

## Allegato 2

### Novazione Polizze Collettive Rimborsio Spese Mediche

#### A) POLIZZA MALATTIA IMPIEGATI

1. L'Azienda si impegna a versare alla Cassa Assistenza del Gruppo AXA competente per singolo lavoratore il premio necessario per la stipula di una polizza assicurativa, a contraenza Cassa Assistenza Assicurazioni AXA, per il rimborso delle spese di cura a beneficio di tutti i propri dipendenti cui si applica il CIA Gruppo AXA e del personale eventualmente collocato nel Fondo di Solidarietà di settore ANIA/AISA, senza soluzione di continuità dal rapporto di lavoro, a partire dal 1 gennaio 2018.

Oggetto della copertura assicurativa sono le prestazioni nelle modalità e termini previsti dal presente Allegato, trasferiti in condizioni di polizza denominata "Polizza rimborso spese mediche per Impiegati in servizio e in quiescenza - CIA Gruppo AXA"; tra le prestazioni sono comprese le garanzie di cui alla sezione Assistenza Sanitaria e Second Opinon - mentre è esclusa la garanzia Check Up.

Per quest'ultima garanzia, per il solo personale in forza, si applica quanto definito nell'Allegato 1 del CIA Gruppo AXA.

2. Sono escluse dalla garanzia assicurativa, e quindi dal rimborso, le prestazioni sanitarie, le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasie maligne nei 360 giorni successivi all'intervento chirurgico demolitivo, o da infortunio comprovato da referto di pronto soccorso, purché effettuate durante la validità del contratto e le spese atte a ripristinare l'integrità psicofisica).
3. La polizza deve altresì prevedere per la vigenza del CIA del Gruppo AXA le seguenti ulteriori garanzie, a favore di ciascun soggetto a cui si applica il presente Allegato al CIA del Gruppo AXA:

- a) Per i casi di ricovero e/o interventi chirurgici, resi necessari da malattia o infortunio anche non seguito da ricovero - per un massimale annuo di €. 1.500.000 al decorrere dall'1.01.2018 per singolo dipendente e per anno assicurativo.

Il massimale copre le spese sostenute:

- 90 giorni precedenti il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero,
- durante il ricovero,
- 150 giorni successivi il ricovero o intervento chirurgico senza ricovero, come meglio trattato nelle condizioni della "Polizza rimborso spese mediche per Impiegati in servizio e in quiescenza - CIA Gruppo AXA".

- b) Sono previste le seguenti coperture integrative :

- Protesi oculistiche e acustiche e ortopediche e relativi materiali di consumo: massimale di spesa di €. 500,00 per nucleo familiare all'anno, dall'1 gennaio 2018 con scoperto del 15%; tale massimale è da intendersi con il limite di due protesi all'anno per ciascuna tipologia e per ciascun componente del

PS Me

U

nucleo familiare, ad eccezione delle lenti a contatto e dei materiali di consumo.

- Spese odontoiatriche ed ortodontiche; massimale di spesa di € 1000,00 per nucleo familiare all'anno dall'1 gennaio 2018, con scoperto del 10%, qualora non fosse utilizzato il circuito convenzionato.

Nel caso in cui il massimale dell'anno precedente a quello in corso (definito per questo "anno di riferimento") non fosse completamente utilizzato entro l'anno solare, il residuo sarà cumulato con il massimale dell'anno di riferimento.

Tale importo residuo decade se non utilizzato nel corso dell'anno di riferimento.

- Spese relative a medicinali: dall'1 gennaio 2018, massimale di spesa di € 200,00,—per anno e per nucleo familiare, tramite presentazione dello scontrino fiscale "parlante" e senza presentazione di ricetta—intestata all'Impiegato o ai familiari inclusi in polizza. Nel caso di mancato rilascio dello scontrino fiscale "parlante", è necessario presentare la prescrizione medica del medicinale, unitamente allo scontrino di cassa.

*N.B. Le garanzie per le protesi oculistiche e acustiche, quelle per le spese odontoiatriche e ortodontiche, sono applicate esclusivamente al personale in forza e agli ex-dipendenti aderenti al Fondo di Solidarietà di settore ANIA/AISA e ai componenti del nucleo familiare a cui è stata estesa la garanzia con il versamento dei relativi premi.*

- Visite specialistiche, esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici strumentali: massimale di €. 4.500,00 all'anno dall'1 gennaio 2018, con scoperto del 10% minimo 20,00 € se fuori convenzione.
- Trattamenti fisiokinesiterapici e psicoterapeutici: massimale di € 1.500 con scoperto del 20%, con il minimo di € 30, anche se in regime di convenzione.
- Spese relative a infortuni senza ricovero: massimale di € 2.800,00 all'anno;
- Diaria da gessatura o traumi: indennità giornaliera di € 50,00 nei limiti previsti dall'art. 31 dell'Allegato A).
- Spese per malattie oncologiche e relativi esami e controlli: massimale annuo e per nucleo familiare di € 23.000,00 dall'1 gennaio 2018, dietro presentazione di documentazione e/o certificazione specialistica oncologica o tesserino rilasciato da SSN per patologia oncologica.
- Massimale aggiuntivo di € 16.000 per spese per HIV, AIDS, Alzheimer e Parkinson

4. In caso di nucleo familiare composto da due coniugi/conviventi more uxorio /unioni civili ex legge 76/2016 da intendersi ovunque sia richiamato il coniuge (entrambi dipendenti della Azienda ciascuno dei due ha diritto al trattamento di cui al punto precedente; si intende che eventuali altri familiari possono essere assicurati esclusivamente da uno dei due dipendenti secondo quanto infra.

5. Il dipendente in forza e l'ex-dipendente aderente al Fondo di Solidarietà di settore ANIA/AISA è tenuto a contribuire al premio assicurativo versato dall'Azienda alla Cassa Assistenza Assicurazioni AXA nei seguenti importi annuali:

PS

U  
Me

|         |                     |
|---------|---------------------|
| Premio  | Assicurati          |
| 75,00€. | Dipendente in forza |

Il dipendente e l'ex-dipendente aderente al Fondo di Solidarietà di settore ANIA/AISA può estendere la garanzia, dal 01/01/2018,

- al coniuge, al convivente more uxorio, alla persona costituente la famiglia di fatto nel rispetto delle norme vigenti in materia, fiscalmente a carico o con reddito pari o superiore a € 37.000,00,
- ai figli fiscalmente a carico o con reddito annuo pari o inferiore a € 37.000,00), corrispondendo i seguenti premi per anno assicurativo, come da tabella sottostante :

| Assicurati                   | Premio Coniuge/figli fiscalmente a carico | Premio Coniuge e premio figli non fiscalmente a carico con reddito annuo pari o inferiore a € 37.000,00 | Premio Coniuge non fiscalmente a carico con reddito annuo superiore a € 37.000,00 |
|------------------------------|---|---|---|
| 1 familiare                  | 10,00 €.                                  | 190,00 €.   | 190,00 €.   |
| 2 familiari                  | 10,00 €.                                  | 102,00 €.   | 190,00 €.   |
| 3 familiari                  | 10,00 €.                                  | 102,00 €.   | 190,00 €.   |
| Per ogni ulteriore familiare | 10,00 €.                                  | 50,00 €.  | 190,00 €.   |

Si precisa che la copertura può essere richiesta anche per una parte del nucleo familiare.

6. Al versamento dei premi annuali indicati, le garanzie di cui al precedente punto 3., sono estensibili al nucleo familiare di ciascun dipendente (i cui componenti vanno nominalmente elencati), nei termini che seguono:
- estensione della garanzia prevista all'articolo 3 comma a), per le spese sostenute in caso di ricovero di componenti del nucleo familiare assicurato;

ps V No

- estensione delle garanzie previste all'articolo 3 comma b, per il nucleo assicurato con le seguenti modifiche ed integrazioni dei massimali di spesa:
  - Visite specialistiche, esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici strumentali: massimale annuo elevato a € 5.500,00, dal 1 gennaio 2018, con scoperto del 10%, minimo 20 € se fuori convenzione.
  - Trattamenti fisiokinesiterapici e psicoterapeutici, massimale annuo elevato a € 2.000,00 dall'1 gennaio 2018, con scoperto del 20%, minimo 30 €, anche se in regime di convenzione.
  - Infortuni senza ricovero, massimale annuo elevato a € 3.000,00;

7. Franchigie e Scoperti.

- a) In caso di utilizzo del circuito dei convenzionamenti gestito da Blue Assistance S.p.A. (o altro gestore di servizio subentrante) non sono praticate franchigie e scoperti per qualsiasi tipo di prestazione sanitaria assicurata.
  - b) Le franchigie e gli scoperti, così come da presente accordo, sono invece applicati qualora non si utilizzi il circuito convenzionato limitatamente a visite specialistiche ed esami diagnostici.
  - c) In caso di ricorso al S.S.N. i ticket relativi alle spese sostenute sono rimborsati integralmente.
8. In occasione di ricovero presso strutture pubbliche, è riconosciuta una indennità giornaliera pari a € 160,00 dall'1 gennaio 2018, sino ad un massimo di 120 giorni per anno, ridotta a € 80,00 dall'1 gennaio 2018 in caso di day hospital o day surgery.
9. In occasione di ricovero, comprendente o meno un intervento, presso strutture non convenzionate è ammessa una anticipazione pari a non più del 70 % del costo di cui al preventivo, con importo minimo di € 2.800,00 per singolo evento.
10. L'adesione alla polizza di cui alle garanzie che precedono è ammessa ogni inizio anno, comunque entro la data del 31 gennaio. In corso d'anno, non è quindi consentito l'inserimento in polizza di familiari, se non per costituzione o mutamento del nucleo familiare (nascite, matrimoni) e per i nuovi assunti.
11. Alla prima scadenza annuale successiva alla decorrenza del CIA, è ammesso l'inserimento in polizza di familiari attualmente coperti da polizza malattia individuale.
12. Resta inteso che le garanzie di cui alla polizza malattia si applicano anche per le malattie pregresse, con abrogazione del termine di aspettativa (carenza) e senza compilazione del questionario anamnestico.
13. Il plafond della presente polizza per il caso di parto cesareo o aborto terapeutico è di € 13.000,00 dall'1 gennaio 2018; si intende comunque compreso nel massimale previsto per casi di ricovero e/o intervento chirurgico.
14. Per il caso di parto senza taglio cesareo (compreso quello fisiologico avvenuto a domicilio) sono operanti le previsioni ed i limiti definiti dall'Allegato 2 bis) della Polizza collettiva, con un massimale di € 5.000.
15. Il contributo dello 0,50% di cui all'articolo 87 CCNL si intende destinato al pagamento del premio in parte per le cure dentarie e in parte per le protesi oculistiche.

PS

16. Il pagamento dei sinistri è effettuato al massimo entro 60 giorni dalla presentazione della richiesta.
17. Relativamente ai lavoratori assunti a tempo determinato e che abbiano superato il periodo di prova, la polizza non è estensibile al nucleo familiare. Essa opera perciò per il solo dipendente.
18. In caso di cessazione del rapporto di lavoro per qualsivoglia motivo o per decesso dell'Impiegato, l'assicurazione viene meno nei confronti dell'Impiegato cessato; per i familiari assicurati l'assicurazione cesserà alla scadenza dell'annualità.

PS ✓ M

M

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

## B) POLIZZA I.P.M. IMPIEGATI

1. L'Azienda si impegna a versare al Fondo Pensione di appartenenza di ciascun dipendente il premio necessario per la stipula di polizza assicurativa, a contraenza di uno dei due Fondi Pensione Dipendenti Gruppo AXA, con cui si garantisce agli iscritti ai medesimi Fondi, la copertura per il caso di malattia che abbia per conseguenza una invalidità riduttiva in modo permanente della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo di grado non inferiore al 20% (opzione A) o non inferiore al 60% (opzione B), - e in costanza del rapporto di lavoro, secondo le condizioni definite dal CIA del Gruppo AXA in vigore alla data della manifestazione.  
Si intendono ammesse all'indennizzo le malattie manifestatesi successivamente alla data del 24 marzo 2001, o se l'assunzione è successiva a tale data, dalla data di assunzione.  
Per le malattie manifestatesi precedentemente al 24 marzo 2001 (o se l'assunzione è successiva a tale data, prima della data di assunzione), sarà ammesso all'indennizzo esclusivamente l'eventuale grado di aggravamento.
2. Per il personale AMPS opera la seguente esclusione:  
Le malattie e gli stati patologici che siano espressione o conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti alla data del 21.06.2016 per l'attuale personale AMPS o alla data di assunzione per gli assunti in data successiva.
3. Nel corso dell'assicurazione le invalidità permanenti valutate e/o non indennizzate da Axa, saranno oggetto di ulteriore valutazione in caso di loro aggravamento. La richiesta di ulteriore valutazione, a seguito aggravamento della malattia, potrà essere presentata non prima che siano trascorsi 12 mesi, e non oltre 48 mesi e sempre che l'assicurato sia in servizio presso AXA dalla data di accertamento della precedente invalidità. Il grado di invalidità permanente verrà rivalutato entro un termine massimo di 12 mesi dalla denuncia attestante l'aggravamento.
4. Sono fatte salve le garanzie contrattuali in essere, precedentemente al CIA 24.03.2001, in quanto applicabili.
5. Premesso quanto sopra, è facoltà del dipendente optare per una delle due forme sottoindicate:
  - a) In costanza di rapporto di lavoro:  
Capitale Assicurato pari a € 135.000,00, in caso di percentuale di I.P.M. accertata superiore al 19%;
  - b) Con risoluzione del rapporto di lavoro consequenziale alla IPM:  
Capitale Assicurato pari a 6,5 volte la retribuzione annua lorda (RAL), con un massimo di € 180.000,00, in caso di percentuale di I.P.M. accertata pari o superiore al 60%.
6. Relativamente agli indennizzi di cui sopra si fa riferimento alle condizioni di assicurazione della relativa Polizza (articoli da 8 a 19) e alla tabella di conversione che sono parte integrante del presente Allegato - con franchigia del 19%.
7. La retribuzione lorda annua utilizzata, presa a base per gli istituti di cui ai punti che precedono, è riferita alla RAL dell'anno in corso percepita dal dipendente ed integrata dall'ultima quota di PAP variabile effettivamente erogata.

PS L Me

8. Per i lavoratori assunti a tempo determinato, che abbiano superato il periodo di prova, la presente garanzia opera esclusivamente per la forma A) in proporzione al tempo lavorato.

PS  
✓ Me

M

S

A

S

S

**C) ASSISTENZA SANITARIA PER IL PERSONALE APPARTENENTE ALL'AREA PROFESSIONALE A**

1. L'Azienda si impegna a versare alla Cassa Assistenza del Gruppo AXA competente per singolo lavoratore il premio necessario per la stipula di una polizza assicurativa, a contraenza Cassa Assistenza Assicurazioni AXA, per il rimborso delle spese di cura a beneficio di tutti i dipendenti appartenenti all'area professionale A (per brevità di seguito indicati indifferentemente come Funzionari o Quadri) in forza, cui si applica il CIA Gruppo AXA e di quelli eventualmente collocati nel Fondo di Solidarietà di settore ANIA/AISA, senza soluzione di continuità dal rapporto di lavoro, a partire dal 1 gennaio 2018.

Il premio versato è costituito dal contributo aziendale e dalle quote a carico dei dipendenti, o ex-dipendenti, per la propria copertura assicurativa e per quella dei familiari nei termini stabiliti al successivo punto 6. del presente Paragrafo.

Oggetto della copertura assicurativa sono, ad integrazione di quanto stabilito dal CCNL, le prestazioni nelle modalità e termini previsti dal presente Allegato, trasferiti in condizioni di polizza denominata "Polizza rimborso spese mediche per il personale appartenente all'Area professionale "A" del CCNL in servizio e in quiescenza - CIA Gruppo AXA"; tra le prestazioni sono comprese le garanzie di cui alla sezione Assistenza Sanitaria e Second Opinon - mentre è esclusa la garanzia Check Up.

Per quest'ultima garanzia, per il solo personale in forza, si applica quanto definito nell'Allegato 1 del CIA Gruppo AXA.

2. Sono escluse dalla garanzia assicurativa, e quindi dal rimborso, le prestazioni sanitarie, le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasie maligne nei 360 giorni successivi all'intervento chirurgico demolitivo, o da infortunio comprovato da referto di pronto soccorso, purché effettuate durante la validità del contratto e le spese atte a ripristinare l'integrità psicofisica).
3. La garanzia è valida per il personale appartenente all'Area professionale "A" del CCNL in servizio e i familiari, come di seguito specificati. In caso di cessazione del rapporto di lavoro per qualsivoglia motivo o per decesso, l'assicurazione viene meno nei confronti del Dipendente cessato e in ogni caso per i familiari assicurati l'assicurazione cesserà alla scadenza dell'annualità.
4. L'adesione alla polizza di cui alle garanzie che precedono è ammessa ogni inizio anno, comunque entro la data del 31 gennaio. In corso d'anno, non è quindi consentito l'inserimento in polizza di familiari, se non per costituzione o mutamento del nucleo familiare (nascite, matrimoni) e per i nuovi assunti.
5. Tutte le garanzie sono prestate con l'esenzione del questionario anamnestico, senza esclusione delle malformazioni e delle malattie pregresse, come da previsione di legge e con abrogazione del termine di aspettativa (carezza).
6. Il personale appartenente all'Area professionale "A" e quello aderente al Fondo di Solidarietà di settore ANIA/AISA è tenuto a contribuire al premio assicurativo versato dall'Azienda alla Cassa Assistenza Assicurazioni AXA nei seguenti importi annuali:

| Premio | Assicurati |
|--------|------------|
| 75.00  | Dipendente |

PS

LMC

Il personale appartenente all'Area professionale "A" in forza e quello aderente al Fondo di Solidarietà di settore ANIAVAISA può estendere la garanzia, dal 01/01/2018,

- al coniuge, al convivente more uxorio, alla persona costituente la famiglia di fatto nel rispetto delle norme vigenti in materia, fiscalmente a carico, o con reddito pari o superiore a € 37.000,00,
- ai figli fiscalmente a carico o con reddito annuo pari o inferiore a € 37.000,00), corrispondendo i seguenti premi per anno assicurativo, come da tabella sottostante :

| Assicurati                   | Premio Coniuge/figli fiscalmente a carico | Premio Coniuge e premio figli non fiscalmente a carico con reddito annuo pari o inferiore a € 37.000,00 | Premio Coniuge e non fiscalmente a carico con reddito annuo superiore a € 37.000,00 |
|------------------------------|---|---|---|
| 1 familiare                  | 10,00 €.                                  | 10,00 €.  | 10,00 €.  |
| 2 familiari                  | 10,00 €.                                  | 10,00 €.  | 10,00 €.  |
| 3 familiari                  | 10,00 €.                                  | 55,00 €.  | 190,00 €.   |
| Per ogni ulteriore familiare | 10,00 €.                                  | 55,00 €.  | 190,00 €.   |

*M*  
*[Handwritten signature]*

Si precisa che la copertura può essere richiesta anche per una parte del nucleo familiare.

7. Nell'ambito dei massimali previsti per il ricovero, saranno rimborsate le spese sostenute dal Funzionario e/o dai suoi familiari per:

**Prima del ricovero o intervento chirurgico senza ricovero**

- a) esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero o la data dell'intervento chirurgico senza ricovero purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il successivo ricovero o intervento chirurgico,
- b) il trasporto del Funzionario e/o dei suoi familiari con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura in caso di ricovero.

PS *[Handwritten mark]*

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

#### Ricovero con o senza intervento

- c) Relativamente alla garanzia ricovero, con o senza intervento, il massimale previsto dal CCNL Allegato 5, articolo 4 lettera A) si intende elevato 1.500.000,00 dall'1 gennaio 2018, per anno e per nucleo familiare.
- d) Il day hospital o *day surgery*, è equiparato a ricovero.
- e) In caso di ricovero presso una struttura pubblica, è prevista una prestazione alternativa con l'erogazione di una diaria pari a € 160,00 dall'1.01.2018 per giornata di degenza fino ad un massimo di 120 giorni, ridotta ad € 80,00 dall'1.01.2018 in caso di day hospital o *day surgery*.
- f) Resta inteso che è ammessa una anticipazione per spese relative a interventi o ricoveri pari a non più del 70% dell'importo di cui al preventivo, con il limite minimo di € 2.800,00 per singolo evento.
- g) Il pagamento dei sinistri è effettuato di norma entro 60 giorni dalla presentazione della richiesta.

#### Dopo il ricovero o intervento chirurgico senza ricovero

- h) il trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il rientro al domicilio al momento della dimissione; esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), prestazioni mediche, chirurgiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 150 giorni successivi alla cessazione del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico; L'acquisto e il noleggio fino ad un massimo di € 1.250,00 dall'1 gennaio 2018, per anno e per nucleo, effettuati nei 150 giorni successivi alla cessazione del ricovero o alla data di intervento chirurgico senza ricovero, purché inerenti la malattia e l'infortunio che hanno determinato il ricovero o l'intervento chirurgico dei seguenti presidi personali:
  - stampelle, carrozzine, corsetti, tutori ed altre protesi;
  - apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, comunque esclusi occhiali e lenti a contatto);
  - apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista;
  - materasso antidecubito.
  - Presidi ortopedici nonché dispositivi medico chirurgici ( garze, cerotti, ecc ) farmaci e comunque tutto ciò che è indicato nella lettera di dimissioni o da controlli ambulatoriali successivi.
- i) Rimborso delle prestazioni infermieristiche, fino al limite di € 1.250,00 dall'1.01.2018, per anno e per nucleo, effettuate nei 150 giorni successivi alla cessazione del ricovero o alla data di intervento chirurgico senza ricovero, purché inerenti la malattia e l'infortunio che hanno determinato il ricovero o l'intervento chirurgico.

#### 8. Diaria da Gessatura o Traumi

In caso l'Assicurato sia soggetto a gessatura a seguito di infortunio, sarà corrisposta una diaria di € 50,00, a partire dal giorno successivo all'applicazione della gessatura e sino al giorno di rimozione della stessa, **per un periodo massimo di 90 giorni per sinistro.**

ps

✓ M

In caso il funzionario e/o i familiari riporti la frattura delle costole, del bacino e/o delle vertebre, radiograficamente accertata e non comportante gessatura, a seguito di infortunio, sarà corrisposta la diaria di € 50,00 per un periodo massimo di:

- 10 giorni per la frattura di costole e/o dello sterno;
- 40 giorni per la frattura del bacino, del cranio e/o di vertebre.

In caso il funzionario e/o i suoi familiari siano soggetti ad intervento di osteosintesi, a seguito di infortunio, sarà corrisposta la diaria di € 50,00, a partire dal giorno successivo all'intervento chirurgico di osteosintesi e sino al giorno di rimozione del mezzo metallico applicato, per un periodo massimo di 40 giorni per sinistro.

In caso di applicazione del collare di Schanz o assimilabili, per traumi distorsivi al rachide cervicale senza lesione mio-capsulo-legamentosa-scheletrica documentata da accertamenti strumentali, la diaria verrà corrisposta per un periodo massimo di 10 giorni per sinistro.

#### 9. Prestazioni

- Fino al limite di € 8.000,00 dall'1 gennaio 2018, per anno e per nucleo per le visite specialistiche, esami e analisi di laboratorio e ad accertamenti diagnostici e strumentali, e terapie fisiche, fisioterapiche e rieducative, psicoterapiche (per quanto non già espressamente previsto dal CCNL - Allegato 5, articolo 4 punto A; sono comunque escluse le cure idropiniche e termali)
- Relativamente al punto B dell'art. 4 dell'Allegato 5 del vigente CCNL (spese per malattie oncologiche), il rimborso previsto è € 40.000,00 dall'1 gennaio 2018, per anno e per nucleo familiare.
- Fino al limite di € 1.500,00 dall'1 gennaio 2018 per anno per nucleo familiare per le spese per acquisto di occhiali, lenti a contatto e protesi acustiche e ortopediche e relativi materiali di consumo
- Fino al limite di € 1.100,00 dall'1 gennaio 2018, per anno e per nucleo familiare per spese relative a medicinali, tramite presentazione dello scontrino fiscale "parlante" e senza presentazione di ricetta-intestata al Funzionario o ai familiari inclusi in polizza. Nel caso di mancato rilascio dello scontrino fiscale "parlante", è necessario presentare la prescrizione medica del medicinale, unitamente allo scontrino di cassa.
- Rimborso delle spese odontoiatriche e ortodontiche con l'incremento di € 1.450,00, dall'1 gennaio 2018, dell'importo previsto dal CCNL per il nucleo familiare, con ulteriori € 780,00 per i primi due carichi familiari e di € 235,00 per ciascuno dei carichi familiari successivi, sempre dall'1 gennaio 2018, come da tabella che segue.

| Dall'1.01.2018 | Dipendente | Primi due carichi | Ciascun ulteriore carico |
|----------------|------------|-------------------|--------------------------|
| CCNL vigente   | € 1.850,00 | € 1.100,00        | € 450,00                 |
| CIA            | € 1.450,00 | € 780,00          | € 235,00                 |
| TOTALE         | € 3.300,00 | € 1.880,00        | € 685,00                 |
| Progressivo    |            | € 5.180,00        |                          |

PS U Me

Nel caso in cui il massimale dell'anno precedente a quello in corso (definito per questo "anno di riferimento") non fosse completamente utilizzato entro l'anno solare, il residuo sarà cumulato con il massimale dell'anno di riferimento.

Tale importo residuo decade se non utilizzato nel corso dell'anno di riferimento. Per gli anni successivi varranno gli stessi criteri.

- f) Per il caso di parto normale, ad eventuale integrazione di quanto previsto all'art. 4 punto 3. a) dell' accordo per l'Assistenza Sanitaria dei Funzionari (Allegato n. 5 CCNL), il massimale ivi previsto per il rimborso delle spese sostenute, escluse le rette di degenza, deve intendersi € 7.000,00 dall'1 gennaio 2018. Relativamente al rimborso delle spese di degenza non opera il limite previsto dal CCNL di € 300,00 giornaliere.
- g) Fino al limite di € 5.000,00 dall'1 gennaio 2018, per anno per nucleo per le spese derivanti da infortunio che non abbia comportato ricovero.
- h) Massimale aggiuntivo di € 16.000 per spese per HIV, AIDS, Alzheimer e Parkinson

#### 10. Franchigie e Scoperti

- a) Per il punto 9.e) è previsto uno scoperto del 5%, qualora non fosse utilizzato il circuito convenzionato.
- b) Per le spese odontoiatriche le Parti confermano che nel caso in cui il dipendente opti per il sistema di indennizzo previsto dalla apposita tabella del CCNL, nel rispetto delle condizioni ivi previste, non verrà applicata la franchigia.

PS 



## POLIZZA I.P.M. AREA PROFESSIONALE A

1. L'Azienda si impegna a versare al Fondo Pensione di appartenenza di ciascun dipendente) il premio necessario per la stipula di polizza assicurativa, a contraenza Fondo Pensione Dipendenti Gruppo AXA, con cui si garantisce agli iscritti alla medesima, la copertura per il caso di malattia che abbia per conseguenza una invalidità riduttiva in modo permanente della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo di grado non inferiore al 20% (opzione A) o non inferiore al 60% (opzione B), - e in costanza del rapporto di lavoro, secondo le condizioni definite dal CIA in vigore alla data della manifestazione.  
Si intendono ammesse all'indennizzo le malattie manifestatesi successivamente alla data del 24.3.2001, o se l'assunzione è successiva a tale data, dalla data di assunzione.  
Per le malattie manifestatesi precedentemente al 24.03.2001 (o se l'assunzione è successiva a tale data, prima della data di assunzione), sarà ammesso all'indennizzo esclusivamente l'eventuale grado di aggravamento.
2. Per il personale AMPS opera la seguente esclusione:  
Le malattie e gli stati patologici che siano espressione o conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti alla data del 21.06.2016 per l'attuale personale AMPS o alla data di assunzione per gli assunti in data successiva.
3. Nel corso dell'assicurazione le invalidità permanenti valutate e/o non indennizzate da Axa, saranno oggetto di ulteriore valutazione in caso di loro aggravamento. La richiesta di ulteriore valutazione, a seguito aggravamento della malattia, potrà essere presentata non prima che siano trascorsi 12 mesi, e non oltre 48 mesi e sempre che l'assicurato sia in servizio presso AXA dalla data di accertamento della precedente invalidità. Il grado di invalidità permanente verrà rivalutato entro un termine massimo di 12 mesi dalla denuncia attestante l'aggravamento.
4. Sono fatte salve le garanzie contrattuali in essere, precedentemente al CIA 24.03.2001, in quanto applicabili.
5. Quanto sopra premesso, è facoltà del Funzionario optare per una delle due forme sottoindicate:
  - A) In costanza di rapporto di lavoro:  
Capitale Assicurato pari a € 200.000,00, in caso di percentuale di I.P.M. superiore al 19%.
  - B) Con risoluzione del rapporto di lavoro consequenziale alla I.P.M.:  
Capitale Assicurato pari a € 300.000,00, in caso di percentuale di I.P.M. accertata pari o superiore al 60%.
6. Relativamente agli indennizzi di cui sopra si fa riferimento alle condizioni di assicurazione della relativa Polizza, di cui la tabella di conversione è parte integrante del presente Allegato, con franchigia del 19%.
7. La retribuzione lorda annua utilizzata, presa a base per gli istituti di cui ai punti che precedono, è riferita alla RAL dell'anno in corso percepita dal dipendente ed integrata dall'ultima quota di PAP variabile effettivamente erogata.

PS



## E) POLIZZA IMPIEGATI E FUNZIONARI IN QUIESCENZA

1. Dal 01.01.2018, l'Azienda si impegna a versare alla Cassa Assistenza competente per ciascun lavoratore il premio necessario per la stipula di una polizza assicurativa, a contraenza Cassa Assistenza Assicurazioni AXA, per il rimborso delle spese di cura a beneficio di tutti i Dipendenti (Impiegati e Funzionari) in quiescenza successivamente a tale data, senza soluzione di continuità rispetto al termine del rapporto di lavoro.

Le condizioni di polizza devono garantire la medesima copertura prevista rispettivamente dai precedenti punti A) e C) del presente Allegato – ad eccezione delle garanzie "protesi oculistiche ed acustiche", "spese odontoiatriche" - sino al compimento degli 80 anni di vita, con un minimo garantito di 10 anni di copertura a partire dal momento dell'ingresso nel regime di quiescenza.

Resta inteso, in ogni caso, che le condizioni (massimali di rimborso e premi versati) applicate agli ex-dipendenti in quiescenza saranno quelle del CIA di volta in volta vigente.

2. I Funzionari e i dipendenti di cui al comma 1 per se stessi e per estendere la garanzia ai propri familiari – come da definizione di nucleo familiare di cui, rispettivamente, ai precedenti punti A) e C) del presente Allegato - corrispondono i seguenti premi annui:

| PREMIO   | ASSICURATO  |
|----------|---|
| € 650,00 | Ex Impiegato o Funzionario  |
| € 570,00 | Coniuge, convivente more uxorio o famiglia di fatto (comunque da intendersi per il primo carico familiare assicurato) |
| € 250,00 | 1° figlio   |
| € 250,00 | 2° figlio   |
| € 250,00 | 3° figlio   |

4. L'estensione della garanzia previste dalla polizza Impiegati e Funzionari in quiescenza al nucleo familiare è ammessa ogni inizio anno e comunque entro la data del 31 gennaio di ogni anno corrente per l'anno successivo. In corso d'anno, non è quindi consentito l'inserimento in polizza di familiari, se non per costituzione o mutamento del nucleo familiare (nascite, matrimoni) e per i nuovi quiescenti.
5. In caso di decesso del contraente non è prevista reversibilità e la copertura dei familiari cessa alla prima scadenza contrattuale annua successiva all'evento morte.
6. La polizza in questione, dal momento in cui il dipendente entra in copertura andando in quiescenza, non prevede il recesso dell'assicuratore in caso di sinistro per tutta la sua durata.

A tal fine le Parti stipulanti il presente Allegato (fonte istitutiva della Polizza che garantisce la copertura) concordano la verifica dell'andamento della stessa (a livello quadriennale) tramite un GdL paritetico per le analisi necessarie alle successive determinazioni negoziali.

Disposizioni finali

a) I dipendenti attualmente in forza - a cui il 21 giugno 2016 si applicavano l'allegato 5 del CIA AXA Italia (Contratto Integrativo Aziendale dei Collaboratori delle Società del Gruppo AXA) e l'Accordo sulle Polizze Sanitarie del 7/07/2010 - in quiescenza senza soluzione di continuità con il rapporto di lavoro o con la permanenza nel Fondo di Solidarietà di settore ANIA/AISA, al superamento dei termini anagrafici definiti al punto E) del presente Allegato, avranno la possibilità di mantenere le garanzie previgenti citate, alle condizioni tempo per tempo attualizzate.

Sono fatti salvi eventuali accordi individuali a superamento e sostituzione di tale disposizione.

b) Il presente allegato sostituisce le disposizioni in materia di polizze malattia contenute negli allegati e negli accordi richiamati nel capitolo 5 del Contratto Integrativo Aziendale dei Collaboratori delle Società del Gruppo AXA (di seguito "CIA AXA Italia") ed ogni altra regolamentazione in materia.

Il presente allegato si intende valido dal 01.01.2018 e fino alla scadenza del CIA AXA Italia.

Letto, confermato, sottoscritto.

Lo RSA delle Società  
del Gruppo AXA Italia

AXA Assicurazioni S.p.A.  
(capogruppo del Gruppo Assicurativo AXA ITALIA)

psanti

RSA FIRST - CISL .....

RSA FISAC - CGIL .....

RSA FNA .....

RSA SNFIA .....

RSA UILCA - UIL .....