta del lavoratore un anticipo del Trattamento di Fine Rapporto anche nel caso in cui il lavoratore abbia già usufruito di una anticipazione ai sensi dell'articolo 2120 del codice civile.

L'ammontare massimo complessivo delle due anticipazioni eventualmente richieste, non potrà essere superiore al 70% del TFR complessivamente maturato al momento della corresponsione.

3.1.6 Permesso retribuito per controlli prenatali

Come previsto dalla legislazione in vigore, le lavoratrici gestanti hanno diritto a permessi retribuiti per l'effettuazione di esami prenatali, accertamenti clinici ovvero visite specialistiche, nel caso in cui questi debbano essere eseguiti durante l'orario di lavoro, fermo restando la presentazione della relativa documentazione attestante data e orario di effettuazione.

79

CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE IKEA Italia Retail S.p.A.

8 Ricollocazione a seguito di aspettative/congedi

A seguito dell'aspettativa facoltativa e dei periodi di congedo di cui agli artt.4-5-6 della L.53 dell'8 marzo 2000, il lavoratore/la lavoratrice sarà ricollocato/a nella posizione di lavoro che ricopriva al momento della richiesta dell'astensione o del congedo, o comunque a svolgere mansioni equivalenti. Laddove siano intervenuti cambiamenti tecnologici e/o legati all'organizzazione del lavoro, si conviene che IKEA attivi un percorso formativo, anche in riferimento all'art.9 L.53/2000, per il reinserimento nella posizione per le lavoratrici/lavoratori che rientrano in azienda. Il programma di formazione si articolerà in un lasso di tempo di tre mesi.

9 Malattia del bambino

Si conviene che in caso di assenza dal lavoro per malattia del bambino entro l'ottavo anno di vita, così come previsto dalle leggi in vigore il genitore, per la copertura economica dell'assenza, può attingere dal monte ore di permessi retribuiti di cui all'art. permessi retribuiti dal CCNL.

10 Assistenza e cura dei figli sino a 12 anni di età

In caso di malattia del figlio di età compresa tra i 9 e i 12 anni, è previsto il riconoscimento di 5 giorni annui di permesso non retribuito, frazionabili in non più di tre volte all'anno ed usufruendo prioritariamente dei permessi retribuiti maturati secondo l'art. "Permessi Retribuiti" del C.C.N.L.

La certificazione del diritto avverrà con le medesime modalità già previste per la malattia del bambino sino ad 8 anni.

14 Nascita di un figlio

Si conviene di riconoscere 2 giorni di permesso retribuito al padre alle seguenti condizioni:

- la fruizione deve avvenire a decorrere dal giorno coincidente o successivo la data del parto;
- non si dà luogo a proroghe dei termini suddetti nell'ipotesi in cui per festività, o qualsiasi altro motivo, il dipendente non si trovi in condizioni di poter usufruire di tutti i suddetti giorni di permesso retribuito;
- presentazione del certificato di nascita.

Accordo Integrativo Aziendali per i Dipendenti della Società LA RINASCENTE S.r.l.

Art.13 Congedi e aspettative non retribuite

Al fine di promuovere e incentivare forme di articolazione della prestazione lavorativa volte a conciliare tempo di vita e di lavoro, con particolare riferimento alla necessità di tutela del minore nei primi tre anni di vita, le Parti si impegnano a definire programmi di formazione per il reinserimento dei lavoratori dopo il periodo di congedo per maternità ai sensi dell'art.9 lettera b) della legge 53/2000 nell'ambito delle azioni positive per la flessibilità finanziabili dal Fondo per l'occupazione di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legge 20 maggio 1993, n.148, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 luglio 1993, n.236, così come previsto dal Decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale del 15 maggio 2001.

CONTRATTO INTEGRATIVO MOTO S.p.A.

5.1 Malattia del bambino - Copertura assicurativa previdenziale.

1. L'Azienda, allo scopo di garantire la copertura assicurativa previdenziale durante le assenze non retribuite per malattia del bambino, nel limite e nella previsione delle vigenti norme in materia, corrisponderà una quota integrativa, non retributiva, pari a euro 2,5 per settimana.
2. Trattandosi di emolumento integrativo non retributivo, non avrà alcuna incidenza sugli istituti indiretti e differiti e/o su qualsivoglia ulteriore istituto contrattuale e/o di legge.

Accordo Integrativo Aziendale PRENATAL

Permessi per malattia Figlio

Qualora ricorrano tutti i presupposti di cui al DLgs 151/2011 in relazione ai quali è dovuto dall'azienda un permesso non retribuito per malattia figlio, è facoltà della dipendente richiedere di assentarsi dal lavoro utilizzando in luogo dell'aspettativa non retribuita, eventuali ore di R.P. maturate e non ancora godute.

A tal fine la dipendente dovrà presentare la medesima documentazione necessaria per il riconoscimento del diritto all'aspettativa non retribuita per malattia del bambino.

Conciliazione
dei tempi

Contratti collettivi nazionali

CCNL Sostentamento Clero

Art.43 bis - Part time post maternità

Al fine di consentire ai lavoratori assunti a tempo pieno indeterminato l'assistenza al bambino fino al compimento del terzo anno di età, gli Istituti accoglieranno, nell'ambito del 3 per cento della forza occupata, in funzione della fungibilità dei lavoratori interessati, la richiesta di trasformazione temporanea del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale del genitore.

Negli Istituti che occupano da 10 a 33 dipendenti non potrà fruire della riduzione dell'orario più di un lavoratore. L'Istituto accoglierà le richieste in funzione della fungibilità dei lavoratori interessati ed in base al criterio della priorità cronologica della presentazione delle domande.

La richiesta di passaggio a part time dovrà essere presentata con un preavviso di 60 giorni e dovrà indicare il periodo per il quale viene ridotta la prestazione lavorativa.

CCNL per i dipendenti da aziende del TERZIARIO DISTRIBUZIONE E SERVIZI

Art.87 Part time post maternità

Al fine di consentire ai lavoratori assunti a tempo pieno indeterminato l'assistenza al bambino fino al compimento del terzo anno di età, le aziende accoglieranno, nell'ambito del 3 per cento della forza occupata nell'unità produttiva, in funzione della fungibilità dei lavoratori interessati, la richiesta di trasformazione temporanea del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale da parte del genitore. Nelle unità produttive che occupano da 20 a 33 dipendenti non potrà fruire della riduzione dell'orario più di un lavoratore. Il datore di lavoro accoglierà le richieste in funzione della fungibilità dei lavoratori interessati ed in base al criterio della priorità cronologica della presentazione delle domande.

La richiesta di passaggio a part-time dovrà essere presentata con un preavviso di 60 giorni e dovrà indicare il periodo per il quale viene ridotta la prestazione lavorativa.

CCNL per i dipendenti da Aziende del settore TURISMO

Part time post partum

Dopo l'articolo 173 del CCNL Turismo 19 luglio 2003 è inserito il seguente:

Articolo

- (1) Al fine di consentire ai lavoratori assunti a tempo pieno indeterminato l'assistenza al bambino fino al compimento del terzo anno di età, le aziende accoglieranno, nell'ambito del tre per cento della forza occupata nell'unità produttiva, in funzione della fungibilità dei lavoratori interessati, la richiesta avanzata dal genitore che desideri trasformare temporaneamente il rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, anche in deroga a quanto stabilito dal comma 5 dell'art.68 del CCNL Turismo 19 luglio 2003.
- (2) Nelle unità produttive che occupano un numero di dipendenti occupati a tempo indeterminato compreso tra 16 e 33 non potrà fruire della riduzione dell'orario più di un lavoratore. Il datore di lavoro accoglierà le richieste in funzione della fungibilità dei lavoratori interessati ed in base al criterio della priorità cronologica della presentazione delle domande.
- (3) La richiesta di passaggio a part-time dovrà essere presentata con un preavviso di 60 giorni e dovrà indicare il periodo per il quale viene ridotta la prestazione lavorativa.

CCNL per i dipendenti da istituti di VIGILANZA PRIVATA

Art 58 bis Part time post maternità

Al fine di consentire ai lavoratori assunti a tempo pieno e indeterminato l'assistenza al bambino fino al compimento del terzo anno di età, le aziende accoglieranno, nell'ambito del 3 per cento della forza occupata nell'unità produttiva, in funzione della fungibilità dei lavoratori interessati, la richiesta di trasformazione temporanea del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale da parte del genitore.

La richiesta di passaggio a part-time dovrà essere presentata con un preavviso di 60 giorni e dovrà indicare il periodo per il quale viene ridotta la prestazione lavorativa.

Contratti integrativi aziendali

CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE GRUPPO ADECCO

Art.26 Part-time post maternità

Fermo restando quanto previsto dalla disciplina contenuta nel CCNL Terziario distribuzione e servizi e da quanto previsto dalle norme vigenti, Legge 8 Marzo 2000 n. 53 e D.Lgs. 26 marzo 2001 n. 151 e successive modifiche, al fine di consentire l'assistenza al bambino, anche al personale impiegato presso un'unità con organico inferiore ai limiti previsti dal vigente CCNL ed in considerazione dell'alto numero di personale femminile impiegato, la società si dichiara disponibile nei confronti delle lavoratrici assunte a tempo pieno indeterminato e fino al compimento del diciottesimo mese d'età del bambino, alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo parziale, valutando le esigenze di carattere tecnico, organizzativo e produttivo che fossero ostative. La trasformazione a tempo parziale sarà riconosciuta per una durata iniziale non inferiore a mesi sei. Compiuto il diciottesimo mese d'età del bambino, la società dichiara la propria disponibilità a concedere una proroga per ulteriori sei mesi, fatta salva nuova verifica delle esigenze aziendali di cui sopra.

La lavoratrice dovrà avanzare richiesta con un anticipo di 45 giorni rispetto alla data desiderata di trasformazione del rapporto che potrà avvenire solo a partire dal primo giorno del mese autorizzato. A questo proposito la società nei 15 giorni successivi alla data di presentazione della richiesta procederà a comunicare la concessione o il diniego della trasformazione del rapporto di lavoro.

Art.27 - Ulteriori agevolazioni al rientro della lavoratrice madre

Qualora dopo attenta valutazione la Società si trovi nella oggettiva impossibilità di concedere la trasformazione temporanea del rapporto di lavoro, o, a fronte di un mutato quadro delle esigenze tecnico organizzative e produttive, non possa dare seguito ad una richiesta di proroga, alla lavoratrice potrà essere concesso laddove ve ne siano i presupposti:

1. trasferimento volontario e temporaneo su diversa sede di lavoro ove vi sia la possibilità di concessione del part-time;
2. riduzione oraria giornaliera attraverso un piano concordato di fruizione dei permessi e/ o ore accantonate nella Banca del Tempo;

Con riferimento al punto 1 resta inteso che, tenuto conto del luogo di

residenza e/o domicilio della richiedente, la nuova sede non potrà distare più di cinquanta chilometri dalla sede abituale di lavoro.

Allo scopo di agevolare la ripresa al servizio delle lavoratrici al rientro dalla maternità, la società predisporrà idonei percorsi formativi.

IPOTESI DI CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE ALTRAN Italia S.p.A.

5.1 Part Time post maternità

Tenuto conto di quanto previsto dal CCNL Commercio in materia di part time post maternità, si prevede l'innalzamento della percentuale prevista dal 3% al 4% del personale dipendente.

La richiesta di passaggio a part time dovrà essere presentata con un preavviso di 45 giorni.

IPOTESI DI ACCORDO INTEGRATIVO AZIENDALE PER I DIPENDENTI DI AUCHAN S.p.A.

88

Art.13 Part-Time post maternità

Al fine di consentire ai lavoratori assunti a tempo pieno e indeterminato l'assistenza al bambino fino al compimento del terzo anno di età, l'azienda accoglierà, nell'ambito del 3% della forza occupata nelle unità produttive con più di 15 dipendenti, in funzione della fungibilità dei lavoratori interessati, la richiesta di trasformazione temporanea del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale da parte del genitore.

Nelle unità produttive che occupano da 16 a 49 dipendenti tale richiesta spetta ad un solo lavoratore nel corso dell'anno.

La richiesta di passaggio a part-time dovrà essere presentata con un preavviso di 60 giorni e dovrà indicare il periodo per il quale viene ridotta la prestazione lavorativa.

CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE AUTOGRILL

Lavoro a tempo parziale

Le parti riconfermano i principi contenuti nel CCNL Turismo 19 luglio 2003 (artt. dal 68 al 72) e nei precedenti Contratti Integrativi Aziendali relativamente alle prestazioni lavorative a tempo parziale.

Tale forma contrattuale si dimostra peraltro anche idonea ad assicurare occasioni lavorative a categorie di persone quali, essenzialmente, giovani e donne che necessitano di opportunità complementari e/o di parziale sostegno. In tale ottica l'Azienda si dichiara disponibile ad acconsentire alla trasformazione temporanea del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale per il periodo successivo al parto e fino al 36esimo mese di età del bambino nonché per 12 mesi in caso di adozione di minori di età fino a 8 anni, fermo restando il quadro di riferimento rappresentato dal CIA del 20.11.2001.

Un corretto quadro di riferimento organizzativo nelle singole unità di vendita viene dato dal sistema degli orari di lavoro del personale a tempo parziale che contiene l'indicazione puntuale della distribuzione dell'orario in base a turni settimanali alternati, a valere sia per il personale già in forza, attraverso la novazione del contratto individuale di lavoro, che per quello di futura assunzione.

Per quanto rileva i lavoratori a tempo parziale già in forza, al fine di procedere alla indicazione di cui al comma precedente, gli orari di lavoro individuali come sopra indicati verranno definiti nell'ambito di incontri a livello di unità di vendita, avuto riguardo agli aspetti di carattere organizzativo del punto di vendita, relativamente all'insieme degli occupati e avuto riguardo delle esigenze di eventuali lavoratori che abbiano un regolare rapporto lavorativo in essere debitamente documentato.

In tale occasione le Parti potranno anche valutare la possibilità di incrementare, in presenza di comprovate esigenze organizzative, l'orario di lavoro per il personale part-time a 20 ore settimanali.

Ipotesi di Accordo CASTORAMA Italia S.p.A.

Art.17 Tempo Parziale post-maternità

Fatto salvo tutto quanto previsto dall'art.87 del CCNL le parti convengono di elevare, unicamente nel formato warehouse, la percentuale di cui al primo comma della sopra menzionata disposizione contrattuale, portandola dal 3% al 4%. In ogni caso potrà usufruire della trasformazione a tempo parziale non più di una persona per settore. Nelle medie superfici la percentuale rimarrà quella prevista dal CCNL all'art.87.

Nelle unità produttive che occupano da 16 a 49 dipendenti tale richiesta spetta ad un solo lavoratore nel corso dell'anno.

La richiesta di passaggio a part-time dovrà essere presentata con un preavviso di 60 giorni e dovrà indicare il periodo per il quale viene ridotta la prestazione lavorativa.

CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE CONFORAMA Italia S.p.A.

Congedi Parentali

Al fine di favorire il rientro al lavoro post maternità della lavoratrice, a richiesta della stessa, la direzione del Punto Vendita e la RSA-RSU si incontreranno per esaminare la possibilità di adottare una diversa articolazione dell'orario di lavoro, anche attraverso l'adozione del part-time temporaneo e degli altri istituti concessi dalla contrattazione collettiva.

Ipotesi di Accordo CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE HOLDING DEI GIOCHI S.p.A.

90

Mercato del Lavoro, Utilizzo Part-Time, Contratti a Termine, Interinali

Considerata la specificità dell'attività svolta nei punti vendita, attività che vede un rapporto più orientato ad assistere la clientela e favorire la vendita, oltre alla normale attività di ordinazione e rotazione delle merci nello scaffale, le parti concordano sull'opportunità di favorire un impiego di rapporti di lavoro full-time rispetto a quelli part-time specie a quelli orizzontali.

Pertanto constatata allo stato attuale una presenza elevata di rapporti di lavoro Part-Time rispetto alla finalità sopra dichiarata, le parti concordano di privilegiare, in caso di aumento degli organici o di sostituzione di personale per turn-over, ove possibile e coerentemente agli aspetti professionali, la trasformazione del rapporto di lavoro Part-Time a Full-Time.

Le parti inoltre, fatta salva la trasformazione da Full-Time a Part-Time nei casi di maternità Post-Partum, così come disciplinata dal CCNL, concordano sulla opportunità che vengano analizzati ulteriori casi, anche attraverso il diretto coinvolgimento della Direzione Risorse Umane e verificati possibili interventi temporanei di supporto.

Contratto integrativo aziendale IKEA Italia Retail SpA

7. Aspettativa Post Maternità

Al fine di agevolare le Lavoratrici madri ed i Lavoratori padri (quest'ultimi in caso di morte o di grave infermità della madre del bambino, nonché in caso di affidamento esclusivo al padre), che terminato il periodo di congedo parentale complessivamente spettante, per motivi personali si trovino in difficoltà a riprendere il lavoro, è previsto un periodo di aspettativa non retribuita di 12 mesi.

Tale aspettativa potrà essere frazionata in non più di due periodi, da fruire entro il compimento dei 2 anni di età del bambino, salvo per i casi di adozione per i quali non si applica questo limite di età.

Ipotesi di Accordo Integrativo Aziendali per i Dipendenti della Società LA RINASCENTE S.r.l.

Art.15 Part Time post maternità

Al fine di consentire ai lavoratori assunti a tempo pieno e indeterminato l'assistenza al bambino fino al compimento del terzo anno di età, l'azienda accoglierà, nell'ambito del 3% della forza occupata nelle unità produttive con più di 15 dipendenti, in funzione della fungibilità dei lavoratori interessati, la richiesta di trasformazione temporanea del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale da parte del genitore. Nell'ambito di detta percentuale l'Azienda, in funzione delle esigenze funzionali ed organizzative dell'unità di appartenenza, favorirà le richieste di modifica temporanea della collocazione oraria, per consentire la conciliazione delle esigenze lavorative con la tutela del minore nei primi tre anni di vita.

Nelle unità produttive che occupano da 16 a 49 dipendenti tale richiesta spetta ad un solo lavoratore nel corso dell'anno.

La richiesta di passaggio a part-time dovrà essere presentata con un preavviso di 60 giorni e dovrà indicare il periodo per il quale viene ridotta la prestazione lavorativa.

Contratto Integrativo Aziendale LIBRERIE FELTRINELLI S.r.l.

10.1 Part-time post maternità

In deroga a quanto previsto dall'art.87 del C.C.N.L. in vigore, troveranno accoglimento le richieste di passaggio temporaneo a Part-Time post maternità, fino al raggiungimento di tre anni di età del bambino, nell'ambito del 4% della forza occupata nel Punto di Vendita.

Si applicano per il resto i criteri e condizioni previsti dal succitato articolo, in particolare con riferimento al vincolo di fungibilità.

Ferme restando le previsioni percentuali di cui sopra le Parti concordano che vi sarà ugualmente il diritto di fruizione da parte di una Dipendente per Punto di Vendita anche laddove la percentuale non dovesse determinare un'unità. A fronte dell'avverarsi di questa condizione l'Azienda potrà avvalersi della facoltà di sostituire la persona assente attraverso il ricorso ad un contratto a termine.

CONTRATTO INTEGRATIVO MOTO S.p.A.

5.2 Part time 1. a)

Nel rimarcare l'efficacia e la validità del lavoro a tempo parziale quale forma contrattuale rispondente sia alle proprie esigenze organizzative sia a quelle individuali del personale, l'Azienda, al fine agevolare e migliorare il sistema di vita dei lavoratori con figli e/o che debbano assistere familiari, ha espresso la propria disponibilità a consentire la fruizione di tale forma contrattuale secondo le ipotesi sotto riportate:

- a) le lavoratrici e i lavoratori potranno richiedere, su base volontaria, la momentanea trasformazione del contratto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale per il periodo successivo al parto e sino al compimento del sesto anno di vita del bambino.
- b) trasformazione temporanea del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, per un periodo di tempo limitato, per gravi esigenze di salute familiari regolarmente documentate.
- c) la trasformazione sarà effettuata tenuto conto delle esigenze tecnico produttive dell'area di servizio di appartenenza e salvaguardando la flessibilità che tale istituto contempla, fermo restando il livello di inquadramento e la professionalità acquisita.
- d) la distribuzione dell'orario verrà definita d'intesa con l'Azienda, nel rispetto delle reciproche esigenze.

- e) se entro sei mesi prima del termine del periodo concordato il personale interessato dalla riduzione di orario, non comunicherà alcuna diversa esigenza, tale personale, d'intesa con l'Azienda e nel rispetto delle reciproche esigenze, riprenderà l'attività a tempo pieno alle precedenti condizioni economiche e normative.

ACCORDO INTEGRATIVO AZIENDALE OBIETTIVO LAVORO

Art.11 Part Time post maternità

Le parti, concordando sull'importanza di consentire l'assistenza al bambino, convengono sulla possibilità, per le lavoratrici assunte a tempo pieno ed indeterminato, della trasformazione temporanea del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale fino al compimento del terzo anno di età del bambino, compatibilmente con le esigenze di carattere organizzativo e/o produttivo della filiale/sportello o ufficio di appartenenza.

La richiesta di passaggio a tempo parziale dovrà essere presentata per iscritto a cura della lavoratrice con un preavviso di 60 giorni e dovrà indicare il periodo per il quale viene richiesta la riduzione della prestazione lavorativa.

In caso di impossibilità ad accogliere la richiesta di trasformazione del rapporto per motivi di carattere organizzativo e/o produttivo, la Società ne darà comunicazione scritta alla lavoratrice entro 15 giorni dal ricevimento della richiesta; in tale comunicazione la Società specificherà i motivi alla base del diniego.

Al termine dell'utilizzo di tale istituto la lavoratrice riprenderà l'attività a tempo pieno alle precedenti condizioni, salvo diversi accordi che intervengano tra lavoratrice e azienda.

L'Assistenza
sanitaria integrativa



Cassa Assistenza Sanitaria Quadri

LA CASSA

La QuAS - Cassa Assistenza Sanitaria Quadri - ha lo scopo di garantire ai dipendenti con qualifica di "Quadro" assistenza sanitaria integrativa al Servizio sanitario nazionale.

La QuAS nasce nel 1989 sulla base dei contratti nazionali del Terziario e del Turismo. L'iscrizione alla QuAS, integrativa del Servizio Sanitario Nazionale, è obbligatoria per tutti i dipendenti con qualifica di "quadro" ai quali si applica il CCNL del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi stipulato da Confcommercio e Filcams CGIL, Fisascat CISL e Uiltucs UIL, e del Turismo stipulato da Federalberghi, Federreti, Fipe, Fiavet e Faita, con Filcams CGIL, Fisascat CISL e Uiltucs UIL.

Hanno diritto alle prestazioni sanitarie tutti gli iscritti dipendenti da aziende del Commercio, del Turismo e dei Servizi le quali risultino in regola con il versamento delle quote contributive. L'assicurazione Quas non è estensibile ai familiari. Attraverso il proprio Tariffario Nomenclatore la Cassa "cataloga" le oltre 3.000 prestazioni sanitarie riconosciute e le relative tariffe ammesse a rimborso. L'importo rimborsato è netto e il Tariffario garantisce piena libertà di cura: medico e luogo di cura non sono vincolati. Sono peraltro state stipulate dalla Cassa convenzioni con strutture sanitarie di ottimo livello in alcuni centri urbani a maggior densità di iscritti, allo scopo di consentire accertamenti diagnostici senza oneri da anticipare da parte del "quadro" che ne usufruisce, salvo eventuali costi o prestazioni eccedenti rispetto al Nomenclatore vigente. Nel caso di spese rimborsate dal Servizio Sanitario Nazionale oppure da altre forme assicurative il pagamento a carico della QuAS riguarderà esclusivamente la parte eccedente non ammessa a rimborso, comunque nei limiti del tariffario vigente.

IL REGOLAMENTO

Articolo 1

Il presente regolamento modifica, con decorrenza 1° gennaio 2011, la preesistente disciplina regolamentare della Cassa secondo quanto deliberato dal Consiglio Generale in data 12/10/2010.

Con l'iscrizione alla Cassa l'iscritto accetta integralmente il presente Regolamento ed il Nomenclatore tariffario delle prestazioni erogate deliberato di volta in volta dagli Organi della Cassa, prendendo atto delle relative clausole e condizioni, da considerarsi tutte essenziali ed inderogabili per qualsivoglia motivo.

Articolo 2

L'iscrizione alla Qu.A.S., integrativa del Servizio Sanitario Nazionale, è obbligatoria per tutti i dipendenti con qualifica di "Quadro" ai quali si applicano i CCNL del Terziario, Commercio, Turismo e Servizi stipulati da Confcommercio e Filcams CGIL, Fisascat CISL e Uiltucs UIL, e del Turismo stipulato da Federalberghi, Federreti, Fipe, Fiavet, Faita e con Filcams CGIL, Fisascat CISL e Uiltucs UIL e settori affini.

Hanno altresì l'obbligo di iscrizione alla Quas anche i dipendenti con qualifica di Quadro delle aziende di Import/export ortofrutticoli, Fiori, Vigilanza privata, Impianti sportivi e fitness, Concessionari scommesse ippiche e sportive (bingo). Hanno diritto alle prestazioni sanitarie tutti gli iscritti dipendenti da aziende dei Settori predetti le quali risultino in regola con il versamento delle quote contributive dovute alla Quas ed in regola con la applicazione integrale del CCNL vigente.

La copertura assicurativa della Cassa interessa la persona fisica del Quadro con esclusione del nucleo familiare, fatto salvo quanto previsto dal pacchetto maternità.

A tale scopo:

- l'iscrizione è riservata alle Aziende, Enti, Associazioni, Fondazioni ecc. e che svolgono attività riconducibile al settore Terziario, Commercio, Turismo e Servizi; sono iscrivibili anche le Aziende estere che adempiono agli obblighi fiscali e contributivi in Italia;
- la richiesta di iscrizione deve essere inoltrata utilizzando specifica modulistica predisposta dalla QuAS disponibile alle pagine web della Cassa www.quas.it: modello CONTR_1 (Dichiarazione del datore di Lavoro) e Modello CONTR_2 (Dichiarazione congiunta del Quadro e del datore di lavoro) attestante l'applicazione integrale dei CCNL del Terziario, della Distribuzione, dei Servizi e del Turismo, ed

il conseguente adempimento di tutti gli obblighi contributivi nei confronti degli Enti previsti dai CCNL medesimi e dalla dichiarazione di consenso all'utilizzo dei dati forniti ai sensi della normativa sulla privacy (D.Lvo n. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni). Con la domanda di iscrizione, on line o con procedura cartacea, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1341, 1342, Cod.Civ. il Quadro dichiara di aver preso visione del Tariffario Nomenclatore vigente, contenente la disciplina regolamentare della Cassa, e di accettarne senza riserve l'integrale contenuto da considerarsi inderogabile. Approva per quanto di rispettiva competenza esplicitamente le clausole di cui agli artt. 1,2,3,4,5,6,7,8;

- ai fini dell'iscrizione la QuAS può richiedere, anche presso gli Enti pubblici e privati, tutta la documentazione che riterrà idonea al fine di accertare l'inquadramento aziendale ed il rapporto di lavoro instaurato.

L'assistenza sanitaria decorre dal primo giorno del mese successivo alla data di comunicazione di iscrizione da parte dell'Azienda che deve essere inoltrata alla Cassa on line o con procedura cartacea entro 30 giorni dall'assunzione o dall'attribuzione della qualifica di Quadro e termina in caso di irregolarità od omissione contributiva, di decesso, di perdita della qualifica di Quadro. La data di inoltro della domanda di iscrizione non può essere antecedente alla data di nomina/assunzione del Quadro stesso.

Non si considerano validamente presentate le domande incomplete e la richiesta di iscrizione si intende formalizzata e produttiva di effetti solo dopo la effettiva ricezione da parte della Qu.A.S. di tutta la documentazione necessaria.

I rimborsi possono essere autorizzati per eventi sanitari che insorgono dal primo giorno del mese successivo alla decorrenza di iscrizione alla Cassa che avviene all'atto della formalizzazione della domanda come precisato al comma precedente.

L'iscrizione alla Cassa costituisce obbligo contrattuale e, pertanto, il versamento dei contributi decorre dal mese di attribuzione della qualifica di quadro, anche se pregressa rispetto alla comunicazione dell'azienda.

In caso di cessazione del rapporto di lavoro le prestazioni della Cassa sono sospese alla scadenza della copertura contributiva annuale. In ogni caso l'azienda deve comunicare entro trenta giorni la cessazione dell'iscrizione del Quadro.

Nel caso di iscrizione o contribuzione non conforme o parziale le prestazioni non potranno essere accolte sino alla regolarizzazione completa della posizione contributiva.

Articolo 3

Per ciascun quadro è dovuto un contributo annuale, nella misura stabilita dai CCNL.

Il contributo costituisce parte integrante della retribuzione contrattuale ed è, pertanto, da considerarsi obbligatorio.

Con decorrenza 01/01/2009, per tutti i settori di attività che applicano i CCNL del Terziario, Commercio, Servizi e Turismo, è di 390,00 euro di cui 50,00 euro a carico del dipendente e 340,00 euro a carico dell'azienda. Limitatamente al primo anno il contributo annuale deve essere versato interamente per la parte di competenza del dipendente (50,00 euro), mentre è frazionabile quella a carico dell'azienda (340,00 euro) come dalla tabella allegata in calce.

All'atto dell'iscrizione è inoltre dovuta dall'azienda una quota costitutiva, non frazionabile, pari a 340,00 euro per il Terziario, Commercio, Servizi e Turismo e settori affini.

I contributi devono essere versati dall'azienda, anche per la parte di competenza del Quadro, per tutti i periodi per i quali è dovuta la retribuzione, ivi compreso il periodo di preavviso coperto dalla relativa indennità.

I contributi sono dovuti nella misura intera anche per i dipendenti Quadri con rapporto di lavoro part-time.

Qualora esista il rapporto di lavoro e l'erogazione della retribuzione, il contributo Quas è dovuto anche se l'orario di lavoro è ridotto.

Per i dipendenti Quadri con contratto a tempo determinato la contribuzione è dovuta per l'intero anno solare in cui cade il rapporto di lavoro con le stesse modalità previste per il contratto di lavoro a tempo indeterminato.

Il versamento dei contributi da parte dell'azienda deve essere eseguito in unica soluzione entro il 31 gennaio dell'anno in corso a cui i contributi stessi si riferiscono.

Sarà cura della Cassa stabilire riscossioni con scadenze periodiche per tutte le iscrizioni di Aziende e Quadri successive alla scadenza annuale.

Articolo 4

La QuAS rimborsa tutte le prestazioni medico chirurgiche, riabilitative, terapeutiche e/o diagnostiche – comprese le visite specialistiche – fino all'importo massimo previsto per ciascuna voce e secondo l'elencazione contenuta nel "Nomenclatore tariffario" che costituisce parte integrante del presente Regolamento, che si intende accettato per effetto della semplice richiesta di iscrizione alla QuAS.

La Cassa riconosce le prestazioni sanitarie fruitive all'estero solo se previste nel tariffario vigente. La documentazione medica probante e le fatture relative alle spese sostenute all'estero devono essere, a cura del Quadro, accompagnate dalla traduzione completa di tutte le voci elencate.

La voce riportata nel nomenclatore costituisce l'evento principale ed il relativo importo rimborsabile è onnicomprensivo di tutti gli adempimenti e/o pratiche sanitarie, anche se non esplicitamente riportate nel Nomenclatore, che costituiscono parte integrante della prestazione fruita. La Cassa potrà attivare forme di intervento diretto mediante apposite convenzioni.

In tal caso l'assicurato potrà fruire di prestazioni in convenzione dopo l'autorizzazione di volta in volta preventivamente rilasciata dalla QuAS e dovrà anticipare soltanto eventuali spese non coperte dalla convenzione. Nel caso di spese rimborsate dal Servizio Sanitario Nazionale il pagamento a carico della QuAS riguarderà esclusivamente la parte eccedente non ammessa a rimborso, comunque nei limiti del tariffario vigente.

In presenza di polizze sanitarie integrative a garanzia primaria sottoscritte con Compagnie di Assicurazione che coprono l'intero evento sanitario, la Qu.A.S. interviene esclusivamente in forma integrativa nei limiti del tariffario vigente. Nel caso di polizze sanitarie a secondo rischio rispetto alla copertura Qu.A.S., la Cassa interviene in prima istanza nei limiti delle tariffe elencate nel nomenclatore per le singole voci. In entrambi i casi, ai fini del rimborso, le domande devono essere corredate da apposita dichiarazione rilasciata dall'Azienda oppure da una autocertificazione del Quadro richiedente con la quale si attesti la tipologia della polizza sottoscritta.

Sarà cura della Cassa restituire al Quadro, in allegato alla lettera di liquidazione della pratica, copia dei documenti sanitari e dei giustificativi di spesa sui quali verrà annotata la tipologia delle prestazioni sanitarie e l'importo liquidato (gli originali rimangono agli atti della Cassa e sono posti a disposizione dell'Amministrazione Finanziaria e Giudiziaria in caso di esplicita richiesta).

Articolo 5

Per ottenere il rimborso delle prestazioni, sino alla quota massima indicata nel tariffario, i Quadri assicurati dovranno presentare la documentazione in originale fiscalmente valida, contenente la specifica delle prestazioni usufruite, corrispondenti alle voci del Tariffario medesimo

ed indicante analiticamente, per ciascuna voce, la spesa sostenuta, unitamente alla prescrizione del medico curante contenente la diagnosi o il sospetto diagnostico. Non è necessario l'invio di esiti o referti se non richiesti espressamente dalla Cassa.

La compilazione delle domande dovrà avvenire utilizzando l'apposita modulistica disponibile sul sito web www.quas.it (nella sezione "moduli rimborsi").

L'invio della domanda di rimborso deve avvenire a mezzo plico raccomandata a/r sul quale dovrà essere riportata la dicitura "Pratica Quas". Tramite il sito www.quas.it possono essere svolte a cura del Quadro le pratiche on line secondo le modalità previste.

Il tempo utile per presentare la richiesta di rimborso delle spese sanitarie sostenute è fissato a 365 giorni dalla data di fatturazione delle medesime. Fa fede il timbro postale applicato sul plico dall'ufficio postale al momento dell'inoltro della raccomandata.

La prescrizione del medico curante o dello specialista è documento obbligatorio sia per le prestazioni fruite presso centri convenzionati sia presso strutture private.

Tali prescrizioni possono essere inviate anche in copia.

Nel caso di ricovero ordinario, o day hospital, o chirurgia ambulatoriale, è necessaria la prescrizione del medico curante, e deve essere comunque trasmessa la copia conforme della cartella clinica o idonea documentazione clinica regolarmente sottoscritta dal responsabile della struttura sanitaria. Per data di fruizione delle prestazioni, anche se parziali o per gli acconti pagati, si intende la data della rispettiva fatturazione. Ne consegue che allo scopo di evitare la decadenza dal diritto ai rimborsi possono essere presentate anche domande parziali.

Tutti i documenti di spesa ammessi a rimborso verranno conservati dalla Cassa e potranno essere restituiti in copia a richiesta del Quadro previa annotazione delle prestazioni e degli importi rimborsati. Previa esplicita richiesta della Amministrazione finanziaria e giudiziaria, la Cassa provvederà a restituire i documenti di spesa in originale. Ai sensi di quanto stabilito all'art. n. 4 le notule mediche e/o le fatture di spese sostenute all'estero devono essere accompagnate da una traduzione completa in lingua italiana di tutte le voci elencate.

Il rimborso delle pratiche sanitarie avverrà esclusivamente, tassativamente ed inderogabilmente, mediante bonifico bancario sul conto corrente del Quadro, il quale dovrà quindi fornire con la domanda di rimborso il numero del conto corrente, la banca prescelta e le corrispon-

denti coordinate bancarie. Sono quindi del tutto esclusi i rimborsi a mezzo assegno circolare, bancario o postale. Si ribadisce, inoltre, all'uopo, che non potranno essere prese in considerazione richieste di rimborso con pagamento da effettuarsi a favore di qualsivoglia terzo, anche se formalmente cessionario dei corrispondenti diritti.

La Cassa non può svolgere, per motivi organizzativi e per la mancata conoscenza diretta dello specifico quadro clinico dell'assistito, servizi di consulenza sanitaria su casi concreti.

Spetta al medico curante e/o all'interessato l'individuazione della specifica prestazione e l'accertamento e/o valutazione della rispondenza rispetto alle voci previste dal tariffario della Cassa, assumendosene la responsabilità.

Similmente, per quanto attiene i calcoli preventivi, la Cassa non può esprimere alcuna considerazione in merito né fornire elementi di valutazione, che spettano esclusivamente all'interessato. La comunicazione degli importi rimborsati avrà luogo soltanto dopo la definizione della medesima richiesta, esaminata dai Consulenti medici della Cassa.

Per informazioni generiche di carattere sanitario è possibile rivolgersi al "Medico on line" presente sulle pagine web della Cassa.

Articolo 6

Prima di decidere riguardo l'accoglimento di una domanda di rimborso, e comunque ogni volta lo ritenga necessario, la Cassa può richiedere ai medici curanti relazioni mediche esplicative e può disporre altresì accertamenti mediante consulenti di propria fiducia.

Articolo 7

Sono in ogni caso escluse dal rimborso le prestazioni di seguito elencate:

1. Visite mediche non specialistiche. La specializzazione del medico curante viene accertata dalla Cassa attraverso l'iscrizione nell'apposito Albo professionale.
2. Prestazioni effettuate non per stati patologici.
3. Tutti i farmaci ad eccezione di quelli chemioterapici; tutte le strumentazioni in quanto il costo è ricompreso nella tariffa prevista per la prestazione sanitaria.
4. Tutte le prestazioni odontoiatriche non esplicitamente elencate nel presente Nomenclatore Tariffario.
5. Operazioni o cure estetiche.

6. Prodotti dietetici.
7. Calzature ortopediche, calze elastiche, plantari.
8. Presidi per deambulazione.
9. Colorimetro a riflessione per la misurazione domiciliare della glicemia.
10. Spese di viaggio e soggiorno (a qualunque intervento e/o prestazioni collegate), salvo le eccezioni specificatamente previste.
11. Apparecchi nebulizzatori per broncopneumopatie croniche.
12. Tutte le spese già coperte da assicurazioni per legge, per contratto di lavoro o a carico dell'azienda, oppure derivanti da partecipazioni a gare sportive od avvenimenti agonistici.
13. Tutte le prestazioni che non vengono corredate della documentazione conforme al vigente Regolamento.
14. Tutti i rimborsi che prevedono la erogazione di indennità (vedasi indennità di ricovero) spediti oltre 365 giorni dalla data di chiusura dell'evento sanitario.
15. Tutti i rimborsi richiesti oltre 365 giorni dalla data della rispettiva fattura, anche se la stessa ha riguardato un pagamento in acconto oppure una prestazione parziale. I 365 giorni decorrono dal giorno successivo alla chiusura dell'evento sanitario per l'ipotesi di cui al punto 14 e dal giorno successivo la data della fattura per l'ipotesi di cui al punto 15. A tal fine non viene presa in considerazione la data di spedizione del plico postale raccomandato.
16. Tutte le prestazioni fruitive dai nuovi iscritti anteriormente alla data di decorrenza dell'iscrizione alla Cassa nei termini riportati all'articolo 2.
17. Tutte le spese inerenti le cure termali, che non siano prescritte e motivate da un medico specialista della ASL o da medico INAIL, con effettuazione entro giorni novanta dalla prescrizione presso strutture sanitarie riconosciute e/o abilitate dal SSN nel territorio Italiano.
18. Tutte le spese non supportate da documenti originali qualunque sia il motivo che non ne consente la presentazione, comprese cause di impossibilità sopravvenuta e/o forza maggiore (es. smarrimento, furto, distruzione accidentale, ecc.) e nemmeno se sostituiti da copie autentiche.
19. Tutte le spese inerenti alle sedute di psicoterapia qualora non vengano prescritte esclusivamente da laureati in medicina e chirurgia e non vengano effettuate da professionisti abilitati alla attività di psicoterapeuta (iscritti allo specifico albo degli psicoterapeuti).

Articolo 8

Rimane salva la possibilità di riesame amministrativo da richiedersi entro 90 giorni dalla data del provvedimento di reiezione. Il Quadro che intende presentare ricorso per ragioni sanitarie o amministrative al provvedimento di liquidazione adottato, o di mancata liquidazione, deve inoltrare entro novanta giorni istanza alla Presidenza della Cassa a mezzo raccomandata a.r. e deve allegare dettagliata documentazione medica probante o comunque utile al ricorso. L'interessato può richiedere, altresì, una visita medica di controllo, con spese a proprio carico, che la Cassa potrà disporre mediante medici di propria fiducia. In mancanza, il ricorso verrà esaminato allo stato degli atti. I ricorsi di cui sopra saranno esaminati successivamente alla ricezione dei medesimi secondo le modalità stabilite dalle vigenti norme statutarie.

Nota

In base alle norme contrattuali ciascun Quadro ha diritto ad essere iscritto alla Quas e a usufruire di conseguenza delle relative prestazioni. Al fine di rendere concreto ed operativo l'unicità del dettato contrattuale è assolutamente necessario che le Aziende versino i contributi per tutti i dipendenti con qualifica di Quadro e pertanto siano costantemente in regola con quanto stabilito al precedente articolo 3. Nei casi in cui una azienda abbia alle proprie dipendenze più Quadri i versamenti collettivi devono corrispondere ai relativi importi complessivi. In caso contrario ed in carenza di tale rispondenza la Quas sospenderà il rimborso delle singole pratiche.

Tabella di frazionamento contributo del primo anno per le aziende del Terziario, Commercio, Servizi e Turismo e settori affini

Data Nomina	N° Mesi	Importo Azienda	Importo Quadro	TOTALE
1 - 15/01	12	340,00	50,00	390,00
16/01 - 15/02	11	312,00	50,00	362,00
16/02 - 15/03	10	283,00	50,00	333,00
16/03 - 15/04	9	255,00	50,00	305,00
16/04 - 15/05	8	227,00	50,00	277,00
16/05 - 15/06	7	198,00	50,00	248,00
16/06 - 15/07	6	170,00	50,00	220,00
16/07 - 15/08	5	142,00	50,00	192,00
16/08 - 15/09	4	113,00	50,00	163,00
16/09 - 15/10	3	85,00	50,00	135,00
16/10 - 15/11	2	57,00	50,00	107,00
16/11 - 15/12	1	28,00	50,00	78,00

LE PRESTAZIONI

Il rimborso è da riferire al costo della protesi, gli eventuali costi per intervento chirurgico per l'applicazione sono presenti nelle rispettive branche.

Presidi e protesi

Protesi mammaria (ciascuna)

217

Ricovero ospedaliero

In caso di ricovero in struttura a carico del SSN l'Ente eroga un indennizzo di 78,00 euro giornalieri per un periodo massimo di 60 giorni per anno solare con esclusione dei primi 10 giorni. In caso di trasferimento tra diverse strutture sanitarie e di brevi sospensioni e successivo nuovo ricovero dovute ad esigenze di cura certificate dalla struttura sanitaria, il periodo si intende continuativo e riferito allo stesso evento.

Ricovero all'estero

In caso di ricovero all'estero per intervento chirurgico comportante spese superiori a 5.165,00 euro la Cassa indennizza le spese di trasporto (esclusi i mezzi propri) del solo assistito nella misura del 50% e sino ad un tetto massimo di 2.066,00 euro.

Per il familiare accompagnatore viene altresì riconosciuta una somma di 78,00 euro giornalieri per ogni giorno di degenza all'estero sino al 45° giorno, con esclusione dei primi dieci giorni.

Fecondazione assistita

Il numero massimo di tentativi (3) è da riferirsi all'intero periodo di iscrizione del quadro.

In caso di fecondazione assistita autologa la Cassa eroga un contributo, per la coppia, sino ad un importo massimo di Euro 2.066,00 onnicomprensivo delle spese relative all'atto chirurgico e per i farmaci necessari. Saranno inoltre erogati, in via ordinaria, i rimborsi, secondo tariffario, per le altre prestazioni diagnostico terapeutiche, propedeutiche o conseguenti all'atto chirurgico effettuate ai soli associati. L'intervento straordinario per l'atto chirurgico è erogabile sino ad un massimo di 3 volte.

Decesso dell'assicurato

Assegno funerario di 2.000 euro quale partecipazione alle spese. In allegato alla domanda gli eredi devono presentare il certificato di morte

e l'atto notorio attestante il diritto all'eredità e, in caso di coeredi, la delega alla riscossione rilasciata ad uno di essi.

CONVENZIONI DIRETTE

Sono state attivate delle convenzioni dirette con Centri specialistici per l'effettuazione degli esami di diagnostica ambulatoriale.

In via sperimentale è in essere una convenzione diretta, con tariffe concordate, per le prestazioni diagnostico terapeutiche svolte in regime di ricovero. È stata altresì attivata una convenzione con un centro odontoiatrico per fornire prestazioni a tariffe concordate. Ulteriori informazioni potranno essere reperite sul sito www.quas.it

Norme comuni agli esami di prevenzione

Il programma di prevenzione DEVE RIGUARDARE TASSATIVAMENTE TUTTE LE VOCI ELENcate IN CIASCUNO DEGLI INTERVENTI PROPOSTI. L'utilizzo di tale servizio non richiede alcuna preventiva autorizzazione e/o prescrizione medica; pertanto sarà sufficiente inoltrare alla Cassa la richiesta di rimborso, entro il limite massimo di importo previsto per ciascun intervento, allegando le fatture rilasciate da un centro specializzato. Si chiarisce che, qualora vengano effettuati soltanto alcuni degli accertamenti previsti dal programma, il rimborso riguarderà solo le prestazioni fruite, singolarmente fatturate e giustificate da regolare prescrizione medica e, pertanto, ai fini del rimborso la pratica rientra nella normativa generale.

Nel caso in cui il quadro decidesse di partecipare a 2 o più Protocolli le analisi in comune saranno ovviamente effettuate una sola volta.

Si precisa che tutti i protocolli di prevenzione devono essere effettuati presso la medesima struttura sanitaria. I programmi potranno essere effettuati al massimo una volta per anno solare.

B1 - Prevenzione delle patologie oncologiche genitali femminili e mammarie

Per donne di età superiore a 50 anni

Spesa massima autorizzata 207,00 euro per i seguenti accertamenti:

a) base comune di diagnostica ematochimica caratterizzata da:

- Esame emocromocitometrico
- Ves
- Glicemia

- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale e Hdl
- Bilirubina totale e frazionata
- Alt e Ast

b) indagini specifiche:

- Visita ginecologica e pap test
- Esame mammografico

Per donne di età inferiore a 50 anni: stesso pacchetto di prevenzione, non comprensivo di esame mammografico.

Spesa massima autorizzata 180,00 euro.

B2 - PREVENZIONE PRECONTRACCETTIVA

Spesa massima autorizzata 250,00 euro per i seguenti accertamenti:

a) base comune di diagnostica ematochimica caratterizzata da

- Esame emocromocitometrico
- Ves
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale e Hdl
- Bilirubina totale e frazionata
- Alt e Ast

b) indagini specialistiche

- Proteina C
- Proteina S
- omocisteina
- APCR
- Visita ginecologica e pap test
- Esame ecografico mammario

B3 - PREVENZIONE MENOPAUSA e terapia sostitutiva

Spesa massima autorizzata 350,00 euro per i seguenti accertamenti:

a) base comune di diagnostica ematochimica caratterizzata da

- Esame emocromocitometrico
- Ves
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale e Hdl

- Bilirubina totale e frazionata
- Alt e Ast
- b) indagini specialistiche
- LH
- FSH
- 17B Estradiolo
- MOC
- Mammografia
- Visita specialistica cardiologia+ECG
- Visita ginecologica e pap test
- ecografia pelvica

Descrizione della prestazione

GRAVIDANZA SICURA

Nell'ipotesi di gravidanza certificata, le iscritte alla Qu.a.s. potranno ottenere il rimborso delle sottoelencate indagini a tariffe superiori a quelle correnti, come di seguito indicate nel dettaglio, senza necessità di trasmettere la prescrizione medica relativa alle indagini effettuate.

Per ottenere il rimborso sarà dunque necessario trasmettere alla Cassa, nei termini di Regolamento, il certificato medico comprovante l'attuale stato di gravidanza (1) unitamente al documento di spesa attestante l'effettuazione delle indagini, il dettaglio delle prestazioni fruite e l'importo pagato.

(1) Il certificato dovrà essere inviato ad ogni richiesta di rimborso (anche in copia).

Anticorpi antifosfolipidici (ricerca)	45
Gonadotropina corionica (HCG)	18
Gonadotropina corionica (HCG) urinaria	18
Gonadotropina corionica: subunità beta plasmatici (BHCG plasmatica)	18
Gonadotropina corionica: subunità beta - frazione libera IRMA	25
Estradiolo (E2 o 17 Beta)	18
Estriolo plasmatico	18
Estriolo urinario	18
Estrone	12
Cromatina Sessuale	18
Cariotipo su sangue periferico (Mappa cromosomica)	120
Amniocentesi (Cariotipo su liquido amniotico compreso prelievo)	400
Cariotipo su aborto	300
Villocentesi (Cariotipo su villi coriali compreso prelievo bioptico)	600
FISH amniociti in interfase 2 sonde	90

FISH amniociti in interfase 4 sonde	150
FISH con altre sonde	80
Ecografia addome inferiore	95
Traslucenza nucale - ultrascreen	60
Cardiotocografia	50
Tri-test (esclusa ecografia)	80
Puntura epidurale nel parto	250

TUTELA DEL FIGLIO/A

Relativamente al primo anno di vita del figlio/a, sono riconosciute secondo tariffario tutte le prestazioni diagnostiche e terapeutiche fruite. La domanda di rimborso presentata dal genitore iscritto alla Qu.A.S. rientra tra le procedure ordinarie e pertanto deve essere corredata dalla prescrizione medica indicante la diagnosi e/o sospetto diagnostico e relative fatture originali dettagliate attestanti i pagamenti effettuati. La domanda deve essere corredata del certificato di stato di famiglia.

PROFILASSI CONTRO IL VIRUS DEL PAPILLOMA UMANO (HPV)

La QuAS continuando l'opera di prevenzione già intrapresa negli anni, fornisce la disponibilità alle proprie iscritte di età inferiore ai 26 anni di sottoporsi alla profilassi con il vaccino contro il virus HPV (Virus del papilloma umano). Sarà quindi possibile, per le associate che rientrino nella fascia di età indicata, rivolgersi ai centri convenzionati ove potranno ricevere le visite specialistiche ginecologiche e la somministrazione del vaccino in convenzione diretta oppure rivolgersi al proprio ginecologo dal quale, senza necessità di prescrizione preventiva, potranno effettuare la visita specialistica (che verrà rimborsata secondo il tariffario QuAS) che attesti la prescrivibilità del vaccino e, successivamente, effettuare il ciclo vaccinale, basato su tre somministrazioni del vaccino (la seconda dose dopo 2 mesi dalla prima e dopo ulteriori 6 mesi la terza). Al termine sarà sufficiente inviare alla Cassa le fustelle del farmaco e la ricevuta relativa alla visita dello specialista per ottenere il rimborso.

SEZIONE SPECIALE GRANDI EVENTI RISERVATA AI QUADRI IN COSTANZA DI RAPPORTO DI LAVORO

Regolamento Grandi Eventi (approvato con delibera del 18 novembre 2006)

1. Per i soli Quadri in costanza di rapporto di lavoro e che a norma del Regolamento possono fruire dell'assistenza sanitaria, è data copertura per le prestazioni erogate per "Grandi Eventi", come di seguito definiti e con la regolamentazione di seguito fissata.
2. Si intende per:
"Grande Evento": il grave evento morboso (patologia in forma estrema) ed il grande intervento chirurgico (atto chirurgico) appartenente ai seguenti gruppi:
 - A - Gravi e rare forme neoplastiche che abbiano necessitato di intervento chirurgico, radio e/o chemioterapia
 - B - Gravi cerebrovasculopatie invalidanti
 - C - Patologie neurologiche degenerative che hanno condotto a grave invalidità
 - D - Gravi patologie cardio respiratorie con elevata insufficienza funzionale
 - E - Trapianto di organo (rene, cuore, polmone, fegato, intestino e midollo)Si definiscono:
 - Limite massimo tassativo: la spesa massima rimborsabile per grande evento che dà diritto al rimborso di un unico intervento nel corso della vita associativa all'iscritto in costanza di attività lavorativa.
 - Franchigia: l'importo delle spese sostenute, indennizzabili a norma del presente atto, che rimane a carico dell'iscritto.
3. Rimborsi per prestazioni sanitarie erogate presso strutture del Ssn. Sono rimborsabili: i tickets, le differenze di classe e le prestazioni sanitarie fatturate extra dalle strutture a gestione diretta Ssn, sempre se non già coperte dal Nomenclatore Tariffario QuAS, da eventuali polizze integrative e/o assicurazioni sanitarie e comunque entro il limite massimo tassativo di euro 250.000,00 salvo la franchigia di euro 20.000,00.
4. Sono escluse dal rimborso tutte le patologie e gli atti chirurgici non compresi nella dizione "Grande Evento".
5. Il grado di gravità della patologia sarà stabilito a insindacabile giudizio degli organi sanitari della QuAS.

6. Il Quadro affetto da infermità mentale, tossicodipendenza, Aids ed alcolismo, non può richiedere rimborsi alla Quas ad alcun titolo e, qualora venga a trovarsi in una delle suddette condizioni e/o patologie, dovrà darne tempestiva comunicazione, mediante invio di raccomandata a.r., alla QuAS.
7. Per ottenere il rimborso delle prestazioni, sino al limite massimo tassativo, il Quadro dovrà presentare fatture di spesa unicamente in originale che su richiesta verranno restituite in copia con l'indicazione del rimborso effettuato dalla Cassa. Previa esplicita richiesta dell'Amministrazione Finanziaria e Giudiziaria la Cassa provvederà a restituire i documenti di spesa in originale. Il Quadro dovrà altresì presentare attestazione in cui si dichiara che si tratta dell'unico rimborso richiesto a tale titolo.
8. La data di presentazione della domanda per i rimborsi per le prestazioni sanitarie è considerata come termine temporale di chiusura dell'evento patologico. Successivamente alla presentazione della domanda non potrà essere richiesto alcun rimborso per prestazioni sanitarie connesse all'evento patologico "Grandi eventi" ed effettuate dopo la data di presentazione della domanda di rimborso.
9. Prima di decidere l'accoglimento della domanda di rimborso, e comunque ogni volta che lo ritenga necessario, la Cassa può richiedere ai medici curanti relazioni mediche esplicative e può disporre altresì accertamenti mediante medici di propria fiducia.
10. La pratica di rimborso viene istruita dai consulenti sanitari della Quas per l'aspetto medico e dall'Ufficio di Direzione per quello amministrativo ed è sottoposta ad approvazione da parte della Giunta esecutiva della Cassa.
11. La domanda di rimborso, qualora approvata, deve essere considerata quale contributo straordinario indipendente dalla natura delle prestazioni o degli interventi subiti. Ogni Quadro ha diritto ad un unico intervento (rientrante nella previsione "Grandi Eventi") nel corso della vita associativa e comunque sempre in costanza di attività lavorativa.
12. L'intervento economico straordinario della Cassa a favore del Quadro ha carattere di unicità indipendentemente dal tempo di applicazione o dalla durata dell'evento patologico e le prestazioni sanitarie oggetto del rimborso devono riferirsi all'evento patologico "Grande Evento", anche se esso ha condotto più ricoveri.
13. L'intervento economico della Cassa è sempre a consuntivo. Non è

quindi possibile richiedere acconti per prestazioni sanitarie che dovranno essere ancora erogate.

- 14.** La Quas a seguito dell'esito positivo dell'istruttoria della pratica effettuerà il rimborso esclusivamente mediante bonifico bancario sul conto corrente del Quadro, il quale deve fornire con la domanda di rimborso il numero di conto corrente, la banca prescelta e le corrispondenti coordinate bancarie. Sono esclusi i rimborsi a mezzo assegno circolare, bancario o postale, o comunque in favore di qualsivoglia terzo.
- 15.** Per quanto non disciplinato nella presente sezione speciale si rimanda espressamente al Regolamento.

DA COMPILARE IN STAMPATELLO

☐ Pratica di rimborso da RIESAMINARE protocollo n. ☐ Pratica di rimborso nuova

QUADRO IN ATTIVITÀ	
Nome	
Cognome	
Azienda	

QUADRO IN PENSIONE	
Nome	
Cognome	

Data e luogo di nascita Cod. Fiscale

Via CAP Città

Tel. ufficio Tel. abitazione Cell.

IBAN - Coordinate Bancarie Internazionali (International Banking Account Number)																
Cod. Paese	Cod. Contr.	CIN	ABI				CAB				CODICE CONTO CORRENTE					

1. È titolare di altre assicurazioni con **copertura primaria**? ☐ sì ☐ no
Se sì, allegare il prospetto di liquidazione rilasciato dalla compagnia assicuratrice.
2. È titolare di altre assicurazioni con **copertura secondaria** del rischio (integrativa alla Qu.A.S.)? ☐ sì ☐ no
Se sì, allegare la dichiarazione attestante la tipologia della polizza sottoscritta (art. 4 commi 6/7/8 del regolamento vigente).

FATTURE E/O RICEVUTE DI SPESA ALLEGATE (indicare la quantità)

Sono escluse dal rimborso tutte le spese non supportate da documenti originali, qualunque sia il motivo che non ne consente la presentazione (art. 7 n.18 reg. Quas). È necessario che la documentazione di spesa sia regolarmente quietanzata.

Note

Nell'ipotesi di prestazioni che si protraggono nel tempo è consentita la presentazione di domande parziali per le quali deve sempre sussistere coincidenza tra l'importo corrisposto alla Casa di Cura oppure al medico professionista rispetto alle prestazioni nel frattempo fruito ed elencate nel modulo di domanda.

Le domande parziali devono essere presentate nel rispetto temporale dei 365 giorni dalla data della fattura

Ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1341 e 1342 Cod. Civ., il sottoscritto dichiara di aver preso visione del Tariffario Nomenclatore Qu.A.S. vigente, contenente la disciplina regolamentare della Cassa, e di accettarne senza riserve l'integrale contenuto da considerarsi inderogabile. Approva per quanto di rispettiva competenza esplicitamente le clausole di cui agli artt. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.

Il sottoscritto dichiara che nel rapporto di lavoro in essere è integralmente applicato il contratto collettivo di lavoro e, conseguentemente, di adempiere a tutti gli obblighi contributivi nei confronti degli enti previsti dal CCNL. Dichiara, altresì, consapevole delle responsabilità civili e penali che conseguono a dichiarazioni false o mendaci, che tutto sopra enunciato corrisponde integralmente a verità. Il sottoscritto dichiara il consenso all'utilizzo dei dati forniti, giusto il disposto della normativa sulla privacy D.L.vo 196/2003

Data

Firma del richiedente

E-mail

- Le domande di rimborso prive di prescrizione medica e diagnosi o sospetto diagnostico saranno respinte (art. 5 reg. QuAS)
- Sono escluse dal rimborso tutte le spese non supportate da documenti originali, qualunque sia il motivo che non consente la presentazione (art. 7.18 reg QuAS). È necessario che la documentazione di spesa contenga il timbro dell'ente emittente e sia sottoscritta da firma del responsabile o percettore che attesti trattarsi dell'originale.
- Per data fruizione delle prestazioni, anche se parziali o per gli acconti, si intende la data della rispettiva fatturazione (art. 5 reg.QuAS)
- Le uniche prestazioni di prevenzione ammesse sono i protocolli A, B1, B2, B3, C, D ed E espressamente indicati nel Tariffario. I protocolli sono tassativi e devono essere effettuate tutte le voci previste per ciascuno di essi.

dal al

dal al

Rimborso lenti

Data ultima richiesta

Documenti allegati

Fatture e ricevute n.

Prescrizioni n.

Altro (cartelle cliniche,
certificati di degenze, esiti) n.

Firma del richiedente



Fondo Est

assistenza sanitaria integrativa
commercio turismo servizi e settori affini

Assistenza Sanitaria Integrativa Commercio Turismo Servizi e Settori Affini

CHI SIAMO

Fondo Est nasce in attuazione del Contratto Nazionale di Lavoro per i dipendenti delle aziende del Terziario e del Turismo, sottoscritto da Confcommercio, Fipe, Fiavet e dai sindacati dei lavoratori: Filcams Cgil, Fisascat Cisl, Uiltucs Uil. Il fondo, operativo dal 2006, ha lo scopo di garantire ai lavoratori un'assistenza sanitaria integrativa al Servizio Sanitario Nazionale.

A CHI CI RIVOLGIAMO

Hanno diritto alle prestazioni di assistenza sanitaria garantite da Fondo Est tutti i lavoratori dipendenti a tempo indeterminato e gli apprendisti ai quali si applicano i CCNL dei settori Terziario e Turismo (pubblici esercizi, mense e agenzie di viaggio), del settore Ortofrutticolo e delle Aziende Farmaceutiche Speciali. Possono inoltre essere iscritti i lavoratori con contratto a tempo determinato di durata superiore a 3 mesi (per il CCNL Turismo) e i lavoratori con contratto a tempo determinato di durata superiore a 5 mesi (per il CCNL Ortofrutticolo).

COME ISCRIVERSI

L'iscrizione di tutte le aziende che applicano i Contratti Nazionali di riferimento e dei relativi lavoratori avviene esclusivamente per via telematica, seguendo una rapida procedura all'interno dell'Area Utenti.

PIANO SANITARIO 2010

Settore Turismo e Ortofrutta Settore Terziario e Farmacie Speciali Full Time

2. PRESENTAZIONE

Con la “Guida al piano sanitario Fondo Est” intendiamo offrirLe un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo del Piano.

Il nostro obiettivo è di fornirLe un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della Sua collaborazione.

All'interno della guida troverà quindi l'indicazione delle modalità da seguire qualora debba utilizzare il Piano.

La preghiamo di attenersi scrupolosamente a queste modalità, così da poterLa assistere con la sollecitudine che ci è propria.

3. INTRODUZIONE

Scopo di questa guida è quello di illustrare nel dettaglio le prestazioni che fornisce il Piano sanitario del Fondo Est, in modo da consentire a tutti di utilizzare al meglio le opportunità in esso contenute.

E' interesse di tutti, infatti, evitare situazioni di incertezza che potrebbero, da un lato, portare a richiedere prestazioni in realtà non previste (quindi servizi che non si possono fornire o rimborsi che non si possono effettuare) e dall'altro ad utilizzi non corretti che potrebbero, in futuro, incidere negativamente sull'andamento economico generale del Piano.

Vi segnaliamo che, a tal fine, il Fondo Est ha deciso di affidare il servizio di gestione della copertura sanitaria a società leader in questo campo, in grado non solo di garantire da subito gli strumenti più appropriati per un'efficace ed efficiente gestione ma anche, e soprattutto, di contribuire alla generale crescita del Fondo e delle persone che in essa operano.

Il Fondo Est, nell'ottica di agevolare quanto più possibile l'Iscritto, ferma restando la piena libertà dello stesso di scegliere le strutture nelle quali accedere alle prestazioni sanitarie, si avvale della rete di accordi, sviluppata dalla Società Unisalute, con gran parte dei soggetti che operano nella sanità (case di cura, laboratori di analisi, ecc.) allo scopo di offrire - nella maggior parte dei casi - le prestazioni sanitarie mantenendo il totale costo a proprio carico ed evitando così che l'Iscritto anticipi alcuna somma di denaro, ad eccezione di minimi non indennizzabili previsti dalle singole garanzie.

4. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

L'assicurazione è prestata a favore dei dipendenti full-time delle aziende del settore Commercio che applicano il C.C.N.L. del settore Terziario (Commercio/Servizi), delle aziende Farmaceutiche che applicano il C.C.N.L. delle Farmacie Speciali e dei dipendenti full-time e part-time a cui viene applicato il C.C.N.L. dei settori Turismo e Ortofrutta iscritti al Fondo Est.

5. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO

5.1. Per prima cosa contattare il Fondo Est

Quando uno degli Iscritti ha bisogno di cure mediche o esami occorre che contatti il più presto possibile la Centrale Operativa al numero verde gratuito **800-016648**.

Gli Operatori e i Medici della Centrale Operativa sono a disposizione per verificare la compatibilità delle prestazioni richieste con il Piano Sanitario.

Qualora la prestazione richiesta non fosse compresa nel piano sanitario, i medici sono a disposizione per aiutare l'Iscritto a scegliere percorsi di diagnosi e cura alternativi ed egualmente soddisfacenti.

Nel caso in cui motivi di urgenza impediscano il preventivo ricorso alla Centrale Operativa sarà bene farlo al più presto, avendo cura, nel frattempo, di raccogliere la maggior documentazione possibile sugli eventi relativi a quello specifico iter di cura (prescrizioni mediche, cartelle cliniche, fatture).

E' bene chiarire che le prestazioni previste dal Piano Sanitario, che verranno successivamente illustrate in modo dettagliato, prevedono differenti modalità di utilizzo qui di seguito riportate.

5.2. Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Avvalersi di strutture sanitarie private vuol dire godere di notevoli vantaggi, in termini di professionalità tecnica, comfort nell'accoglienza del paziente e qualità del servizio prestato.

Ma non bisogna dimenticare che in Italia anche il servizio pubblico mette a disposizione dei cittadini ottime soluzioni di cura, alcune delle quali veramente convenienti e all'avanguardia.

Nel caso in cui l'Iscritto decida di utilizzare strutture del **Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.)** o strutture private accreditate dal **S.S.N.**, il Piano Sanitario predispone due soluzioni, tra loro in alternativa, per il recupero delle spese che dovessero essere comunque effettuate all'interno delle strutture pubbliche:

- Qualora l'Iscritto, in caso di ricovero per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici al punto 10), sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il Piano Sanitario rimborsa integralmente quanto anticipato dall'Iscritto;
Per ottenerne il rimborso, l'Iscritto deve inviare direttamente al Fondo EST (presso UNISALUTE – VIA DEL GOMITO, 1 – 40127 BOLOGNA) la documentazione necessaria (copia delle fatture e/o ricevute fiscali).
- Corresponsione in alternativa di un'indennità sostitutiva giornaliera in caso di ricovero per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici al punto 10), le cui modalità descriveremo più avanti (par. 6.1.5).

5.3. Prestazioni in strutture convenzionate con il Fondo Est attraverso la Società Unisalute

Il Fondo Est, tramite la Società, ha predisposto per gli iscritti un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private mediante proprio personale specializzato.

I convenzionamenti prevedono una serie di standard qualitativi che la struttura sanitaria è tenuta a garantire alla Società, e dunque agli Iscritti al Fondo Est.

L'Iscritto, per le prestazioni che lo prevedono, utilizzando le strutture convenzionate consegue alcuni vantaggi rilevanti:

- Non è soggetto ad alcun esborso di denaro poiché i pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra il Fondo Est, la Società e la struttura convenzionata, ad eccezione di somme minime non indennizzabili previste alle singole garanzie;
- Può utilizzare, per le prenotazioni delle prestazioni garantite dal Piano Sanitario, la centrale operativa contattabile mediante il numero verde gratuito **800-016648**;
- L'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi e in presidi sanitari di cui la Società, e dunque il Fondo Est, garantiscono i livelli di qualità e di efficienza.

All'atto dell'effettuazione della prestazione (che deve essere preventivamente autorizzata dalla Centrale Operativa), l'Iscritto dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante, contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

- In caso di ricovero per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici al punto 10) dovrà inoltre sottoscrivere il modulo contenente gli impegni da Lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto

di cura e, all'atto delle dimissioni, la documentazione di spesa (fatture e ricevute).

- All'atto della dimissione dall'istituto di cura non dovrà far altro che firmare un modulo contenente l'elenco dei servizi ricevuti e lasciare la richiesta del suo medico di fiducia, così che possa essere unita alla documentazione. Sarà il Fondo Est, per il tramite della Società, ad occuparsi del pagamento e di ogni altra questione che dovesse presentarsi (escluse le spese non strettamente relative alla degenza: come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc. che vengono pagate direttamente dall'Iscritto).
- Il Fondo Est, per il tramite della Società, provvederà a pagare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate con i limiti poc'anzi enunciati per le garanzie che prevedono l'utilizzo della rete di Strutture Convenzionate.
- In caso di prestazione extraricovero, l'Iscritto dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

L'Iscritto dovrà sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano Sanitario, o nel caso di garanzie che prevedono specifici minimi non indennizzabili, argomenti che affronteremo in dettaglio più avanti.

Attenzione:

Prima di avvalersi delle prestazioni in una struttura convenzionata, occorre accertarsi sempre, tramite gli operatori della Centrale Operativa al numero verde 800-016648, che i medici scelti all'interno della struttura abbiano aderito alla convenzione con il Fondo Est. È sufficiente contattare la Centrale Operativa per avere quest'informazione o il nominativo di medici in alternativa.

5.4. Prestazioni in strutture non convenzionate

Per garantire all'Iscritto la più ampia facoltà possibile di determinare il proprio iter di cura, il Piano Sanitario prevede, anche la facoltà dell'Iscritto di avvalersi, per alcune prestazioni, di strutture sanitarie private non convenzionate con il Fondo Est tramite la Società.

Il rimborso non sarà integrale, ma con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni.

All'atto delle dimissioni l'Iscritto dovrà saldare le fatture e le note spese. Per ottenerne il rimborso, **l'Iscritto deve inviare direttamente al Fon-**

do EST (presso UNISALUTE – VIA DEL GOMITO, 1 – 40127 BOLOGNA) la documentazione necessaria:

- **il modulo di richiesta rimborso, scaricabile direttamente dal sito www.fondoest.it;**
- **una copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero per intervento chirurgico;**
- **la prescrizione in copia contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico di base in caso di prestazioni extraricovero;**
- **documentazione di spesa (distinte e ricevute) in copia, in cui risulti il quietanzamento.**

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, il Fondo Est avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Iscritto viene effettuato a cura ultimata, non appena il personale medico addetto avrà potuto vagliare il caso, in base alla documentazione ricevuta e alle informazioni che l'Iscritto stesso avrà fornito.

L'Iscritto deve consentire eventuali controlli medici disposti dal Fondo e fornire allo stesso ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il Fondo provvederà a rimborsare l'Iscritto direttamente sul suo conto corrente, tenendo conto delle limitazioni (cioè parti della spesa a suo carico) che il piano prevede.

5.5. Professione intramuraria

Una recente normativa dello Stato prevede la creazione di reparti a pagamento anche negli ospedali pubblici.

Se quindi il ricovero per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici al punto 10) in un ospedale pubblico avviene con questa formula, il costo rimane a carico del paziente.

Il Fondo, però, rimborserà le prestazioni con modalità varianti a seconda che il reparto a pagamento della struttura pubblica sia o meno convenzionato con UniSalute. Nei due casi valgono le norme appena esposte (par. 5.2 e 5.3).

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano Sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto dopo la data di effetto del piano sanitario per le seguenti prestazioni:

- **PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA E TERAPIA**
- **VISITE SPECIALISTICHE**
- **PACCHETTO MATERNITÀ**
- **PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (Prevenzione)**
- **SERVIZI DI CONSULENZA**

6.1.4 Neonati

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero, spesi nel limite annuo di **€ 10.000,00** per neonato.

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

- Ecografia mammaria
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
- Ecografia prostatica anche transrettale
- Ecografia addome superiore
- Ecografia addome inferiore

6.2 PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA E TERAPIA

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato** con il Fondo Est attraverso la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 25,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a **strutture sanitarie** o a **personale non convenzionato** con il Fondo Est attraverso la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **75%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 55,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Iscritto alleggi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitaria a carico dell'Iscritto.

Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Iscritto alleggi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Per evitare numerosi invii di ticket di importo contenuto e agevolare le procedure di rimborso, l'Iscritto è invitato a raccogliere tutta la documentazione necessaria al rimborso ed **inviarla al Fondo EST (presso Unisalute – Via del Gomito,1 - 40127 Bologna) non più di 4 volte l'anno.**

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 6.000,00 per l'Iscritto.

6.3 VISITE SPECIALISTICHE

Il Fondo Est provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche ad eccezione di quanto previsto al punto 6.8. "Prestazioni Odontoiatriche particolari".

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specializzazione del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di **strutture sanitarie e personale convenzionato** con il Fondo Est attraverso la Società, e nel caso di utilizzo del **Servizio Sanitario Nazionale**.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie** e di **personale convenzionato** con il Fondo Est attraverso la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture convenzionate.

L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Iscritto alleggi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Per evitare numerosi invii di ticket di importo contenuto e agevolare le procedure di rimborso, l'Iscritto è invitato a raccogliere tutta documen-

tazione necessaria al rimborso ed **inviarla al Fondo EST (presso Unisalute – Via del Gomito,1- 40127 Bologna) non più di 4 volte l'anno.**

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 700,00 per Iscritto.

6.5 PACCHETTO MATERNITÀ

Sono comprese nella garanzia le ecografie e le analisi clinico chimiche effettuate in gravidanza.

Sono inoltre comprese al massimo n.4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a n.6 per gravidanza a rischio).

Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie** e di **personale convenzionato** con il Fondo Est attraverso la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritta vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture convenzionate.

Nel caso in cui l'Iscritta si rivolga a **strutture sanitarie** o a **personale non convenzionato** con il Fondo Est attraverso la Società, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

Nel caso in cui l'Iscritta si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, il Fondo rimborsa integralmente i ticket.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 1.000,00 per Iscritto.

In occasione del parto, e previa presentazione della relativa copia conforme della cartella clinica o in alternativa la lettera di dimissioni ospedaliera, il Fondo Est corrisponderà un'indennità di **€ 80,00** per ogni giorno di ricovero, per un massimo di **7** giorni per ogni ricovero.

6.9 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (Prevenzione)

Fondo Est provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate in strutture sanitarie convenzionate con Fondo Est tramite Unisalute, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorchè non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità. Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno - (Prevenzione Cardiovascolare)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni una volta ogni due anni (Prevenzione Oncologica)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Visita ginecologica
- Trigliceridi

6.11 SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800-016648 (dall'estero prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046) dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con il Fondo Est tramite Unisalute.

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Iscritto necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

7. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Il Piano Sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di garanzia prevista; nel nostro caso non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano Sanitario.

Il piano sanitario non è operante per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del contratto salvo quanto previsto al punto 6.1.4;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto ai punti 6.6 "Prestazioni di implantologia" e 6.8. "Prestazioni Odontoiatriche particolari";
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.

Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Iscritto che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in

Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;
- gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;

*Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

**Per malformazione si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

La Centrale Operativa è in ogni caso a disposizione degli Iscritti per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in merito a situazioni di non immediata definibilità.

8. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

8.1 Estensione territoriale

Il piano sanitario ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia.

8.2 Limiti di età

Il piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del 75° anno di età dell'Iscritto, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età da parte dell'Iscritto.

8.3 Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con il Fondo Est attraverso Unisalute.

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Iscritto.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con il Fondo Est attraverso Unisalute.

La documentazione di spesa ricevuta in copia viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge.

Qualora Il Fondo Est dovesse richiedere all'Iscritto la produzione degli originali, la documentazione di spesa in originale viene trasmessa dall'Iscritto **al Fondo EST (presso Unisalute via del Gomito,1 40127 Bologna)** che, con cadenza mensile, la restituirà all'Iscritto a sinistro esaurito.

Nel caso di sinistri non indennizzabili, la documentazione di spesa nel caso in cui sia stata inviata in originale viene restituita all'Iscritto dalla Società contestualmente alla relativa comunicazione. Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

La documentazione allegata alla richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, cartelle cliniche, ecc...) deve essere inviata in copia. Il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale. Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, il Fondo ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

Attenzione

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di due anni dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione fruita. Per i ricoveri il termine decorre dalla data delle dimissioni. Le fatture e i documenti di spesa trasmessi oltre i due anni non saranno rimborsati.

9. STRUTTURE CONVENZIONATE CON IL FONDO EST ATTRAVERSO UNISALUTE

Le case di cura e i centri di analisi convenzionati sono continuamente in evoluzione, grazie all'attività di un nostro staff specializzato nella ricerca delle migliori strutture; per questo occorrerà fare sempre riferimento alla centrale operativa per avere la migliore informazione su questo aspetto al numero verde **800-016648**, oppure consultare il sito internet **www.fondoest.it**

10. ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI CHIRURGIA GENERALE

Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con

- eventuale applicazione di protesi
- Nodulesctomia mammaria

GINECOLOGIA

- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
- Isterectomia totale con eventuale annessectomia
- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica

A valere dal 01/01/2014 tali prestazioni sono equiparate al rapporto full time

PIANO SANITARIO 2010

Settore Terziario e Farmacie Speciali Part-Time

2. PRESENTAZIONE

Con la “Guida al piano sanitario Fondo Est” intendiamo offrirLe un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo del Piano.

Il nostro obiettivo è di fornirLe un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della Sua collaborazione.

All'interno della guida troverà quindi l'indicazione delle modalità da seguire qualora debba utilizzare il Piano.

La preghiamo di attenersi scrupolosamente a queste modalità, così da poterLa assistere con la sollecitudine che ci è propria.

3. INTRODUZIONE

Scopo di questa guida è quello di illustrare nel dettaglio le prestazioni che fornisce il Piano sanitario del Fondo Est, in modo da consentire a tutti di utilizzare al meglio le opportunità in esso contenute.

E' interesse di tutti, infatti, evitare situazioni di incertezza che potrebbero, da un lato, portare a richiedere prestazioni in realtà non previste (quindi servizi che non si possono fornire o rimborsi che non si possono effettuare) e dall'altro ad utilizzi non corretti che potrebbero, in futuro, incidere negativamente sull'andamento economico generale del Piano.

Vi segnaliamo che, a tal fine, il Fondo Est ha deciso di affidare il servizio di gestione della copertura sanitaria a società leader in questo campo, in grado non solo di garantire da subito gli strumenti più appropriati per un'efficace ed efficiente gestione ma anche, e soprattutto, di contribuire alla generale crescita del Fondo e delle persone che in essa operano.

Il Fondo Est, nell'ottica di agevolare quanto più possibile l'Iscritto, ferma restando la piena libertà dello stesso di scegliere le strutture nelle quali accedere alle prestazioni sanitarie, si avvale della rete di accordi, sviluppata dalla Società Unisalute, con gran parte dei soggetti che operano nella sanità (case di cura, laboratori di analisi, ecc.) allo scopo di offrire - nella maggior parte dei casi - le prestazioni sanitarie mantenendo il totale costo a proprio carico ed evitando così che l'I-

scritto anticipi alcuna somma di denaro, ad eccezione di minimi non indennizzabili previsti dalle singole garanzie.

4. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

L'assicurazione è prestata a favore dei dipendenti part-time iscritti al Fondo Est delle aziende del settore Commercio che applicano il C.C.N.L. del settore Terziario (Commercio/Servizi) e delle aziende Farmaceutiche che applicano il C.C.N.L. delle Farmacie Speciali.

5. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO

5.1. Per prima cosa contattare il Fondo Est

Quando uno degli Iscritti ha bisogno di cure mediche o esami occorre che contatti il più presto possibile la Centrale Operativa al numero verde gratuito 800-016648.

Gli Operatori e i Medici della Centrale Operativa sono a disposizione per verificare la compatibilità delle prestazioni richieste con il Piano Sanitario. Qualora la prestazione richiesta non fosse compresa nel piano sanitario, i medici sono a disposizione per aiutare l'Iscritto a scegliere percorsi di diagnosi e cura alternativi ed egualmente soddisfacenti.

Nel caso in cui motivi di urgenza impediscano il preventivo ricorso alla Centrale Operativa sarà bene farlo al più presto, avendo cura, nel frattempo, di raccogliere la maggior documentazione possibile sugli eventi relativi a quello specifico iter di cura (prescrizioni mediche, cartelle cliniche, fatture).

E' bene chiarire che le prestazioni previste dal Piano Sanitario, che verranno successivamente illustrate in modo dettagliato, prevedono differenti modalità di utilizzo qui di seguito riportate.

5.2. Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Avvalersi di strutture sanitarie private vuol dire godere di notevoli vantaggi, in termini di professionalità tecnica, comfort nell'accoglienza del paziente e qualità del servizio prestato.

Ma non bisogna dimenticare che in Italia anche il servizio pubblico mette a disposizione dei cittadini ottime soluzioni di cura, alcune delle quali veramente convenienti e all'avanguardia.

Nel caso in cui l'Iscritto decida di utilizzare strutture del **Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.)** o strutture private accreditate dal S.S.N., il Piano Sanitario predispone due soluzioni, tra loro in alternativa, per il recupero delle spese che dovessero essere comunque effettuate all'interno delle strutture pubbliche:

- Qualora l'Iscritto, in caso di ricovero per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici al punto 10), sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il Piano Sanitario rimborsa integralmente quanto anticipato dall'Iscritto;
Per ottenerne il rimborso, l'Iscritto deve inviare direttamente al Fondo EST (presso UNISALUTE – VIA DEL GOMITO, 1 – 40127 BOLOGNA) la documentazione necessaria (copia delle fatture e/o ricevute fiscali).
- Corresponsione in alternativa di un'indennità sostitutiva giornaliera in caso di ricovero per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici al punto 10), le cui modalità descriveremo più avanti (par. 6.1.5).

5.3. Prestazioni in strutture convenzionate con il Fondo Est attraverso la Società Unisalute

Il Fondo Est, tramite la Società, ha predisposto per gli iscritti un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private mediante proprio personale specializzato.

I convenzionamenti prevedono una serie di standard qualitativi che la struttura sanitaria è tenuta a garantire alla Società, e dunque agli Iscritti al Fondo Est.

L'Iscritto, per le prestazioni che lo prevedono, utilizzando le strutture convenzionate consegue alcuni vantaggi rilevanti:

- Non è soggetto ad alcun esborso di denaro poiché i pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra il Fondo Est, la Società e la struttura convenzionata, ad eccezione di somme minime non indennizzabili previste alle singole garanzie;
- Può utilizzare, per le prenotazioni delle prestazioni garantite dal Piano Sanitario, la centrale operativa contattabile mediante il numero verde gratuito **800-016648**;
- L'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi e in presidi sanitari di cui la Società, e dunque il Fondo Est, garantiscono i livelli di qualità e di efficienza.

All'atto dell'effettuazione della prestazione (che deve essere preventivamente autorizzata dalla Centrale Operativa), l'Iscritto dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante, contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

- In caso di ricovero per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici al punto 10) dovrà inoltre sottoscrivere il modulo contenente gli impegni da Lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto

di cura e, all'atto delle dimissioni, la documentazione di spesa (fatture e ricevute).

- All'atto della dimissione dall'istituto di cura non dovrà far altro che firmare un modulo contenente l'elenco dei servizi ricevuti e lasciare la richiesta del suo medico di fiducia, così che possa essere unita alla documentazione. Sarà il Fondo Est, per il tramite della Società, ad occuparsi del pagamento e di ogni altra questione che dovesse presentarsi (escluse le spese non strettamente relative alla degenza: come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc. che vengono pagate direttamente dall'Iscritto).
- Il Fondo Est, per il tramite della Società, provvederà a pagare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate con i limiti poc'anzi enunciati per le garanzie che prevedono l'utilizzo della rete di Strutture Convenzionate.
- In caso di prestazione extraricovero, l'Iscritto dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

L'Iscritto dovrà sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano Sanitario, o nel caso di garanzie che prevedono specifici minimi non indennizzabili, argomenti che affronteremo in dettaglio più avanti.

Attenzione:

Prima di avvalersi delle prestazioni in una struttura convenzionata, occorre accertarsi sempre, tramite gli operatori della Centrale Operativa al numero verde 800-016648, che i medici scelti all'interno della struttura abbiano aderito alla convenzione con il Fondo Est. È sufficiente contattare la Centrale Operativa per avere quest'informazione o il nominativo di medici in alternativa.

5.4. Prestazioni in strutture non convenzionate

Per garantire all'Iscritto la più ampia facoltà possibile di determinare il proprio iter di cura, il Piano Sanitario prevede, anche la facoltà dell'Iscritto di avvalersi, per alcune prestazioni, di strutture sanitarie private non convenzionate con il Fondo Est tramite la Società.

Il rimborso non sarà integrale, ma con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni.

All'atto delle dimissioni l'Iscritto dovrà saldare le fatture e le note spese. **Per ottenerne il rimborso, l'Iscritto deve inviare direttamente al Fondo EST (presso UNISALUTE – VIA DEL GOMITO, 1 – 40127**

BOLOGNA) la documentazione necessaria:

- **il modulo di richiesta rimborso, scaricabile direttamente dal sito www.fondoest.it;**
- **una copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero per intervento chirurgico;**
- **la prescrizione in copia contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico di base in caso di prestazioni extra-ricovero;**
- **documentazione di spesa (distinte e ricevute) in copia, in cui risulti il quietanziamento.**

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, il Fondo Est avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Iscritto viene effettuato a cura ultimata, non appena il personale medico addetto avrà potuto vagliare il caso, in base alla documentazione ricevuta e alle informazioni che l'Iscritto stesso avrà fornito.

L'Iscritto deve consentire eventuali controlli medici disposti dal Fondo e fornire allo stesso ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il Fondo provvederà a rimborsare l'Iscritto direttamente sul suo conto corrente, tenendo conto delle limitazioni (cioè parti della spesa a suo carico) che il piano prevede.

5.5. Professione intramuraria

Una recente normativa dello Stato prevede la creazione di reparti a pagamento anche negli ospedali pubblici.

Se quindi il ricovero per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici al punto 10) in un ospedale pubblico avviene con questa formula, il costo rimane a carico del paziente.

Il Fondo, però, rimborserà le prestazioni con modalità varianti a seconda che il reparto a pagamento della struttura pubblica sia o meno convenzionato con UniSalute. Nei due casi valgono le norme appena esposte (par. 5.2 e 5.3).

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano Sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto dopo la data di effetto del piano sanitario per le seguenti prestazioni:

- PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA E TERAPIA
- VISITE SPECIALISTICHE
- PACCHETTO MATERNITÀ
- PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (Prevenzione)
- SERVIZI DI CONSULENZA

6.1.4 Neonati

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero, spesi nel limite annuo di € **10.000,00** per neonato.

6.2 PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA E TERAPIA

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

- Ecografia mammaria
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
- Ecografia prostatica anche transrettale
- Ecografia addome superiore
- Ecografia addome inferiore

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato** con il Fondo Est attraverso la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di € **35,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a **strutture sanitarie** o a **personale non convenzionato** con il Fondo Est attraverso la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **75%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € **70,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Iscritto alleggi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitaria carico dell'Iscritto.

Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Iscritto allegghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Per evitare numerosi invii di ticket di importo contenuto e agevolare le procedure di rimborso, l'Iscritto è invitato a raccogliere tutta la documentazione necessaria al rimborso ed **inviarla al Fondo EST (presso Unisalute – Via del Gomitto, 1 - 40127 Bologna) non più di 4 volte l'anno.**

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 6.000,00 per l'Iscritto.

6.3 VISITE SPECIALISTICHE

Il Fondo Est provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche ad eccezione di quanto previsto al punto 6.8. "Prestazioni Odontoiatriche speciali". Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specializzazione del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di **strutture sanitarie e personale convenzionato** con il Fondo Est attraverso la Società, e nel caso di utilizzo del **Servizio Sanitario Nazionale**.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie** e di **personale convenzionato** con il Fondo Est attraverso la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 25,00** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto stesso. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Iscritto allegghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Per evitare numerosi invii di ticket di importo contenuto e agevolare le

procedure di rimborso, l'Iscritto è invitato a raccogliere tutta documentazione necessaria al rimborso ed **inviarla al Fondo EST (presso Unisalute – Via del Gomito,1 40127 Bologna) non più di 4 volte l'anno.**

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 500,00 per l'Iscritto.

6.5 PACCHETTO MATERNITÀ

Sono comprese nella garanzia le ecografie e le analisi clinico chimiche effettuate in gravidanza.

Sono inoltre comprese al massimo n.4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a n.6 per gravidanza a rischio).

Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie** e di **personale convenzionato** con il Fondo Est attraverso la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture convenzionate.

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a **strutture sanitarie** o a **personale non convenzionato** con il Fondo Est attraverso la Società, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, il Fondo rimborsa integralmente i ticket.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 750,00 per l'Iscritto.

In occasione del parto, e previa presentazione della relativa copia conforme della cartella clinica o in alternativa la lettera di dimissioni ospedaliera, il Fondo Est corrisponderà un'indennità di **€ 60,00** per ogni giorno di ricovero, per un massimo di **7** giorni per ogni ricovero.

6.9 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (Prevenzione)

Fondo Est provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate in strutture sanitarie convenzionate con Fondo Est tramite Unisalute, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorchè non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni una volta ogni due anni (Prevenzione Oncologica)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Visita ginecologica e PAP-Test
- Trigliceridi

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di Elettrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi

6.11 SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800-016648 (dall'estero prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046) dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia +39 0516389046.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;

- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con il Fondo Est tramite Unisalute.

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Iscritto necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

7. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Il Piano Sanitario non comprende tutti gli eventiriconducibili al tipo di garanzia prevista; nel nostro caso non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano Sanitario.

Il piano sanitario non è operante per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del contratto salvo quanto previsto al punto 6.1.4;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto ai punti 6.6 "Prestazioni di implantologia" e 6.8. "Prestazioni Odontoiatriche particolari";
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.

Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Iscritto che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in

Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;
- gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;

*Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

**Per malformazione si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

La Centrale Operativa è in ogni caso a disposizione degli Iscritti per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in merito a situazioni di non immediata definibilità.

8. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

8.1 Estensione territoriale

Il piano sanitario ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia.

8.2 Limiti di età

Il piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del 75° anno di età dell'Iscritto, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età da parte dell'Iscritto.

8.3 Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con il Fondo Est attraverso Unisalute.

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Iscritto.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con il Fondo Est attraverso Unisalute.

La documentazione di spesa ricevuta in copia viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge.

Qualora Il Fondo Est dovesse richiedere all'Iscritto la produzione degli originali, la documentazione di spesa in originale viene trasmessa dall'Iscritto **al Fondo EST (presso Unisalute via del Gomito, 1 40127 Bologna)** che, con cadenza mensile, la restituirà all'Iscritto a sinistro esaurito. Nel caso di sinistri non indennizzabili, la documentazione di spesa nel caso in cui sia stata inviata in originale viene restituita all'Iscritto dalla Società contestualmente alla relativa comunicazione.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

La documentazione allegata alla richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, cartelle cliniche, ecc...) deve essere inviata in copia. Il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, il Fondo ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

Attenzione

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di due anni dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione fruita.

Per i ricoveri il termine decorre dalla data delle dimissioni. Le fatture e i documenti di spesa trasmessi oltre i due anni non saranno rimborsati.

9. STRUTTURE CONVENZIONATE CON IL FONDO EST ATTRAVERSO UNISALUTE

Le case di cura e i centri di analisi convenzionati sono continuamente in evoluzione, grazie all'attività di un nostro staff specializzato nella ricerca delle migliori strutture; per questo occorrerà fare sempre riferimento alla centrale operativa per avere la migliore informazione su questo aspetto al numero verde **800-016648**, oppure consultare il sito internet www.fondoest.it

10. ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI **CHIRURGIA GENERALE**

Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi Nodulesctomia mammaria

GINECOLOGIA

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



Inviare il presente modulo con la documentazione necessaria per il rimborso a:

FONDO EST presso Uni Salute Via del Gomito, 1 – 40127 Bologna

Sulla base dell'informativa allegata al presente modulo, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assistenziali, assicurative e liquidative, apponendo la Sua firma. Ricordiamo che in mancanza di questo consenso il Fondo EST e le Compagnie di Assicurazione sopra indicate potrebbero non dare esecuzione al rapporto associativo o al contratto assicurativo. e/o si vedranno impossibilitate a trattare i dati sensibili per la liquidazione degli eventuali sinistri o rimborsi.

Nome e Cognome dell'iscritto (in stampatello) _____
Firma dell'interessato _____

ISCRITTO: Cognome _____ Nome _____
Nato il |_|_|_|_|_|_|_|_| a _____ Provv. _____
Residente in via _____ CAP _____ Città _____ Provv. _____
Cod.Fiscale |_| Tel./Cell. _____

Documentazione richiesta:

7

pre

even
niara

evon
ove
rim

Prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata
Fatture e/o ricevute fiscali

Prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata
Fatture e/o ricevute fiscali

Fatture e/o ricevute fiscali

Pacchetto maternità

Prescrizioni mediche

Fatture e/o ricevute fiscali

Il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, il Fondo ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

Ricordiamo, infine, agli iscritti che le spese sanitarie sostenute potranno essere, eventualmente, portate in detrazione nella dichiarazione dei redditi (cfr. DPR 917/86) solo nel limite degli importi non rimborsati dal presente Fondo e che, in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione Finanziaria, potranno incorrere nelle sanzioni previste dalla legge e in particolare dal DPR 600/73 art. 36 e L. 471/97 art. 13).

Le domande di rimborso relative alle prestazioni fruite entro dicembre 2008 devono essere inoltrate entro il termine di un anno dalla data della fattura o del documento di spesa. Dal primo gennaio 2009 il termine per l'inoltro è di due anni. Per i ricoveri il termine decorre dalla data delle dimissioni.

I rimborsi sono dovuti entro 60 giorni dalla data di presentazione della domanda. Le fatture e i documenti di spesa trasmessi oltre i termini indicati non saranno rimborsati.

Si allegano le seguenti fatture:

[illegible][illegible]

Altre polizze malattia/infortuni possedute: SI ☐ NO ☐ Compagnia _____

Ai fini del rimborso diretto, notifico le mie coordinate bancarie

c/c intestato a: Banca/Posta

[illegible]

Il Codice IBAN è composto obbligatoriamente da 27 caratteri alfanumerici e si trova in alto nel documento dell'estratto conto bancario.

Data

Firma dell'iscritto

La informiamo sull'uso dei Suoi dati personali, comuni e sensibili idonei a rivelare lo stato di salute, per finalità assistenziali ed assicurative, e sui Suoi diritti. (Art. 13 del D.Lgs. n. 196/03 - Codice in materia di protezione dei dati personali)

1. Trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative e liquidative(1)

Al fine di fornirLe i servizi di assistenza sanitaria ed assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, Assicurazioni Generali in qualità di delegataria e Unisalute in qualità di condelegataria per la gestione dei sinistri devono disporre di dati personali che La riguardano - alcuni dei quali ci debbono essere forniti per obbligo di legge (2) da Lei o da altri soggetti (3) - e deve trattarli, nel quadro delle finalità assicurative secondo le ordinarie e molteplici attività e modalità operative dell'assicurazione. Le chiediamo, di conseguenza, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi.

Il consenso che Le chiediamo riguarda anche i dati sensibili (4) - ed in particolare quelli idonei a rivelare lo stato di salute dell'interessato - strettamente inerenti alla fornitura dei servizi previsti dal Piano Sanitario in essere, garantiti con relativa polizza assicurativa, il trattamento dei quali, come il trattamento delle altre categorie di dati oggetto di particolare tutela (5), è ammesso, nei limiti in concreto strettamente necessari, dalle relative autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali.

Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra Lei e le Compagnie di Assicurazione sopra indicate, i dati, secondo i casi, possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o aventi natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la cosiddetta "catena assicurativa" (6). In particolare, i suoi dati, per le sole finalità di assistenza sanitaria legata alla fornitura dei servizi previsti dal Piano Sanitario in essere, saranno trattati anche da Fondo Est - assistenza sanitaria integrativa del Commercio, del Turismo e dei Servizi con sede legale in Via Cristoforo Colombo, 137 - 00147 Roma, e sede operativa in Via Cristoforo Colombo, 137 - 00147 Roma, tel. 06-516421 - fax 06-5135725, www.fondoeest.it.

I suoi dati personali ed identificativi confluiranno in una Anagrafica Clienti del Gruppo Unipol. Il consenso che Le chiediamo riguarda, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti. Precisiamo che senza i Suoi dati non potremmo fornirLe, in tutto o in parte, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati.

2. Modalità di uso dei dati personali

I dati sono trattati (7) dalle Compagnie di Assicurazione sopra indicate in qualità di autonomi titolari del trattamento - solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirLe i servizi di assistenza sanitaria e/o prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti ovvero, limitatamente ai dati comuni e qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche e attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati per i suddetti fini ai soggetti già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa.

Nella Compagnie sopraindicate i dati sono trattati da incaricati e collaboratori, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità alle istruzioni ricevute, sempre e soltanto per il conseguimento delle predette finalità; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia - operanti talvolta anche all'estero - che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa (8); lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. Il consenso sopra più volte richiesto comprende, ovviamente, anche le modalità, procedure, comunicazioni e trasferimenti qui indicati.

3. Diritti dell'interessato

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso i singoli Titolari di trattamento, cioè presso le Compagnie sopraindicate ed i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento (9). Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, Lei può consultare il sito Internet www.unisalute.it oppure rivolgersi al "Responsabile per il riscontro agli interessati" presso Unisalute S.p.A. - Via del Gomitto, 1 - 40127 Bologna (BO) - Fax: 051/320.961 - e-mail: privacy@unisalute.it. Relativamente al trattamento effettuato da Fondo Est - assistenza sanitaria integrativa del Commercio, del Turismo e dei Servizi per l'esercizio dei Suoi diritti Lei può consultare il sito Internet www.fondoeest.it oppure rivolgersi al "Responsabile per il riscontro agli interessati" presso Fondo Est - assistenza sanitaria integrativa del Commercio, del Turismo e dei Servizi - Via Cristoforo Colombo, 163 - 00147 Roma, tel. 06-516421 - fax 06-5135725, www.fondoeest.it.

Assicurazioni Generali S.p.A. ha designato quale Responsabile per il riscontro all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art. 7 del D. Lgs. 196/2003 il Servizio Privacy di Gruppo. Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venire a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti di Assicurazioni Generali S.p.A. può essere richiesta al citato Servizio (Servizio Privacy di Gruppo - Assicurazioni Generali S.p.A. - Via Marocchesca 14, 31021 Mogliano Veneto - TV, tel. 041.549.2599 fax 041.549.2235). Il sito www.generali.it riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy di Assicurazioni Generali S.p.A., tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili."

- NOTE -

- 1) La "finalità assicurativa" richiede necessariamente, tenuto conto anche della Raccomandazione del Consiglio d'Europa REC (2002)9, che i dati siano trattati: per la predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione, di concerto con le altre Compagnie del Gruppo Unipol, delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicurato; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi; gestione e controllo interno; attività statistico-tarifarie.
- 2) Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.
- 3) Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che La riguarda (contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato, beneficiario ecc.); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione ecc.); soggetti che, per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici, per i quali si rinvia alla nota n. 6.
- 4) Cioè dati di cui all'art. 4, comma 1, lett. d), del Codice, quali non solo i dati relativi allo stato di salute, ma anche quelli idonei a rivelare convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, attinenti le opinioni politiche, sindacali e religiose.
- 5) Ad esempio: dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini.
- 6) Secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:
 - assicuratori, coassicuratori (indicati nel contratto) e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio; sim; legali; periti e medici;
 - società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, tra cui centrale operativa di assistenza (indicata nel contratto), società di consulenza per tutela giudiziaria (indicata nel contratto), clinica convenzionata (scelta dall'interessato); società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela) (indicate sul plico postale); società di revisione e di consulenza (indicata negli atti di bilancio); società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti;
 - società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
 - ANIA - Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (Via della Frezza, 70 - Roma), per la raccolta, elaborazione e reciproco scambio con le imprese assicuratrici, alle quali i dati possono essere comunicati, di elementi, notizie e dati strumentali all'esercizio dell'attività assicurativa e alla tutela dei diritti dell'industria assicurativa rispetto alle frodi;
 - organismi consorzi propri del settore assicurativo - che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate, alle quali i dati possono essere comunicati - quali: Pool Italiano per la Previdenza Assicurativa degli Handicappati (Via dei Giuochi Istmici, 40 - Roma); commissari liquidatori di imprese di assicurazione poste in liquidazione coatta amministrativa (provvedimenti pubblicati nella Gazzetta Ufficiale), per la gestione degli impegni precedentemente assunti e la liquidazione dei sinistri; ISVAP - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo (Via del Quirinale, 21 - Roma), ai sensi della legge 12 agosto 1982, n. 576, e della legge 26 maggio 2000, n. 137;
 - nonché altri soggetti, quali: UIC - Ufficio Italiano dei Cambi (Via IV Fontane, 123 - Roma), ai sensi della normativa anticiclaggio di cui all'art. 13 della legge 6 febbraio 1980, n. 15; Casellario Centrale Infortuni (Via Roberto Ferruzzi, 38 - Roma), ai sensi del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38; CONSOb - Commissione Nazionale per le Società e la Borsa (Via G. B. Martini, 3 - Roma), ai sensi della legge 7 giugno 1974, n. 216; COVIP - Commissione di vigilanza sui fondi pensione (Via in Arcione, 71 - Roma), ai sensi dell'art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Ministero del lavoro e della previdenza sociale (Via Flavia, 6 - Roma), ai sensi dell'art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS (Via Ciro il Grande, 21 - Roma); Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria (Via Carucci, 99 - Roma), ai sensi dell'art. 7 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 605 e dell'art. 32 del D.P.R. del 29 settembre 1973, n. 600; Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF; VV.UU.); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.
- 7) L'elenco completo di tutti i predetti soggetti è costantemente aggiornato e può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente chiedendolo al "Responsabile per il riscontro agli interessati" indicato nell'informativa oppure consultando il sito Internet www.unisalute.it.
- 8) Il trattamento può comportare le seguenti operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a), del Codice: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.
- 9) Questi soggetti sono società o persone fisiche nostre dirette collaboratrici e svolgono le funzioni di responsabili del nostro trattamento dei dati. Nel caso invece che operino in autonomia come distinti "titolari" di trattamento rientrano, come detto, nella cosiddetta "catena assicurativa" con funzione organizzativa.
- 10) Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. L'opposizione può essere esercitata nei riguardi del materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

"Sulla base di quanto sopra, apponendo un'apposita firma nel modulo per la richiesta di rimborso che Le viene consegnato unitamente alla presente informativa, Lei può esprimere il consenso ai trattamenti dei dati - eventualmente anche sensibili - effettuati da Assicurazioni Generali e da Unisalute, nonché alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi."

Da trattenere a cura dell'Interessato



Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa per i dipendenti da Aziende del Settore Turismo

Chi siamo

FAST è il Fondo di assistenza sanitaria integrativa per i dipendenti da aziende del settore Turismo.

Il Fondo ha lo scopo di garantire, ai lavoratori iscritti, trattamenti di assistenza sanitaria integrativa.

FAST è stato costituito in applicazione di quanto disposto dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro per i dipendenti da aziende del settore Turismo.

L'obiettivo perseguito è il miglioramento della qualità delle condizioni di impiego nel settore, limitando nel contempo l'impatto dei relativi oneri sul costo del lavoro, grazie al regime agevolato previsto per i fondi di assistenza sanitaria.

I soci del Fondo sono le organizzazioni sindacali nazionali dei datori di lavoro e dei lavoratori maggiormente rappresentativi nella categoria: Federalberghi, Faita, Filcams, Fisascat, Uiltucs.

GUIDA AL PIANO SANITARIO

2. PRESENTAZIONE

FAST è il fondo di assistenza sanitaria integrativa per i dipendenti da aziende del settore Turismo (alberghi, campeggi, residence, altre strutture ricettive, porti turistici, etc.).

Il fondo è stato costituito dalle organizzazioni sindacali nazionali dei datori di lavoro e dei lavoratori maggiormente rappresentative della categoria: Federalberghi, Faita, Filcams Cgil, Fisascat Cisl, Uiltucs Uil.

Il fondo ha lo scopo di garantire ai lavoratori iscritti trattamenti di assistenza sanitaria integrativa, in applicazione di quanto previsto dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro per i dipendenti da aziende del settore Turismo.

3. INTRODUZIONE

Questa guida illustra nel dettaglio le prestazioni offerte dal Piano sanitario del Fondo FAST, allo scopo di consentirle di utilizzare al meglio i servizi che il Fondo presta ai lavoratori iscritti.

Il nostro obiettivo è di fornirle un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della sua collaborazione.

All'interno della guida troverà quindi, l'indicazione delle modalità da seguire qualora debba utilizzare il Piano. La preghiamo di attenersi scrupolosamente a queste modalità, così da poterla assistere con la sollecitudine che ci è propria.

E' interesse di tutti, infatti, evitare situazioni di incertezza che potrebbero, da un lato, portare a richiedere prestazioni in realtà non previste (quindi servizi che non si possono fornire o rimborsi che non si possono effettuare) e dall'altro ad utilizzi non corretti che potrebbero, in futuro, incidere negativamente sull'andamento economico generale del Piano. Vi segnaliamo che, a tal fine, il Fondo Fast ha deciso di affidare il servizio di gestione della copertura sanitaria a società leader in questo campo, in grado non solo di garantire da subito gli strumenti più appropriati per un'efficace ed efficiente gestione ma anche, e soprattutto, di contribuire alla generale crescita del Fondo e delle persone che in essa operano.

Il Fondo Fast, nell'ottica di agevolare quanto più possibile l'Iscritto, ferma restando la piena libertà dello stesso di scegliere le strutture nelle quali accedere alle prestazioni sanitarie, si avvale della rete di accordi, sviluppata dalla Società Unisalute, con gran parte dei soggetti che operano nella sanità (case di cura, laboratori di analisi, ecc.) allo sco-

po di offrire - nella maggior parte dei casi - le prestazioni sanitarie mantenendo il totale costo a proprio carico ed evitando così che l'Iscritto anticipi alcuna somma di denaro, ad eccezione di minimi non indennizzabili previsti alle singole garanzie.

Tale meccanismo è in grado di garantire ulteriormente f rti sconti e agevolazioni agli Iscritti, anche per le prestazioni che non siano coperte dalle garanzie del piano sanitario Fondo Fast.

4. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

L'assicurazione è prestata a favore dei dipendenti iscritti al Fondo Fast in applicazione del CCNL istitutivo del Fondo Fast stesso.

5. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

5.1 Per prima cosa contattare il Fondo Fast

Quando uno degli Iscritti ha bisogno di cure mediche o esami occorre che contatti al più presto possibile la Centrale Operativa al **numero verde gratuito 800-016639**.

Gli Operatori e i Medici della Centrale Operativa sono a disposizione per verificare la compatibilità delle prestazioni richieste con il Piano Sanitario. Qualora la prestazione richiesta non fosse compresa nel piano sanitario, i medici sono a disposizione per aiutare l'Iscritto a scegliere percorsi di diagnosi e cura alternativi ed egualmente soddisfacenti.

Nel caso in cui motivi di urgenza impediscano il preventivo ricorso alla Centrale Operativa sarà bene farlo al più presto, avendo cura, N nel frattempo, di raccogliere la maggior documentazione possibile sugli eventi relativi a quello specifico iter di cura (prescrizioni mediche, cartelle cliniche, fatture). E' bene chiarire che le prestazioni previste dal Piano Sanitario, che verranno successivamente illustrate in modo dettagliato, prevedono differenti modalità di utilizzo qui di seguito riportate.

5.2 Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Avvalersi di strutture sanitarie private vuol dire godere di notevoli vantaggi, in termini di professionalità tecnica, comfort nell'accoglienza del paziente e qualità del servizio prestato. Ma non bisogna dimenticare che in Italia anche il servizio pubblico mette a disposizione dei cittadini ottime soluzioni di cura, alcune delle quali veramente convenienti e all'avanguardia.

Nel caso in cui l'Iscritto decida di utilizzare **strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal**

S.S.N., il Piano Sanitario predispone due soluzioni, tra loro in alternativa, per il recupero delle spese che dovessero essere comunque effettuate all'interno delle strutture pubbliche:

- Qualora l'Iscritto, in caso di ricovero per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici al punto 10), sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il Piano Sanitario rimborsa integralmente quanto anticipato dall'Iscritto;

Per ottenerne il rimborso, l'Iscritto deve inviare direttamente al Fondo Fast - via Toscana n° 1, 00187 Roma - la documentazione necessaria (copia delle fatture e/o ricevute fiscali).

- Corresponsione in alternativa di un'indennità sostitutiva giornaliera in caso di ricovero per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici al punto 10), le cui modalità descriveremo più avanti (par. 6.1.5).

5.3 Prestazioni in strutture convenzionate con il Fondo Fast

Il Fondo Fast, tramite la Società, ha predisposto per gli iscritti un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private.

I convenzionamenti prevedono una serie di standard qualitativi che la struttura sanitaria è tenuta a garantire agli Iscritti al Fondo Fast.

L'Iscritto, per le prestazioni che lo prevedono, utilizzando le strutture convenzionate consegue alcuni **vantaggi** rilevanti:

- Non è soggetto ad alcun esborso di denaro poiché i pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra il Fondo Fast, la Società e la struttura convenzionata, ad eccezione di somme minime non indennizzabili previste alle singole garanzie;
- Può utilizzare, per le prenotazioni delle prestazioni garantite dal Piano Sanitario, la centrale operativa contattabile mediante il numero verde gratuito **800-016639**;
- L'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi e in presidi sanitari di cui la Società, e dunque il Fondo Fast, garantiscono i livelli di qualità e di efficienza.

All'atto dell'effettuazione della prestazione (che deve essere preventivamente autorizzata dalla Centrale Operativa), l'Iscritto dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante, contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

- In caso di ricovero per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici al punto 10) dovrà inoltre sottoscrivere il modulo contenente gli impegni da Lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto

di cura e, all'atto delle dimissioni, la documentazione di spesa (fatture e ricevute);

- All'atto della dimissione dall'istituto di cura non dovrà far altro che firmare un modulo contenente l'elenco dei servizi ricevuti e lasciare la richiesta del suo medico di fiducia, così che possa essere unita alla documentazione. **Sarà il Fondo Fast, per il tramite della Società, ad occuparsi del pagamento e di ogni altra questione che dovesse presentarsi** (escluse le spese non strettamente relative alla degenza: come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc. che vengono pagate direttamente dall'Iscritto);
- **Il Fondo Fast, per il tramite della Società, provvederà a pagare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate** con i limiti poc'anzi enunciati e per le garanzie che prevedono l'utilizzo della rete di Strutture Convenzionate;
- In caso di **prestazione extraricovero**, l'Iscritto dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

L'Iscritto dovrà sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano Sanitario, o nel caso di garanzie che prevedono specifici minimi non indennizzabili, argomenti che affronteremo in dettaglio più avanti.

Attenzione:

Prima di avvalersi delle prestazioni in una struttura convenzionata, occorre accertarsi sempre, tramite gli operatori della Centrale Operativa al numero verde 800-016639, che i medici scelti all'interno della struttura abbiano aderito alla convenzione con il Fondo Fast. È sufficiente contattare la Centrale Operativa per avere quest'informazione o il nominativo di medici in alternativa.

5.4 Prestazioni in strutture non convenzionate

Per garantire all'Iscritto la più ampia facoltà possibile di determinare il proprio iter di cura, il Piano Sanitario prevede, anche la facoltà dell'Iscritto di avvalersi, per alcune prestazioni, di strutture sanitarie private non convenzionate con il Fondo Fast.

Il rimborso non sarà integrale, ma con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni. All'atto delle dimissioni l'Iscritto dovrà saldare le fatture e le note spese.

Per ottenerne il rimborso, l'Iscritto deve inviare direttamente al Fondo Fast - via Toscana n° 1, 00187 Roma - la documentazione necessaria:

- il modulo di richiesta rimborso, all'interno della presente guida e/o scaricabile direttamente dal sito www.fondofast.it;
- una copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero in istituto di cura;
- la prescrizione in copia contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico di base in caso di prestazioni extraricovero;
- documentazione di spesa (distinte e ricevute) in copia, in cui risulti il quietanziamento.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, il Fondo Fast avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Iscritto viene effettuato a cura ultimata, non appena il personale medico addetto avrà potuto vagliare il caso, in base alla documentazione ricevuta e alle informazioni che l'Iscritto stesso avrà fornito.

L'Iscritto deve consentire eventuali controlli medici disposti dal Fondo e fornire allo stesso ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il Fondo provvederà a rimborsare l'Iscritto direttamente sul suo conto corrente, tenendo conto delle limitazioni (cioè parti della spesa a suo carico) che il piano prevede.

5.5 Professione intramuraria

Una recente normativa dello Stato prevede la creazione di reparti a pagamento anche negli ospedali pubblici. Se quindi il ricovero per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici al punto 10) in un ospedale pubblico avviene con questa formula, il costo rimane a carico del paziente. Il Fondo, però, rimborserà le prestazioni con modalità varianti a seconda che il reparto a pagamento della struttura pubblica sia o meno convenzionato con il Fondo stesso. Nei due casi valgono le norme appena esposte (par. 5.2 e 5.3).

5.6. Le prestazioni del piano sanitario

Il Piano Sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto dopo la data di effetto del piano sanitario per le seguenti prestazioni:

- **RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER INTERVENTO CHIRURGICO, INTENDENDO PER TALI QUELLI ELENCATI AL SUCCESSIVO PUNTO 10**
- **PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA E TERAPIA**
- **VISITE SPECIALISTICHE**
- **TICKET SANITARI PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO**
- **PACCHETTO MATERNITÀ**

6.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER INTERVENTO CHIRURGICO (VEDI ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI AL PUNTO 10)

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Qualora l'Iscritto venga ricoverato per un intervento chirurgico, intendendo per tale uno di quelli elencati al successivo punto 10, può godere delle seguenti prestazioni:

PRE-RICOVERO

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **120** giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

INTERVENTO CHIRURGICO

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

ASSISTENZA MEDICA, MEDICINALI, CURE

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medicospecialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

RETTE DI DEGENZA

Non sono comprese nella prestazione le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con il Fondo Fast, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 300,00** al giorno.

ACCOMPAGNATORE

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

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con il Fondo Fast, la garanzia è prestata nel limite di **€ 50,00** al giorno per un massimo di **30** giorni per ricovero.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA INDIVIDUALE

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di **€ 60,00** al giorno per un massimo di **30** giorni per ricovero.

La presente garanzia è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

POST-RICOVERO

Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi ed effettuati nei **120** giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente diretta in strutture sanitarie e con personale convenzionato con il Fondo Fast.

Per i medicinali, prestazioni infermieristiche e cure termali, la garanzia è prestata in forma Esclusivamente rimborsuale. Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

Nel caso di utilizzo di **strutture convenzionate** con il Fondo Fast ed effettuate da **medici convenzionati**, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo Fast, per il tramite della Società, alle strutture convenzionate, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie.

In caso di ricovero in **strutture non convenzionate** con il Fondo Fast, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a **€ 2.000,00**, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie. Il rimborso avverrà nel limite di un sottomassimale di **€ 8.000,00** per ciascun intervento effettuato, nel massimale complessivo dell'area ricovero.

Tale modalità di erogazione delle prestazioni sarà attivata nel solo caso in cui l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sa-

nitare convenzionate con il Fondo Fast. Diversamente, resta inteso che l'Iscritto dovrà avvalersi di una struttura sanitaria convenzionata, scegliendola fra tutte quelle convenzionate.

Qualora in una **struttura convenzionata** con il Fondo Fast, venga effettuato un intervento chirurgico da parte di **personale medico non convenzionato**, tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate con il Fondo Fast (quindi nella misura dell'80% con l'applicazione del minimo non indennizzabile di € 2.000,00 e con un plafond di € 8.000,00 per intervento).

Qualora il ricovero avvenga in una **struttura del Servizio Sanitario Nazionale**, il Fondo rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ed esempio le spese per un'eventuale camera a pagamento) rimasti a carico dell'Iscritto.

In questo caso, però, l'Iscritto non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva (par. 6.1.5).

6.1.2 Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico

Il Fondo rimborsa le spese di trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 1.500,00** per ricovero.

6.1.3 Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Fondo rimborsa le spese previste ai punti 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per intervento chirurgico" e 6.1.2 "Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto. Nel caso di donazione da vivente, la prestazione prevede il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

6.1.4 Neonati (garanzia donna)

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malfor-

mazioni congenite, comprese le visite e gli Accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero, nel limite annuo di **€ 10.000,00** per neonato.

6.1.5 Indennità sostitutiva per intervento chirurgico

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso al Fondo, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **€ 80,00** per ogni giorno di ricovero, per i primi **30** giorni di ricovero. Dal **31°** giorno di ricovero, l'indennità viene elevata a **€ 100,00** per ogni giorno di ricovero, per un massimo di **100** giorni per ricovero. Come già detto, per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere gli importi suindicati per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

6.1.6 Il limite di spesa annuo dell'area ricovero

Il Piano Sanitario prevede un limite di spesa annuo che ammonta a **€ 90.000,00** per anno (1° gennaio - 31 dicembre) e per Iscritto. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta, non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni. La copertura riprenderà l'anno successivo per gli eventi che accadessero nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente.

6.2 PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA E TERAPIA

Radiologia convenzionale (con contrasto)

- *Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)*
- *Artrografia*
- *Broncografia*
- *Cavernosografia*
- *Cisternografia*
- *Cistografia/doppio contrasto*
- *Cistouretrografia minzionale*
- *Clisma opaco e/a doppio contrasto*
- *Colangiografia / colangiografia per cutanea*
- *Mielografia*
- *Pneumoencefalografia*
- *Qualsiasi esame contrasto grafico in radiologia interventistica*
- *Rx esofago con contrasto opaco/doppio contrasto*

- *Rx piccolo intestino con doppio contrasto*
- *Rx stomaco con doppio contrasto*
- *Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo*
- *Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto*
- *Scialografia con contrasto*
- *Splenoportografia*
- *Uretrocistografia*
- *Urografia*
- *Vesciculodeferentografia*
- *Wirsungrafia*

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

- *Esami radiologici apparato osteoarticolare*
- *Mammografia*
- *Mammografia bilaterale*
- *Ortopanoramica*
- *RX colonna vertebrale in toto*
- *Rx di organo o apparato*
- *Rx Endorali*
- *Rx esofago*
- *Rx esofago esame diretto*
- *Rx tenue seriato*
- *Rx tubo digerente*
- *Rx tubo digerente prime vie*
- *Rx tubo digerente seconde vie*
- *Tomografia (Stratigrafia) di organi o apparati*

Varie

- *Biopsia del linfonodo sentinella*
- *Emogasanalisi arteriosa*
- *Laserterapia a scopo fisioterapico*
- *Lavaggio bronco alveolare endoscopico*
- *Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere*

Terapie

- *Chemioterapia*
- *Radioterapia*
- *Dialisi*

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

- *Ecografia mammaria*
- *Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale*
- *Ecografia prostatica anche transrettale*
- *Ecografia addome superiore*

- *Ecografia addome inferiore*
- *Spirometria*
- *Tomografia mappa strumentale della cornea*
- *Colangiopancreatografia retrograda*
- *Colecistografia*
- *Colpografia*
- *Coronarografia*
- *Dacriocistografia*
- *Defecografia*
- *Discografia*
- *Esame urodinamico*
- *Fistolografia*
- *Flebografia*
- *Fluorangiografia*
- *Galattografia*
- *Isterosalpingografia*
- *Linfografia*

Risonanza magnetica (rm)

- *Cine rm cuore*
- *Angio rm con contrasto*
- *Rmn con e senza mezzo di contrasto*

Pet

- *Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organodistretto-apparato*

Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)

- *Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)*
- *Medicina nucleare in vivo*
- *Tomoscintigrafia SPET miocardia*
- *Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate*

Ecocolordopplergrafia

- *Ecodoppler cardiaco compreso color*
- *Ecocolordoppler arti inferiori e superiori*
- *Ecocolordoppler aorta addominale*
- *Ecocolordoppler tronchi sovraortici*

Tomografia computerizzata (tc)

- *Angio tc*
- *Angio tc distretti eso o endocranici*
- *Tc spirale multistrato (64 strati)*
- *Tc con e senza mezzo di contrasto*

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie** e di **personale convenzionato** con il Fondo Fast, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo Fast, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 25,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a **strutture sanitarie** o a **personale non convenzionato** con il Fondo Fast, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **75%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 55,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Iscritto alleggi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Iscritto alleggi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 6.000,00 per l'Iscritto.

159

6.3 VISITE SPECIALISTICHE

Il Fondo Fast provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche ad eccezione di quanto previsto al punto 6.10. "Prestazioni odontoiatriche particolari".

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di **strutture sanitarie** e **personale convenzionato** con il Fondo Fast, e nel caso di utilizzo del **Servizio Sanitario Nazionale**.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie** e di **personale convenzionato** con il Fondo Fast, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo Fast alle strutture convenzionate. L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la pre-

scrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Iscritto allegghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 700,00 per l'Iscritto.

6.4 TICKET SANITARI PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

Il Fondo Fast rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio, non rientranti tra quelli previsti al precedente punto 6.2 "Prestazioni di diagnostica e terapia", e i ticket sanitari di pronto soccorso.

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 500,00 per l'Iscritto.

6.5 PACCHETTO MATERNITÀ

Sono comprese nella garanzia le ecografie e le analisi clinico chimiche effettuate in gravidanza.

Sono inoltre comprese al massimo n. 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a n. 6 per gravidanza a rischio). Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie** e di **personale convenzionato** con il Fondo Fast, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritta vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo Fast, per il tramite della Società, alle strutture convenzionate.

Nel caso in cui l'Iscritta si rivolga a **strutture sanitarie** o a **personale non convenzionato** con il Fondo Fast, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

Nel caso in cui l'Iscritta si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, il Fondo rimborsa integralmente i ticket.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 1.000,00 per Iscritto.

In occasione del parto, e previa presentazione della relativa copia conforme della cartella clinica o in alternativa la lettera di dimissioni ospedaliera, il Fondo Fast corrisponderà un'indennità di **€ 80,00** per ogni giorno di ricovero, per un massimo di **7** giorni per ogni ricovero.

6.11 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

Il Fondo Fast provvede al pagamento delle prestazioni di prevenzione effettuate in strutture sanitarie convenzionate con il Fondo Fast, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni una volta ogni due anni (Prevenzione Oncologica)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Visita ginecologica e PAP-Test
- Trigliceridi

6.13 SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-016639** (dall'estero prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046) dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con il Fondo Fast.

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Iscritto necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

7. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Il Piano Sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di garanzia prevista; nel nostro caso non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano Sanitario.

Il piano sanitario non è operante per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del contratto salvo quanto previsto al punto 6.1.4;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto ai punti 6.8 "Prestazioni di implantologia", 6.9 "Avulsione fino ad un massimo di 4 denti (senza successiva applicazione di impianti)" e 6.10. "Prestazioni odontoiatriche particolari";

- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Iscritto che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;
- gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

*Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

**Per malformazione si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

La Centrale Operativa è in ogni caso a disposizione degli Iscritti per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in merito a situazioni di non immediata definibilità.

8. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

8.1 Estensione territoriale

Il piano sanitario ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia.

8.2 Limiti di età

Il piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del 75° anno di età dell'Isritto, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età da parte dell'Isritto.

8.3 Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con il Fondo Fast

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Isritto.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con il Fondo Fast

La documentazione di spesa **ricevuta in copia** viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge.

Qualora Il Fondo Fast dovesse richiedere all'Isritto la produzione degli originali, la documentazione di spesa in originale viene trasmessa dall'Isritto **al Fondo Fast - via Toscana n° 1, 00187 Roma** - che, con cadenza mensile, la restituirà all'Isritto a sinistro esaurito.

Nel caso di sinistri non indennizzabili, la documentazione di spesa nel caso in cui sia stata inviata in originale viene restituita all'Isritto dalla Società contestualmente alla relativa comunicazione.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

La documentazione allegata alla richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, cartelle cliniche, etc.) deve essere inviata in copia.

Il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale. Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, il Fondo ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

Attenzione

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di due anni dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione fruita. Per i ricoveri il termine decorre dalla data delle dimissioni. Le fatture e i documenti di spesa trasmessi oltre i due anni non saranno rimborsati.

8. 9. STRUTTURE CONVENZIONATE CON IL FONDO FAST

Le case di cura e i centri di analisi convenzionati sono continuamente in evoluzione, grazie all'attività di un nostro staff specializzato nella ricerca delle migliori strutture; per questo occorrerà fare sempre riferimento alla centrale operativa per avere la migliore informazione su questo aspetto al numero verde **800-016639**, oppure consultare il sito internet **www.fondofast.it**

8. 10. ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI CHIRURGIA GENERALE

- Ernia Femorale
- Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi
- Nodulesctomia mammaria

GINECOLOGIA

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

Mod FAST R4/10

(artt. 23 e 26 D. Lgs. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali)

cognome | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | nome | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

luogo |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| data |_|_| |_|_| |_|_|_|_| firma _____

cognome | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | nome | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

nato a _____ prov _____ il _____ _____ _____ codice fiscale _____

residente in via|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| CAP|_|_|_|_| città |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| prov|_|_|

domicilio (se diverso da residenza) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| CAP |_|_|_|_| città |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| prov |_|_|

tel |_|_|_|_|_|_|_| tel cell |_|_|_|_|_|_|_| e-mail |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico

Copia della cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche

Copia fatture e/o ricevute fiscali

Prestazioni pre e post ricovero

Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata

Copia fatture e/o ricevute fiscali

Ricovero per intervento chirurgico: indennità sostitutiva

Copia della cartella clinica completa

Prestazioni di diagnostica e terapia

Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata

Copia fatture e/o ricevute fiscali

Protesi/ausili medici ortopedici

Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia

Copia fatture e/o ricevute fiscali

Visite specialistiche

☐ Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata

☐ Copia fatture e/o ricevute fiscali

Ticket sanitari per accertamenti diagnostici e pronto soccorso

Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata

☐ Copia fatture e/o ricevute fiscali

Pacchetto maternità: richiesta indennità

☐ Copia della cartella clinica completa

Pacchetto maternità

Copia prescrizioni mediche

☐ Copia fatture e/o ricevute fiscali

Trattamenti fisioterapici riabilitativi

☐ Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia

Copia certificato di Pronto Soccorso

Copia fatture e/o ricevute fiscali

Si allega copia delle seguenti fatture

NUMERO	DATA	IMPORTO

NUMERO	DATA	IMPORTO

e si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, il Fondo avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

Altre polizze malattia/infortuni possedute: SI ☐ NO ☐ Compagnia _____

c/c intestato a: _____ Banca/Posta _____

Codice IBAN | _____

luogo data firma

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Art. 13 D. Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

La informiamo sull'uso dei suoi dati personali, comuni e sensibili idonei a rivelare lo stato di salute, per finalità assistenziali ed assicurative e sui suoi diritti ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo n. 196 del 2003 (codice in materia di protezione dei dati personali).

1.1. Trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative e liquidative¹

Al fine di fornirLe i servizi di assistenza sanitaria ed assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa per i dipendenti da aziende del settore Turismo (FAST) e le Compagnie di Assicurazioni Fondiaria SAI S.p.A. e UniSalute S.p.A. devono disporre di dati personali che La riguardano - alcuni dei quali ci debbono essere forniti per obbligo di legge² da Lei o da altri soggetti³ - e devono trattarli, nel quadro delle finalità assicurative secondo le ordinarie e molteplici attività e modalità operative dell'assicurazione.

Le chiediamo, di conseguenza, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi.

Il consenso che Le chiediamo riguarda anche i dati sensibili⁴ - ed in particolare quelli idonei a rivelare lo stato di salute dell'interessato - strettamente inerenti alla fornitura dei servizi previsti dal Piano Sanitario in essere, garantiti con relativa polizza assicurativa, il trattamento dei quali, come il trattamento delle altre categorie di dati oggetto di particolare tutela⁵, è ammesso, nei limiti in concreto strettamente necessari, dalle relative autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali.

Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra Lei e la Società UniSalute S.p.A., i dati, secondo i casi, possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o aventi natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la cosiddetta "catena assicurativa"⁶.

In particolare, i suoi dati saranno trattati anche dal fondo FAST con sede in via Toscana, 1 - 0087 Roma - fax 0642034675.

I suoi dati personali ed identificativi confluiranno in una Anagrafica Clienti di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.

Il consenso che Le chiediamo riguarda, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti.

Precisiamo che senza i Suoi dati non potremmo fornirLe, in tutto o in parte, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati.

1.2. Modalità di uso dei dati personali

¹ la "finalità assicurativa" richiede necessariamente, tenuto conto anche della Raccomandazione del Consiglio d'Europa REC (2002)9, che i dati siano trattati: per la predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione, di concerto con il fondo FAST, con la compagnia di Assicurazioni Fondiaria SAI S.p.A. e con altre compagnie di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi; gestione e controllo interno; attività statistico-tarifarie.

² ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.

³ ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che La riguarda (contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato, beneficiario ecc.); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione ecc.); soggetti che, per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici, per i quali si rinvia alla nota n. 6.

⁴ cioè dati di cui all'articolo 4, comma 1, lettera d), del Codice, quali non solo i dati relativi allo stato di salute, ma anche quelli idonei a rivelare convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, attinenti le opinioni politiche, sindacali e religiose.

⁵ ad esempio: dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini.

⁶ secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:

- assicuratori, coassicuratori (indicati nel contratto) e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim; legali; periti e medici;
- società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, tra cui centrale operativa di assistenza (indicata nel contratto), società di consulenza per tutela giudiziaria (indicata nel contratto), clinica convenzionata (scelta dall'interessato); società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela) (indicate sul plico postale); società di revisione e di consulenza (indicata negli atti di bilancio); società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti;
- società del Gruppo a cui appartiene la Società UniSalute (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);

- ANIA - Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (Via della Frezza, 70 - Roma), per la raccolta, elaborazione e reciproco scambio con le imprese assicuratrici, alle quali i dati possono essere comunicati, di elementi, notizie e dati strumentali all'esercizio dell'attività assicurativa e alla tutela dei diritti dell'industria assicurativa rispetto alle frodi;

- organismi consorzi propri del settore assicurativo - che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate, alle quali i dati possono essere comunicati - quali: Pool Italiano per la Previdenza Assicurativa degli Handicappati (Via dei Giuochi Istmici, 40 - Roma); commissari liquidatori di imprese di assicurazione poste in liquidazione coatta amministrativa (provvedimenti pubblicati nella Gazzetta Ufficiale), per la gestione degli impegni precedentemente assunti e la liquidazione dei sinistri; ISVAP - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo (Via del Quirinale, 21 - Roma), ai sensi della legge 12 agosto 1982, n. 576, e della legge 26 maggio 2000, n. 137;

- nonché altri soggetti, quali: UIC - Ufficio Italiano dei Cambi (Via IV Fontane, 123 - Roma), ai sensi della normativa antiriciclaggio di cui all'art. 13 della legge 6 febbraio 1980, n. 15; Casellario Centrale Infortuni (Via Roberto Ferruzzi, 38 - Roma), ai sensi del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38; CONSOB - Commissione Nazionale per le Società e la Borsa (Via G. B. Martini, 3 - Roma), ai sensi della legge 7 giugno 1974, n. 216; COVIP - Commissione di vigilanza sui fondi pensione (Via in Arcione, 71 - Roma), ai sensi dell'art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Ministero del lavoro e della previdenza sociale (Via Flavia, 6 - Roma), ai sensi dell'art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS (Via Ciro il Grande, 21 - Roma); Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria (Via Carucci, 99 - Roma), ai sensi dell'art. 7 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 605 e dell'art. 32 del D.P.R. del 29 settembre 1973, n. 600; Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; V.V.F.F.; V.V.U.U.); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo di tutti i predetti soggetti è costantemente aggiornato e può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente chiedendolo al "Responsabile per il riscontro agli interessati" indicato nell'informativa oppure consultando il sito Internet www.unisalute.it.

I dati sono trattati⁷ dal fondo FAST, dalla Fondiaria SAI S.p.A. e dalla UniSalute S.p.A. - titolare del trattamento - solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornire i servizi di assistenza sanitaria e/o prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti ovvero, limitatamente ai dati comuni e qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche e attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati per i suddetti fini ai soggetti già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa.

I dati sono trattati da incaricati e collaboratori, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità alle istruzioni ricevute, sempre e soltanto per il conseguimento delle predette finalità; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia - operanti talvolta anche all'estero - che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa⁸; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Il consenso sopra più volte richiesto comprende, ovviamente, anche le modalità, procedure, comunicazioni e trasferimenti qui indicati.

1.3. Diritti dell'interessato

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso i singoli Titolari di trattamento, cioè presso la Unisalute S.p.A. ed i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare o chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento⁹.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, Lei può consultare il sito internet www.unipolgf.it oppure rivolgersi al "Responsabile per il riscontro agli interessati" Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., con sede in Via Stalingrado, n. 45 - 40128 Bologna - e-mail: privacy@ugfassicurazioni.it.

Relativamente al trattamento effettuato dalla Fondiaria SAI S.p.A. per l'esercizio dei Suoi diritti Lei può consultare il sito internet www.fondiaria-sai.it oppure rivolgersi all'ufficio privacy, presso Fondiaria SAI S.p.A., Corso Galileo Galilei, 12 - 10126 Torino (TO) - fax 0116533613.

Relativamente al trattamento effettuato dal fondo Fast per l'esercizio dei Suoi diritti Lei può consultare il sito internet www.fondofast.it oppure rivolgersi al "Responsabile per il riscontro agli interessati" presso fondo FAST, via Toscana, 1 - 00187 Roma (RM) - fax 0642034675.

⁷ il trattamento può comportare le seguenti operazioni previste dall'articolo 4, comma 1, lettera a), del Codice: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.

⁸ questi soggetti sono società o persone fisiche nostre dirette collaboratrici e svolgono le funzioni di responsabili del nostro trattamento dei dati. Nel caso invece che operino in autonomia come distinti "titolari" di trattamento rientrano, come detto, nella cosiddetta "catena assicurativa" con funzione organizzativa.

⁹ tali diritti sono previsti e disciplinati dagli articoli 7-10 del Codice. La cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. L'opposizione può essere sempre esercitata nei riguardi del materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.



Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa Vigilanza

Chi siamo

In attuazione del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro per dipendenti da aziende del settore VIGILANZA PRIVATA 2 MAGGIO 2006 è costituito il "FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA PER I DIPENDENTI DA AZIENDE DEL SETTORE VIGILANZA PRIVATA", in breve denominato "FASIV", in seguito chiamato fondo.

Il fondo ha natura paritetica tra le organizzazioni sindacali dei datori di lavoro e le organizzazioni sindacali dei lavoratori.

Il fondo, ai sensi dell'articolo 36 e seguenti del codice civile, ha natura giuridica di associazione non riconosciuta e non persegue finalità di lucro.

Guida al Piano Sanitario

2. Presentazione

Con la “Guida al piano sanitario Fondo Fasiv” intendiamo offrirLe un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo del Piano.

Il nostro obiettivo è di fornirLe un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della Sua collaborazione.

All'interno della guida troverà quindi l'indicazione delle modalità da seguire qualora debba utilizzare il Piano.

La preghiamo di attenersi scrupolosamente a queste modalità, così da poterLa assistere con la sollecitudine che ci è propria.

3. Introduzione

Scopo di questa guida è quello di illustrare nel dettaglio le prestazioni che fornisce il Piano sanitario del Fondo Fasiv, in modo da consentire a tutti di utilizzare al meglio le opportunità in esso contenute.

E' interesse di tutti, infatti, evitare situazioni di incertezza che potrebbero, da un lato, portare a richiedere prestazioni in realtà non previste (quindi servizi che non si possono fornire o rimborsi che non si possono effettuare) e dall'altro ad utilizzi non corretti che potrebbero, in futuro, incidere negativamente sull'andamento economico generale del Piano. Vi segnaliamo che, a tal fine, il Fondo Fasiv ha deciso di affidare il servizio di gestione della copertura sanitaria a società leader in questo campo, in grado non solo di garantire da subito gli strumenti più appropriati per un'efficace ed efficiente gestione ma anche, e soprattutto, di contribuire alla generale crescita del Fondo e delle persone che in essa operano.

Il Fondo Fasiv, nell'ottica di agevolare quanto più possibile l'Iscritto, ferma restando la piena libertà dello stesso di scegliere le strutture nelle quali accedere alle prestazioni sanitarie, si avvale della rete di accordi sviluppata dalla Società Unisalute con gran parte dei soggetti che operano nella sanità (case di cura, laboratori di analisi, ecc.) allo scopo di offrire, nella maggior parte dei casi, le prestazioni sanitarie mantenendo il totale costo a proprio carico ed evitando così che l'Iscritto anticipi alcuna somma di denaro, ad eccezione di minimi non indennizzabili previsti alle singole garanzie.

Tale meccanismo è in grado di garantire ulteriormente forti sconti e agevolazioni agli Iscritti, anche per le prestazioni che non siano coperte dalle garanzie del piano sanitario Fondo Fasiv.

4. Le persone per cui è operante la copertura

La copertura è prestata a favore dei dipendenti iscritti al Fondo Fasiv in applicazione del CCNL istitutivo del Fondo Fasiv stesso.

5. Come utilizzare le prestazioni del Piano Sanitario

5.1. Per prima cosa contattare il Fondo Fasiv

Quando uno degli Iscritti ha bisogno di cure mediche o esami occorre che contatti al più presto possibile la Centrale Operativa al numero verde 800-885785.

Gli Operatori e i Medici della Centrale Operativa sono a Sua disposizione per verificare la compatibilità delle prestazioni richieste con il Piano Sanitario.

Qualora la prestazione richiesta non fosse compresa nel piano sanitario, i medici sono a disposizione per aiutare l'Iscritto a scegliere percorsi di diagnosi e cura alternativi ed egualmente soddisfacenti.

Nel caso in cui motivi di urgenza impediscano il preventivo ricorso alla Centrale Operativa sarà bene farlo al più presto, avendo cura, nel frattempo, di raccogliere la maggior documentazione possibile sugli eventi relativi a quello specifico iter di cura (prescrizioni mediche, cartelle cliniche, fatture). E' bene chiarire che le prestazioni previste dal Piano Sanitario, che verranno successivamente illustrate in modo dettagliato, prevedono differenti modalità di utilizzo qui di seguito riportate.

171

5.2. Prestazioni in strutture convenzionate con il Fondo Fasiv attraverso la Società UniSalute.

Il Fondo Fasiv, tramite la Società, ha predisposto per gli iscritti un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private mediante proprio personale specializzato.

I convenzionamenti prevedono una serie di standard qualitativi che la struttura sanitaria è tenuta a garantire alla Società, e dunque agli Iscritti al Fondo Fasiv.

L'Iscritto, per le prestazioni che lo prevedono, utilizzando le strutture convenzionate consegue alcuni vantaggi rilevanti:

- Non è soggetto ad alcun esborso di denaro poiché i pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra il Fondo Fasiv, la Società e la struttura convenzionata, ad eccezione di somme minime non indennizzabili ove previste;
- Può utilizzare per le prenotazioni delle prestazioni garantite dal Piano Sanitario la centrale operativa, contattabile mediante il numero verde gratuito 800-885785;

- L'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi e in presidi sanitari di cui la Società, e dunque il Fondo Fasiv, garantiscono i livelli di qualità ed efficienza.

All'atto dell'effettuazione della prestazione (che deve essere preventivamente autorizzata dalla Centrale Operativa), l'Iscritto dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante, contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

- In caso di ricovero per grande intervento chirurgico dovrà inoltre sottoscrivere il modulo contenente gli impegni da Lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e, all'atto delle dimissioni, la documentazione di spesa (fatture e ricevute).
- All'atto della dimissione dall'istituto di cura non dovrà far altro che firmare un modulo contenente l'elenco dei servizi ricevuti e lasciare la richiesta del suo medico di fiducia, così che possa essere unita alla documentazione. Sarà il Fondo Fasiv, per il tramite della Società, ad occuparsi del pagamento e di ogni altra questione che dovesse presentarsi (escluse le spese non strettamente relative alla degenza: come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc. che vengono pagate direttamente dall'Iscritto).
- Il Fondo Fasiv, per il tramite della Società, provvederà a pagare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate con i limiti poc'anzi enunciati e per le garanzie che prevedono l'utilizzo della rete di Strutture Convenzionate.

Attenzione:

Prima di avvalersi delle prestazioni in una struttura convenzionata, occorre accertarsi sempre, tramite gli operatori della Centrale Operativa, che i medici scelti all'interno della struttura abbiano aderito alla convenzione con il Fondo Fasiv. È sufficiente contattare la Centrale Operativa per avere quest'informazione o il nominativo di medici in alternativa.

5.3. Prestazioni in strutture non convenzionate

Per garantire all'Iscritto la più ampia facoltà possibile di determinare il proprio iter di cura, il Piano Sanitario prevede anche la facoltà dell'Iscritto di avvalersi di strutture sanitarie private non convenzionate con il Fondo Fasiv tramite la Società.

Il rimborso non sarà integrale, ma con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni.

All'atto delle dimissioni l'Iscritto dovrà saldare le fatture e le note spese. Per ottenerne il rimborso, l'Iscritto deve inviare direttamente al Fondo Fasiv (presso UNISALUTE – VIA DEL GOMITO, 1 – 40127 BOLOGNA) la documentazione necessaria di seguito indicata.

- Il modulo di richiesta rimborso debitamente compilato in ogni sua parte, scaricabile direttamente dal sito www.fasiv.it;
- Copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale in caso di ricovero per grande intervento chirurgico. Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero, ad esso connesse, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce;
- La prescrizione medica in copia contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante in caso di prestazioni extraricovero;
- Documentazione di spesa (distinte e ricevute) in copia, in cui risulti il quietanziamento.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, Fondo Fasiv avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Iscritto viene effettuato a cura ultimata, non appena il personale medico addetto avrà potuto vagliare il caso, in base alla documentazione ricevuta e alle informazioni che l'Iscritto stesso avrà fornito.

L'Iscritto deve consentire eventuali controlli medici disposti dal Fondo e fornire allo stesso ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il Fondo provvederà a rimborsare l'Iscritto direttamente sul suo conto corrente, tenendo conto delle limitazioni (cioè parti della spesa a suo carico) che il piano prevede.

5.4. Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Avvalersi di strutture sanitarie private vuol dire godere di notevoli vantaggi, in termini di professionalità tecnica, comfort nell'accoglienza del paziente e qualità del servizio prestato. Ma non bisogna dimentica-

re che in Italia il servizio pubblico mette a disposizione dei cittadini anche ottime soluzioni di cura, alcune delle quali veramente convenienti e all'avanguardia.

Nel caso in cui l'Iscritto decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., il Piano Sanitario predispone due soluzioni, tra loro in alternativa, per il recupero delle spese che dovessero essere comunque effettuate all'interno delle strutture pubbliche:

- Qualora l'Iscritto sostenga delle spese per trattamento alberghiero - in caso di ricovero per grande intervento chirurgico - o per ticket sanitari, il Piano Sanitario rimborsa integralmente quanto anticipato dall'Iscritto;

Per ottenerne il rimborso, l'Iscritto deve inviare la documentazione necessaria (copie della fatture e/o ricevute fiscali) ai seguenti indirizzi:

- Fondo Fasiv (presso UNISALUTE – VIA DEL GOMITO, 1 – 40127 BOLOGNA).

- Fondo Fasiv, VIA SICILIA 50 – 00187 ROMA, e-mail: rimborsi@fasiv.it, nel solo caso di richiesta di rimborso per ticket sanitari per prestazioni extra ricovero.

- Corresponsione in alternativa di un'indennità sostitutiva giornaliera in caso di ricovero per grande intervento chirurgico, le cui modalità descriveremo più avanti (par. 6.5).

5.5. Professione intramuraria

Una recente normativa dello Stato prevede la creazione di reparti a pagamento anche negli ospedali pubblici. Se, quindi, il ricovero in un ospedale pubblico avviene con questa formula, il costo rimane a carico del paziente. Il Fondo, però, rimborserà le prestazioni con modalità varianti a seconda che il reparto a pagamento della struttura pubblica sia convenzionato o meno con il Fondo Fasiv tramite la Società. Nei due casi valgono le norme appena esposte (par. 5.2 e 5.3).

6. Le prestazioni del Piano Sanitario

Il Piano Sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto dopo la data di effetto del piano sanitario per le seguenti prestazioni:

- RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO, INTENDENDO PER TALI QUELLI ELENCATI AL SUCCESSIVO ALLEGATO A;
- PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE;

- VISITE SPECIALISTICHE;
- PACCHETTO MATERNITÀ;
- CURE DENTARIE DA INFORTUNIO;
- PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA DENTALE;
- PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI;
- CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE, PROTESI ODONTOIATRICHE E ORTODONZIA
- PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI;
- INABILITÀ TEMPORANEA PER GRAVI EVENTI MORBOSI, INTENDENDO PER TALI QUELLI ELENCATI AL SUCCESSIVO ALLEGATO B;
- SERVIZI DI CONSULENZA.

6.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

Per grandi interventi chirurgici si intendono quelli elencati al successivo allegato A.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora l'Iscritto venga ricoverato per un grande intervento chirurgico, può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'incidento che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

Intervento Chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con il Fondo

Fasiv attraverso la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 300,00 al giorno.

Accompagnatore

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

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con il Fondo Fasiv attraverso la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

La presente garanzia è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

Post-ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi, effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente diretta in strutture sanitarie e con personale convenzionato con il Fondo Fasiv attraverso la Società.

Per i medicinali, prestazioni infermieristiche e cure termali, la garanzia è prestata in forma esclusivamente rimborsali. Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con il Fondo Fasiv tramite la Società ed effettuate da medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo Fasiv per il tramite della Società alle strutture stesse, ad eccezione della garanzia "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevede specifici limiti.

In caso di ricovero in strutture non convenzionate con il Fondo Fasiv tramite la Società, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nella misura dell'80% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a € 2.000,00, ad eccezione delle garanzie "Retta di degenza", "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.

Il rimborso avverrà nel limite di un plafond di € 8.000,00 per intervento.

Tale modalità di erogazione delle prestazioni sarà attivata nel solo caso in cui l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con il Fondo Fasiv attraverso la Società. Diversamente, resta inteso che l'Iscritto dovrà avvalersi di una struttura sanitaria convenzionata, scegliendola fra tutte quelle convenzionate.

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata con il Fondo Fasiv, attraverso la Società, un grande intervento chirurgico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate con il Fondo Fasiv attraverso la Società (quindi nella misura dell'80% con l'applicazione del minimo non indennizzabile di € 2.000,00 e con un plafond di € 8.000,00 per intervento).

Qualora il ricovero avvenga in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ed esempio le spese per un'eventuale cameretta a pagamento) rimasti a carico dell'Iscritto. In questo caso, però, l'Iscritto non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva (par. 6.5).

6.2 Trasporto sanitario a seguito di grande intervento chirurgico

Il Fondo rimborsa le spese di trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.500,00 per ricovero.

6.3 Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Fondo rimborsa le spese previste ai punti 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per grande intervento chirurgico" e 6.2 "Trasporto sanitario a seguito di grande intervento chirurgico" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.

Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la prestazione prevede le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

6.4 Neonati – figli di Iscritti

Il Fondo provvede al pagamento delle spese sostenute dall'Iscritto per grandi interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del figlio neonato per la correzione di malformazioni congenite nel limite annuo di € 2.000,00 per neonato.

6.5 Indennità sostitutiva per grande intervento chirurgico

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso al Fondo, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero per i primi 30 giorni e di € 100,00 per ogni giorno di ricovero a partire dal 31° giorno fino al 100° giorno di ricovero. Come già detto, per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere gli importi suindicati per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

6.6 Il limite di spesa annuo dell'aera ricovero

Il Piano Sanitario prevede un limite di spesa annuo che ammonta a € 110.000,00 per anno associativo e per Iscritto. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta, non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni. La copertura riprenderà l'anno successivo per gli eventi che accadessero nel nuovo periodo.

Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente.

6.7 PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il Piano sanitario prevede il pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

- Esami radiologia apparato osteoarticolare (rientrano gli rx colonna vertebrale)
- Mammografia bilaterale
- Ortopanoramica
- Rx di organo apparato
- Rx Endorali
- Rx esofago
- Rx esofago esame diretto
- Rx tenue seriato
- Rx tubo digerente
- Rx tubo digerente prime vie

- Rx tubo digerente seconde vie
- Stratigrafia

Radiologia convenzionale (con contrasto)

- Cisternografia
- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cavernosografia
- Cistografia/doppio contrasto
- Cisturografia minzionale
- Clismo opaco e/a doppio contrasto
- Colangiografia / colangiografia per cutanea
- Colangiopancreatografia retrograda
- Colecistografia
- Colpografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Esame urodinamico
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica.
- Rx esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
- Rx piccolo intestino con doppio contrasto
- Rx stomaco con doppio contrasto
- Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo
- Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
- Scialografia con contrasto
- Splenoportografia
- Uretrocistografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungrafia

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

- Ecografia mammaria
- Eco addome superiore e inferiore
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
- Ecografia prostatica anche transrettale

Ecocolordopplergrafia

- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
- Ecocolordoppler aorta addominale
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici

Tomografia computerizzata (tc)

- Angio tc
- Angio tc distretti eso o endocranici
- Tc spirale multistrato (64 strati)
- T.c. con e senza mezzo di contrasto

Risonanza magnetica (rm)

- Cine rm cuore
- Angio rm con contrasto
- Rmn con e senza mezzo di contrasto

Pet

- Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organo-distrettoapparato
- Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)
- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
- Tomoscintigrafia SPET miocardica

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con il Fondo Fasiv attraverso la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo Fasiv, per il tramite della Società, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di € 30,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con il Fondo Fasiv attraverso la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 75% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 55,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è ne-

cessario che l'Iscritto allegghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata. Nel caso in cui l'iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Iscritto allegghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata. La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 6.000,00 per l'iscritto.

6.8 VISITE SPECIALISTICHE

Il Fondo Fasiv provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato con il Fondo Fasiv attraverso la Società, e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con il Fondo Fasiv attraverso la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo Fasiv, per il tramite della Società, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di € 30,00 per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Iscritto allegghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 1.000,00 per l'iscritto.

6.9 PACCHETTO MATERNITÀ

Sono comprese nella garanzia le visite specialistiche le ecografie e le analisi clinico chimiche effettuate in gravidanza.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con il Fondo Fasiv attraverso la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritta vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo Fasiv, per il tramite della Società, alle strutture convenzionate.

Nel caso in cui l'Iscritta si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con il Fondo Fasiv attraverso la Società, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

Nel caso in cui l'Iscritta si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente i ticket.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 1.000,00 per l'Iscritto.

In occasione del parto e previa presentazione della relativa cartella clinica, il Fondo Fasiv attraverso la Società, corrisponderà un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero.

6.14 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

Il Fondo Fasiv provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate in strutture sanitarie convenzionate con il Fondo tramite la Società, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici ancorchè non ancora conclamati si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia23
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine

- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni una volta ogni due anni (Prevenzione Oncologica)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Visita ginecologica e PAP-Test
- RX Mammografia bilaterale

6.15 INABILITÀ TEMPORANEA PER GRAVI EVENTI MORBOSI

Per gravi eventi morbosi si intendono quelli elencati al successivo allegato B.

Il Fondo Fasiv corrisponderà un'indennità mensile a seguito di inabilità temporanea, anche non correlata a ricovero ospedaliero, in conseguenza di gravi eventi morbosi che comporti l'incapacità a svolgere la propria attività professionale.

Per inabilità temporanea si intende la perdita temporanea, in misura totale, della capacità dell'Iscritto ad attendere alle proprie occupazioni professionali.

L'indennità per ciascun mese di inabilità temporanea corrisponde ai seguenti importi:

- Per i dipendenti con contratto full-time ad € 1.000,00 per i primi tre mesi e ad € 700,00 dal 4° al 6° mese.
- Per i dipendenti con contratto part-time l'indennità per ciascun mese di inabilità temporanea corrisponde ad € 700,00 per i primi tre mesi e ad € 500,00 dal 4° al 6° mese.

La prestazione è erogata per un periodo massimo di sei mesi per evento. La garanzia viene prestata con una franchigia assoluta di sei mesi, pertanto il Fondo liquida l'indennità a partire dal 7° mese successivo a quello di decorrenza dell'inabilità temporanea per terminare al 31/12 dello stesso anno.

6.16 SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800-885785 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 051-6389046. La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

a) Informazioni sanitarie telefoniche

- Strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- Indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- Centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- Farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con il Fondo Fasiv tramite la Società.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Iscritto necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Iscritto necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

7. Casi di non operatività del piano

Il Piano Sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di garanzia prevista; nel nostro caso non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano Sanitario.

Il piano sanitario non è operante per:

1. Le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quanto previsto al punto 6.4 "Neonati – figli di Iscritti";
2. La cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. Le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e

- gli accertamenti odontoiatrici;
4. Le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
 5. Le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;
 6. I ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
 7. Gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
 8. Il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni. Non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;
 9. Gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
 10. Gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
 11. Gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
 12. Le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
 13. Le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
 14. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

*Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

**Per malformazione si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

La Centrale Operativa è in ogni caso a disposizione degli Iscritti per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in merito a situazioni di non immediata definibilità.

8. Alcuni chiarimenti importanti

8.1 Estensione territoriale

Il piano sanitario ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia.

8.2 Limiti di età

Il piano sanitario può essere stipulato o rinnovato per il singolo Iscritto fino a quando lo stesso permanga in rapporto di lavoro dipendente secondo il CCNL per i dipendenti da aziende degli Istituti di Vigilanza Privata.

8.3 Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con il Fondo Fasiv tramite la Società

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Iscritto.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con il Fondo Fasiv tramite la Società

La documentazione di spesa ricevuta in copia viene conservata e allegata alle richieste di rimborso come previsto per legge, mentre – qualora il Fondo dovesse richiedere all'Iscritto la produzione degli originali – verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

9. Strutture convenzionate con il Fondo Fasiv attraverso la Società Unisalute

Le case di cura e i centri di analisi convenzionati sono continuamente in evoluzione, grazie all'attività di un nostro staff specializzato nella ricerca delle migliori strutture; per questo occorrerà fare sempre riferimento alla centrale operativa per avere la migliore informazione su questo aspetto al numero verde 800-885785, oppure consultare il sito internet www.fasiv.it.

Allegato A - Elenco grandi interventi chirurgici

CHIRURGIA GENERALE

- Ernia Femorale
- Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi
- Nodulesctomia mammaria

GINECOLOGIA

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

Allegato B - Elenco gravi eventi morbosi

a. Infarto miocardico acuto;

b. Insufficienza cardio-respiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:

- I. dispnea
- II. edemi declivi
- III. aritmia
- IV. angina instabile
- V. edema o stasi polmonare
- VI. ipossiemia

c. Neoplasia maligna in trattamento con aggravamento delle condizioni generali e necessità di accertamenti o cure;

d. Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

- I. ulcere torbide
- II. decubiti
- III. neuropatie
- IV. vasculopatie periferiche
- V. infezioni urogenitali o sovrinfezioni.

e. Politraumatismi gravi che non necessitino di intervento chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato;

f. Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo;

g. Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale;

Inviare il presente modulo con la documentazione necessaria per il rimborso a:
FONDO FASIV presso Unisalute Via del Gomito, 1 - 40127 Bologna

FONDO FASIV presso Unisalute Via del Gomito, 1 - 40127 Bologna

Firma dell'interessato _____

Indirizzo E-Mail

Firma del Titolare

**MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO
TICKET SANITARI PER PRESTAZIONI EXTRA RICOVERO
ISCRITTI FONDO FASIV**

Inviare il presente modulo con la documentazione necessaria per il rimborso a:

FONDO FASIV - Via Sicilia, 50 - 00187 Roma

Affinché il Fondo FASIV possa trattare i suoi dati, insieme alle Compagnie di Assicurazione: Gruppo SAI Fondiaria e Unisalute S.p.A., è necessario sottoscrivere il modulo di consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assistenziali, assicurative e liquidative, riportato di seguito.
(Art. 23 D.Lgs. n. 196/03 - Codice in materia di protezione dei dati personali)

Sulla base dell'informativa allegata al presente modulo, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assistenziali, assicurative e liquidative, apponendo la Sua firma. Ricordiamo che in mancanza di questo consenso il Fondo FASIV e le Compagnie di Assicurazione sopra indicate potrebbero non dare esecuzione al rapporto associativo o al contratto assicurativo, e/o si vedranno impossibilitate a trattare i dati sensibili per la liquidazione degli eventuali sinistri o rimborsi.

Luogo e data _____

Nome e Cognome dell'iscritto (in stampatello) _____

Firma dell'interessato _____

ISCRITTO: Cognome _____ Nome _____

Nato il _____ a _____ Prov _____ Residente in via _____

CAP _____ Città _____ Prov _____ Cod.Fiscale|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Istituto di Vigilanza di appartenenza	Telefono	Telefono cellulare
---------------------------------------	----------	--------------------

Indirizzo E-Mail

Documentazione richiesta

Prestazioni di alta specializzazione

Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata

Copia fatture e/o ricevute fiscali

Visite specialistiche

Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata

Copia fatture e/o ricevute fiscali

Ticket per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso

Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata

Copia fatture e/o ricevute fiscali

Pacchetto maternità

Copia fatture e/o ricevute fiscali

Cure dentarie da infortunio

Copia certificato di Pronto Soccorso

Copia fatture e/o ricevute fiscali

Scheda anamnestica odontoiatrica

Prestazioni di implantologia

Radiografie e referti radiologici precedenti e successivi all'installazione impianti

Copia fatture e/o ricevute fiscali

Scheda anamnestica odontoiatrica

Si allega la copia dei seguenti ticket sanitari

[illegible][illegible]

e si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, Fondo Fasiv avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

Altre polizze malattia/infortuni possedute: SÌ ☐ NO ☐ Compagnia _____

Ai fini del rimborso diretto, notifico le coordinate bancarie:

c/c intestato a: _____ Banca/Posta _____

[illegible]

Il Codice IBAN è composto obbligatoriamente da 27 caratteri alfanumerici e si trova in alto nel documento dell'estratto conto bancario.

Data

Firma del Titolare

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Art. 13 D. Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

Gentile Cliente,

per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

QUALI DATI RACCOGLIAMO

Si tratta di dati (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornisce; tra questi ci sono anche dati di natura sensibile⁽²⁾ (idonei, in particolare, a rivelare il Suo stato di salute), indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il rilascio della polizza e la gestione dell'attività assicurativa e, in alcuni casi, obbligatorio per legge⁽³⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori (relativi a Suoi recapiti) può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti⁽⁴⁾; ove necessario potranno essere utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁵⁾ e saranno inseriti in un archivio clienti di Gruppo.

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁶⁾. In particolare, i suoi dati, per le sole finalità di assistenza sanitaria legata alla fornitura dei servizi previsti dal Piano Sanitario in essere, saranno trattati anche dal Fondo FASIV con sede in Roma, Via Sicilia, 50, 00187- Roma.

Poiché fra i Suoi dati personali ve ne sono alcuni di natura sensibile (relativi al Suo stato di salute) potremo trattarli soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso.

TRATTAMENTO DATI COMUNI PER FINALITÀ COMMERCIALI

In una sezione separata potremmo, altresì, chiederLe di esprimere uno specifico consenso per il trattamento dei Suoi dati comuni per finalità diversa da quella assicurativa. I Suoi recapiti potranno essere utili per contattarLa più agevolmente per comunicazioni di servizio ed eventualmente, ove Lei sia d'accordo, per illustrarLe le nuove opportunità commerciali, anche delle società facenti parte di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.

Il Suo consenso ci permetterà di utilizzare i Suoi dati per finalità di rilevazione della qualità dei servizi, ricerche di mercato ed indagini statistiche, promozione e vendita di servizi e/o prodotti delle società del nostro Gruppo svolte per posta o telefono, con sistemi anche automatizzati, e-mail, fax, messaggi preregistrati e SMS, ed analisi dei prodotti e servizi richiesti, attraverso anche elaborazioni elettroniche volte all'individuazione di Sue esigenze e di nuove opportunità di Suo possibile interesse. Il conferimento dei Suoi dati per tali finalità è facoltativo e il loro mancato rilascio non incide sui rapporti in essere.

Al riguardo, Le precisiamo che i dati da Lei forniti non saranno soggetti a diffusione e saranno trattati - anche con strumenti informatici e telematici - dal personale incaricato delle nostre strutture e da parte di società di fiducia che svolgono, per nostro conto, alcune operazioni di trattamento strettamente necessarie per le suddette attività.

Inoltre, esclusivamente per le medesime finalità, i Suoi dati potranno essere comunicati anche ad altri soggetti - in Italia o all'estero - che li utilizzeranno come autonomi titolari. In particolare, i Suoi dati potranno essere trattati da taluni dei seguenti soggetti: società - anche bancarie - del nostro Gruppo; società specializzate per attività di informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti. L'elenco completo ed aggiornato di tali soggetti è disponibile gratuitamente consultando i siti internet www.unisalute.it o www.ugfassicurazioni.it.

Il consenso che Le chiediamo di esprimere riguarda, pertanto, anche gli specifici trattamenti effettuati da tali soggetti.

COME TRATTIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa⁽⁷⁾.

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D.Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolari del trattamento dei Suoi dati sono Unisalute S.p.A. (www.unisalute.it), con sede in Via del Gomito n. 1 - 40127 Bologna, UGF Assicurazioni S.p.A. (www.ugfassicurazioni.it) ed Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipolgrup.it), entrambe con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna.

Per il solo trattamento per finalità assistenziali è Titolare il Fondo FASIV con sede in Roma, Via Sicilia, 50 - 00187 Roma, tel 06.42016755 - fax 06.42020545. Per ogni eventuale dubbio o chiarimento, nonché per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali comunichiamo i dati e l'elenco dei Responsabili potrà consultare il sito www.unisalute.it o rivolgersi al Responsabile per il riscontro agli interessati presso UGF Assicurazioni S.p.A. al recapito sopra indicato - e-mail: privacy@ugfassicurazioni.it.

Note

- Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi e consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.
- Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio, in materia di accertamenti fiscali, ecc.
- Ad esempio, per predisporre o stipulare polizze assicurative, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo Unipol, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; l'analisi di nuovi mercati assicurativi; la gestione ed il controllo interno; attività statistico-tarifarie.
- Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. ed UGF Assicurazioni S.p.A., cui è affidata la gestione di alcuni servizi condivisi per conto della altre società del Gruppo Unipol.
- In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto), da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; periti, legali; società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri (quali le Centrali Operative), servizio di quietanzamento, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza; medici, strutture sanitarie o cliniche convenzionate da Lei scelti; nonché ad enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (indicati nell'elenco disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscatto).
- Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

Unisalute S.p.A.

Sede e Direzione Generale Via del Gomito, 1- 40127 Bologna (Italy) - Tel. +39 051 6386111 - Fax +39 051 320961 - www.unisalute.it
Cap. soc. i.v. Euro 17.500.000,00 - Registro delle Imprese di Bologna 03843680376 - C. F. e P. Iva 03843680376 - R.E.A. 319365
Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con D.M. 20-11-1989 n. 18340 (G.U. 4-12-1989 n. 283), D.M. 8-10-1993 n. 19653
(G.U. 25-10-1993 n. 251), D.M. 9-12-1994 n. 20016 (G.U. 20-12-1994 n. 296) e Prov. Isvap n.2187 dell' 8-05-2003 (G.U. 16-05-2003 n.112)
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.





Ente Bilaterale Nazionale Terziario