

## **ORARIO FLESSIBILE**

### **ARTICOLO 1- ORARIO NORMALE DI LAVORO**

Conformemente a quanto previsto dall'articolo 101, punto 1) del vigente C.C.N.L., l'orario normale di lavoro è attualmente di 37 ore settimanali così ripartite:

- dalle ore 8 alle ore 17, con 1 ora di intervallo, nei giorni di lunedì, martedì, mercoledì e giovedì;
- dalle ore 8 alle ore 13 il venerdì;
- dalle ore 8 alle ore 12 nei giorni semifestivi.

A far tempo dall'1/1/2010 nei giorni dal lunedì al giovedì il Dipendente ha facoltà di scegliere l'inizio e la durata dell'intervallo meridiano, di durata minima di 45 minuti e di durata massima di 60 minuti, nell'arco temporale intercorrente tra le 12.20 e le 14.15; resta inteso che tale intervallo non può iniziare prima delle 12.20 e non può terminare oltre le 14.15.

Per i lavoratori che usufruiscono dell'orario a tempo parziale vale quanto previsto dall'art. 8 del vigente C.I.A.

### **ARTICOLO 2 - SFERA DI APPLICAZIONE**

L'orario flessibile si applica ai Dipendenti inquadrati nelle aree professionali B, C, D ed E (livello retributivo dal 6° al 1°) di cui al vigente C.C.N.L., con esclusione dei Dipendenti che svolgono mansioni per le quali l'orario flessibile non può trovare applicazione pratica e cioè:

- Personale che osserva turni
- Commessi
- Autisti
- Personale che osserva orari particolari (es. permessi per allattamento, per legge 104/1992, per legge 53/2000, per decreto legislativo 151/2001).

Le parti si danno atto che, compatibilmente con le possibilità tecniche e organizzative di applicazione, la disciplina prevista in materia di orario flessibile è applicata anche al personale amministrativo degli Uffici periferici.

Al personale con orario di lavoro a tempo parziale si applicano le disposizioni di cui all'allegato A/2.

#### **NOTA A VERBALE**

Qualora alcuni uffici attualmente ubicati in Via Corte d'Appello n. 11 Torino fossero spostati in altra Sede, ai Dipendenti interessati continuerà ad essere applicato l'orario flessibile.

### **ARTICOLO 3 - DEFINIZIONI**

L'orario flessibile consiste nella possibilità lasciata ai Dipendenti indicati al precedente articolo 1 di scegliere liberamente l'orario di inizio e, indipendentemente da quest'ultimo, l'orario di termine dell'attività lavorativa entro i seguenti limiti:

- nei giorni di lunedì, martedì, mercoledì e giovedì  
entrata tra le ore 7.45 e le ore 9  
uscita tra le ore 17 e le ore 18
- nel giorno di venerdì  
entrata tra le ore 7.45 e le ore 9  
uscita tra le ore 12 e le ore 14
- nei giorni semifestivi  
entrata tra le ore 7.45 e le ore 9  
uscita alle ore 12

Pertanto nei giorni di lunedì, martedì, mercoledì e giovedì tra le ore 9 e le ore 17, con intervallo di 1 ora, nel giorno di venerdì tra le ore 9 e le ore 12, nei giorni semifestivi tra le ore 9 e le ore 12 tutti i Dipendenti devono essere presenti al lavoro.

A far tempo dall'1/1/2010 l'orario flessibile si articola entro i seguenti limiti:

- nei giorni di lunedì, martedì, mercoledì e giovedì  
entrata tra le ore 7.45 e le ore 9.15  
uscita tra le ore 16.45 e le ore 18
- nel giorno di venerdì  
entrata tra le ore 7.45 e le ore 9.15  
uscita tra le ore 12 e le ore 14
- nei giorni semifestivi  
entrata tra le ore 7.45 e le ore 9.15  
uscita alle ore 12

A far tempo dall'1/1/2010 nei giorni di lunedì, martedì, mercoledì e giovedì tra le ore 9.15 e le ore 16.45 (con intervallo di durata minima di 45 minuti e di durata massima di 60 minuti), nel giorno di venerdì tra le ore 9.15 e le ore 12, nei giorni semifestivi tra le ore 9.15 e le ore 12 tutti i Dipendenti devono essere presenti al lavoro.

Nei giorni dal lunedì al giovedì il Dipendente ha facoltà di scegliere l'inizio e la durata dell'intervallo meridiano nell'arco temporale intercorrente tra le 12.20 e le 14.15, secondo quando indicato dall'art. 1 del presente allegato.

E' possibile usufruire di un quarto d'ora di flessibilità in anticipo rispetto all'orario del rientro pomeridiano dal lunedì al giovedì, fermo restando l'orario di uscita.

L'assenza ingiustificata dal lavoro nei periodi sopracitati, detti «fasce di rigidità», costituisce a tutti gli effetti violazione dell'art. 101 del vigente C.C.N.L. Costituisce ritardo l'entrata in Azienda al mattino oltre le ore 9 (9.15 dall'1/1/2010) ed alle riprese pomeridiane dopo l'intervallo di 1 ora.

### **ARTICOLO 4 - RIPRISTINO ORARIO NORMALE**

L'orario previsto dal C.C.N.L. citato all'articolo 1 del presente accordo potrà essere ripristinato dalla Società in casi di particolare necessità per un periodo massimo di 10 giorni lavorativi per anno solare e per Lavoratore.

Tale provvedimento non potrà interessare singoli Lavoratori.  
Il ripristino di detto orario potrà avvenire soltanto previa comunicazione di volta in volta alle R.S.A. con almeno sette giorni di preavviso.

#### **ARTICOLO 5 - TESSERE PERSONALI MAGNETICHE**

I Dipendenti sono muniti di tessere personali magnetiche con le quali si effettua la rilevazione del tempo di lavoro mediante inserimento negli appositi apparecchi elettronici.

#### **ARTICOLO 6 - COMPENSAZIONE**

Premesso che il numero delle ore lavorative rimane invariato è ammessa compensazione delle ore medesime, al minuto primo, nell'ambito del mese, con possibilità di riportare complessivamente al mese successivo un massimo di 8 ore, sia in difetto che in eccesso rispetto al normale orario contrattuale.

Le ore eccedenti il saldo positivo di 8 ore non potranno essere considerate come straordinario e non saranno retribuite.

Il superamento del saldo negativo di 8 ore costituirà, a tutti gli effetti, violazione dell'art. 101 del vigente C.C.N.L.

#### **ARTICOLO 7 - CONTROLLO DEL SALDO**

Viene data a ciascun Dipendente che fruisce di orario flessibile la possibilità di controllare il proprio saldo attivo o passivo di ore lavorate.

#### **ARTICOLO 8 – ESCLUSIONI**

Il presente accordo non trova applicazione durante:

- Ferie e permessi retribuiti compensativi di festività soppresse, permessi ex art. 39 1° comma C.C.N.L. vigente e Permessi Banca Ore (a giornata intera e/o in entrata o in uscita);
- Malattie;
- Permessi (retribuiti e non retribuiti) in entrata o in uscita;
- Scioperi in entrata o in uscita.

In tali casi sarà convenzionalmente ripristinata, per ciascun Dipendente interessato, la durata normale dell'orario di lavoro prevista dal C.C.N.L. citato all'art. 1 del presente allegato.

#### **ARTICOLO 9 – LAVORO STRAORDINARIO**

Per i Dipendenti a cui si applica l'orario flessibile si considera lavoro straordinario quello prestato a partire dalle ore 18 nei giorni di lunedì, martedì, mercoledì e giovedì, dalle ore 15 il venerdì e dalle ore 13 nei giorni semifestivi. Inoltre, non è possibile effettuare lavoro straordinario durante l'intervallo di

pranzo dal lunedì al giovedì.

Lo straordinario non può in alcun caso essere utilizzato a compensazione di saldi negativi di cui all'art. 6 del presente allegato.

#### **ARTICOLO 10 - SERVIZIO SVOLTO ALL'ESTERNO DELLA SEDE**

In caso di assenza parziale dal lavoro motivata da servizio svolto all'esterno della Sede, che comporti l'ingresso in azienda durante la fascia di flessibilità oppure oltre le ore 9 (9.15 dall'1/1/2010), il permesso retribuito decorre dalle ore 8.

In caso di uscita anticipata per lo stesso motivo, senza rientro in azienda, la giornata lavorativa termina convenzionalmente con un saldo di orario flessibile giornaliero pari a zero.

Quanto sopra vale anche in caso di fruizione di permessi retribuiti per attività sindacale, per i Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza e per i componenti delle altre Commissioni aziendali.

**A/2- 1 ORARIO FLESSIBILE  
PER IL PERSONALE A TEMPO PARZIALE  
FINO AL 28/2/2010**

Nei limiti della vigente normativa in materia di orario di lavoro e di lavoro subordinato a tempo parziale, ed in particolare per meglio rispondere alle esigenze dei lavoratori con orario di lavoro a tempo parziale, le parti convengono di mantenere le fasce di flessibilità già fissate dal C.I.A. 7/10/93 e di integrarle in relazione a quanto previsto dall'art.8 del vigente C.I.A.

Per il personale con rapporto di lavoro a tempo parziale viene attuata la possibilità di scegliere liberamente l'orario di inizio e, indipendentemente da quest'ultimo, l'orario del termine dell'attività lavorativa entro i seguenti limiti:

- A) per il turno di lavoro antimeridiano, 4 ore per 5 giorni:  
entrata tra le ore 7.45 e le ore 9.00  
uscita tra le ore 12.00 e le ore 13.00
- B) per il turno di lavoro pomeridiano, 4 ore per 5 giorni:  
- dal lunedì al giovedì:  
entrata tra le ore 13.00 e le ore 14.00  
uscita tra le ore 17.00 e le ore 18.00  
il venerdì per i punti A) e B):  
entrata tra le ore 7.45 e le ore 9.00  
uscita tra le ore 12.00 e le ore 14.00
- C) per il turno di lavoro antimeridiano, 5 ore per 4 giorni:  
- dal lunedì al giovedì:  
entrata tra le ore 7.45 e le ore 9.00  
uscita tra le ore 13.00 e le ore 14.00
- D) per il turno di lavoro pomeridiano, 5 ore per 4 giorni:  
- dal lunedì al giovedì:  
entrata tra le ore 12.00 e la ore 13.00  
uscita tra le ore 17.00 e le ore 18.00
- E) per il turno di lavoro antimeridiano, 5 ore per 5 giorni:  
- dal lunedì al giovedì  
entrata tra le ore 7.45 e le ore 9.00  
uscita tra le ore 13.00 e le ore 14.00  
- il venerdì:  
entrata tra le ore 7.45 e le ore 9.00  
uscita tra le ore 12.00 e le ore 14.00
- F) Per il turno di lavoro pomeridiano, 5 ore per 5 gg:  
- dal lunedì al giovedì:  
entrata tra le ore 12.00 e le ore 13.00  
uscita tra le ore 17.00 e le ore 18.00  
- il venerdì:  
entrata tra le ore 7.45 e le ore 9.00  
uscita tra le ore 12.00 e le ore 14.00.
- G) Per il turno di lavoro di 6 ore per 4 giorni e 5 ore per 1 giorno:  
- dal lunedì al giovedì

entrata tra le ore 7.45 e le ore 9.00  
uscita tra le ore 13.45 e le ore 15.00

- il venerdì:  
entrata tra le ore 7.45 e le ore 9.00  
uscita tra le ore 12.45 e le ore 15.00

Resta inteso che la durata massima di ciascuna giornata lavorativa non potrà superare le sei ore.

Pertanto tutti i Dipendenti con orario a tempo parziale devono essere presenti al lavoro:

- tra le ore 9.00 e le ore 12.00 nel caso sub A);
- tra le ore 14.00 e le ore 17.00 dal lunedì al giovedì e tra le ore 9.00 e le ore 12.00 il venerdì, nel caso sub B);
- tra le ore 9.00 e le ore 13.00 nel caso sub C);
- tra le ore 13.00 e le ore 17.00 nel caso sub D);
- tra le ore 9.00 e le ore 13.00 dal lunedì al giovedì e tra le ore 9.00 e le ore 12.00 il venerdì nel caso sub E);
- tra le ore 13.00 e le ore 17.00 dal lunedì al giovedì e tra le ore 9.00 e le ore 12.00 il venerdì nel caso sub F);
- tra le ore 9.00 e le ore 13.45 dal lunedì al giovedì e tra le ore 9.00 e le ore 12.45 il venerdì nel caso sub G).

L'assenza ingiustificata dal lavoro nei periodi sopra citati, detti "fasce di rigidità", costituisce a tutti gli effetti violazione dell'art. 101 del vigente C.C.N.L.

Costituisce ritardo l'entrata in Azienda:

- nel caso sub A), sub C), sub E) e sub G) oltre le ore 9.00;
- nel caso sub B), oltre le ore 14.00 dal lunedì al giovedì e oltre le ore 9.00 il venerdì;
- nel caso sub D), oltre le ore 13.00;
- nel caso sub F), oltre le ore 13 dal lunedì al giovedì e oltre le ore 9 il venerdì.

Premesso che il numero delle ore lavorative rimane invariato, è ammessa compensazione delle ore medesime, al minuto primo, con possibilità di riportare complessivamente al mese successivo un massimo di 5 ore, sia in difetto sia in eccesso rispetto al normale orario contrattuale; (lo scostamento dalla compensazione oltre detta tolleranza costituisce, a tutti gli effetti, violazione dell'art. 101 del vigente C.C.N.L.).

Per tutte le altre condizioni in tema di orario flessibile, vale l'allegato A/1 in quanto applicabile e con espressa esclusione dell'art. 9 (lavoro straordinario), e le sue successive modifiche ed integrazioni.

Le parti si danno atto che, compatibilmente con le possibilità tecniche e organizzative di applicazione, entro il 31/12/2006, la disciplina prevista in materia di orario flessibile sarà applicata anche al personale amministrativo degli Uffici periferici.

**A/2- 2 ORARIO FLESSIBILE  
PER IL PERSONALE A TEMPO PARZIALE  
DALL' 1/3/2010**

Nei limiti della vigente normativa in materia di orario di lavoro e di lavoro subordinato a tempo parziale, ed in particolare per meglio rispondere alle esigenze dei lavoratori con orario di lavoro a tempo parziale, le parti convengono di mantenere le fasce di flessibilità già fissate dal C.I.A. 7/10/93 e di integrarle in relazione a quanto previsto dall'art.8 del vigente C.I.A.

Per il personale con rapporto di lavoro a tempo parziale viene attuata la possibilità di scegliere liberamente l'orario di inizio e, indipendentemente da quest'ultimo, l'orario del termine dell'attività lavorativa entro i seguenti limiti:

- A) per il turno di lavoro antimeridiano, 4 ore per 5 giorni:  
  entrata tra le ore 7.45 e le ore 9.15  
  uscita tra le ore 12.00 e le ore 13.15
- B) per il turno di lavoro pomeridiano, 4 ore per 5 giorni:  
  - dal lunedì al giovedì:  
  entrata tra le ore 13.00 e le ore 14.00  
  uscita tra le ore 17.00 e le ore 18.00  
  il venerdì per i punti A) e B):  
  entrata tra le ore 7.45 e le ore 9.15  
  uscita tra le ore 12.00 e le ore 14.15
- C) per il turno di lavoro antimeridiano, 5 ore per 4 giorni:  
  - dal lunedì al giovedì:  
  entrata tra le ore 7.45 e le ore 9.15  
  uscita tra le ore 13.00 e le ore 14.15
- D) per il turno di lavoro pomeridiano, 5 ore per 4 giorni:  
  - dal lunedì al giovedì:  
  entrata tra le ore 12.00 e la ore 13.00  
  uscita tra le ore 17.00 e le ore 18.00
- E) per il turno di lavoro antimeridiano, 5 ore per 5 giorni:  
  - dal lunedì al giovedì  
  entrata tra le ore 7.45 e le ore 9.15  
  uscita tra le ore 13.00 e le ore 14.15  
  - il venerdì:  
  entrata tra le ore 7.45 e le ore 9.15  
  uscita tra le ore 12.00 e le ore 14.15
- F) Per il turno di lavoro pomeridiano, 5 ore per 5 gg:  
  - dal lunedì al giovedì:  
  entrata tra le ore 12.00 e le ore 13.00  
  uscita tra le ore 17.00 e le ore 18.00  
  - il venerdì:  
  entrata tra le ore 7.45 e le ore 9.15  
  uscita tra le ore 12.00 e le ore 14.15.
- G) Per il turno di lavoro di 6 ore per 4 giorni e 5 ore per 1 giorno:  
  - dal lunedì al giovedì  
  entrata tra le ore 7.45 e le ore 9.15  
  uscita tra le ore 13.45 e le ore 15.15

- il venerdì:  
entrata tra le ore 7.45 e le ore 9.15  
uscita tra le ore 12.45 e le ore 15.00

H) Per il turno di lavoro di 6 ore per 4 giorni e 5 ore per 1 giorno con pausa pranzo e rientro pomeridiano di almeno un'ora:

- dal lunedì al giovedì:  
entrata tra le ore 7.45 e le ore 9.15  
pausa pranzo dalle ore 12.45 alle ore 13.30  
uscita tra le ore 14.30 e le ore 15.45

- il venerdì  
entrata tra le ore 7.45 e le ore 9.15  
uscita tra le ore 12.45 e le ore 15.00.

I) Per il turno di lavoro di 8 ore per 3 giorni consecutivi da determinare dal lunedì al giovedì:

- nei giorni di lunedì, martedì, mercoledì e giovedì  
entrata tra le ore 7.45 e le ore 9.15  
uscita tra le ore 17.00 e le ore 18.00  
pausa pranzo dalle ore 12.45 alle ore 13.30

Resta inteso che la durata massima di ciascuna giornata lavorativa non potrà superare le sei ore, fatto salvo quanto previsto dai punti H) per i giorni in cui è prevista la pausa pranzo e dal punto I) del presente articolo.

Pertanto tutti i Dipendenti con orario a tempo parziale devono essere presenti al lavoro:

- tra le ore 9.15 e le ore 12.00 nel caso sub A);
- tra le ore 14.00 e le ore 17.00 dal lunedì al giovedì e tra le ore 9.15 e le ore 12.00 il venerdì, nel caso sub B);
- tra le ore 9.15 e le ore 13.00 nel caso sub C);
- tra le ore 13.00 e le ore 17.00 nel caso sub D);
- tra le ore 9.15 e le ore 13.00 dal lunedì al giovedì e tra le ore 9.15 e le ore 12.00 il venerdì nel caso sub E);
- tra le ore 13.00 e le ore 17.00 dal lunedì al giovedì e tra le ore 9.15 e le ore 12.00 il venerdì nel caso sub F);
- tra le ore 9.15 e le ore 13.45 dal lunedì al giovedì e tra le ore 9.15 e le ore 12.45 il venerdì nel caso sub G).
- tra le ore 9.15 e le ore 14.30 dal lunedì al giovedì (fatta salva la pausa pranzo di 45 minuti dalle ore 12.45 alle 13.30) e tra le ore 9.15 e le ore 12.45 il venerdì nel caso sub H);
- tra le ore 9.15 e le ore 17.00 (fatta salva la pausa pranzo dalle ore 12.45 alle ore 13.30) nei giorni determinati tra il lunedì e il giovedì nel caso sub I).

L'assenza ingiustificata dal lavoro nei periodi sopra citati, detti "fasce di rigidità", costituisce a tutti gli effetti violazione dell'art. 101 del vigente C.C.N.L.



Costituisce ritardo l'entrata in Azienda:

- nel caso sub A), sub C), sub E) e sub G), sub H), sub I) oltre le ore 9.15;
- nel caso sub B), oltre le ore 14.00 dal lunedì al giovedì e oltre le ore 9.15 il venerdì;
- nel caso sub D), oltre le ore 13.00;
- nel caso sub F), oltre le ore 13 dal lunedì al giovedì e oltre le ore 9.15 il venerdì;
- nel caso sub H) e sub I) anche alla ripresa pomeridiana dopo le ore 13,30;

Premesso che il numero delle ore lavorative rimane invariato, è ammessa compensazione delle ore medesime, al minuto primo, con possibilità di riportare complessivamente al mese successivo un massimo di 5 ore, sia in difetto sia in eccesso rispetto al normale orario contrattuale; (lo scostamento dalla compensazione oltre detta tolleranza costituisce, a tutti gli effetti, violazione dell'art. 101 del vigente C.C.N.L.).

Per tutte le altre condizioni in tema di orario flessibile, vale l'allegato A/1 in quanto applicabile e con espressa esclusione dell'art. 9 (lavoro straordinario), e le sue successive modifiche ed integrazioni.

Le parti si danno atto che, compatibilmente con le possibilità tecniche e organizzative di applicazione, la disciplina prevista in materia di orario flessibile è applicata anche al personale amministrativo degli Uffici periferici.

## BANCA ORE

### ARTICOLO 1 - DEFINIZIONE

In attuazione dell'articolo 115 del vigente C.C.N.L. è istituita la Banca Ore, nella quale confluiscono, in un conto individuale, le prime 50 ore annue di lavoro straordinario, che devono essere compensate con la corresponsione di altrettante ore di permesso, esclusa ogni maggiorazione.

Ciò premesso:

la "BANCA ORE/STRAORDINARI" è costituita dalle ore di lavoro straordinario (effettuato su base volontaria e preventivamente richiesto ed autorizzato dalla Società) prestate nell'ambito delle norme di legge e contrattuali vigenti in materia, dopo lo svolgimento del normale orario di lavoro.

Per i Dipendenti a cui si applica l'orario rigido si considera lavoro straordinario quello prestato:

- a partire dalle ore 17 nei giorni di lunedì, martedì, mercoledì e giovedì
- a partire dalle ore 14 il venerdì
- a partire dalle ore 13 nei giorni semifestivi.

Per i Dipendenti a cui si applica l'orario flessibile si considera lavoro straordinario quello prestato:

- a partire dalle ore 18 nei giorni di lunedì, martedì, mercoledì e giovedì
- a partire dalle ore 15 il venerdì
- a partire dalle ore 13 nei giorni semifestivi.

Inoltre, non è possibile effettuare lavoro straordinario durante l'intervallo di pranzo dal lunedì al giovedì

e

la "BANCA ORE/PERMESSI COMPENSATIVI" è costituita dai permessi compensativi utilizzati dal Dipendente fra le ore 8 e le ore 17 dal Lunedì al Giovedì, fra le ore 8 e le ore 13 il Venerdì e fra le ore 8 e le ore 12 nei giorni semifestivi.

### ARTICOLO 2 - SFERA DI APPLICAZIONE E REGOLE DI ATTUAZIONE

La Banca Ore si applica a tutti i Dipendenti soggetti alla normativa del lavoro straordinario.

Per i Dipendenti a cui si applica l'orario flessibile non è possibile alimentare la "Banca Ore/Straordinari" nella fascia di flessibilità 17.00 – 18.00 (16.45 – 18.00 dall'1/1/2010) dal lunedì al giovedì e nella fascia di flessibilità 12.00 –14.00 del venerdì.

Non è possibile alimentare la "Banca Ore/Straordinari" durante la pausa pranzo. La "Banca Ore/Straordinari" si alimenta con un minimo di 30 minuti.

La "Banca Ore/Permessi compensativi" si utilizza con un minimo di 30 minuti e sino a 8 ore in una giornata oppure a giornate intere. I permessi compensativi possono essere uniti a "festività abolite", a permessi ex art. 39 1° comma C.C.N.L. vigente, a permessi retribuiti e non retribuiti (come da allegato B/1) e permessi straordinari retribuiti ex art. 5, c.3, del presente CIA.

Per l'utilizzo dei permessi compensativi deve, di norma, essere dato alla Società un preavviso di almeno 1 giorno lavorativo.

Il saldo della Banca Ore è dato dalla differenza fra "Banca Ore/Straordinari" e "Banca Ore/Permessi compensativi".

Lo straordinario è retribuito per le ore eccedenti le prime cinquanta ore di "Banca Ore/Straordinari".

### **ARTICOLO 3 - CONTROLLO DEI SALDI**

Ciascun Dipendente che fruisce della Banca Ore ha la possibilità di controllare il proprio saldo.

### **ARTICOLO 4 – SALDI E RIPORTI ALL'ANNO SUCCESSIVO**

Le ore di lavoro straordinario rientranti nella Banca Ore devono essere recuperate, di norma, entro 5 mesi dalla loro effettuazione.

I saldi positivi di cui all'articolo 3 eventualmente risultanti al 31/12 di ogni anno saranno arrotondati all'ora più prossima e, fermo quanto previsto all'art.2, lett h dell'Allegato B/1), saranno trattati come segue:

- i permessi compensativi di durata pari a una giornata (8 ore) saranno uniti ai giorni di ferie risultanti al 31/12 per essere fruiti con le stesse modalità previste dall'articolo 33, 4° comma del vigente C.C.N.L.;
- i permessi compensativi di durata inferiore a una giornata (massimo 7 ore) saranno riportati all'anno successivo per essere fruiti entro il 31 maggio, con le stesse regole dell'articolo 2 del presente allegato. Eventuali saldi positivi dell'anno precedente, ancora risultanti al 31/5 dell'anno successivo, saranno retribuiti con lo stipendio del mese di giugno, secondo le regole dell'art. 115, 2° comma del C.C.N.L., con arrotondamento al quarto d'ora più prossimo.

Eventuali saldi negativi risultanti al 31/12 di ogni anno saranno arrotondati all'ora più prossima per essere addebitati sullo stipendio del mese di gennaio dell'anno successivo.

### **ARTICOLO 5 - INFORMAZIONE**

La Società fornirà 4 volte all'anno alle R.S.A. un prospetto dettagliato relativo alle ore di straordinario e alla "Banca Ore", comprendente le seguenti informazioni:

- a) ore di straordinario prestato
- b) Banca Ore/ straordinari
- c) Banca Ore/ permessi compensativi.

I suddetti dati saranno forniti per l'intera Società nonché per singolo Dipendente.

La Società fornirà inoltre un prospetto dettagliato delle ore di straordinario, della Banca Ore/straordinari e della Banca Ore/Permessi compensativi relativo ai Dipendenti distaccati presso altre Società, comprendente le informazioni di cui ai punti a), b) e c).

## ACCORDO PART TIME

Il giorno 15/6/2006

**tra**

- la SOCIETÀ REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI nelle persone di Giorgio Mentuccia e Nicoletta Ruggieri

**e**

- le Rappresentanze Sindacali Aziendali della Società Reale Mutua di Assicurazioni:
  - FISAC/CGIL, nelle persone di Massimo Scocca, Maria Donata Morena, Stefano Barbero e Roberto Rostagno;
  - FNA, nelle persone di Paola Robba e Gioacchino Adamo;
  - FIBA/CISL, nelle persone di Antonella Macciò, Donatella Bringiotti;
  - UILCA/UIL, nelle persone di Anna Maria Lavista, Riccardo Pautasso e Andrea Chiesa;
  - SNFIA, nelle persone di Gaspare Galligani e Giorgio Vittone

**si è convenuto quanto segue:**

1. In relazione all'orario previsto dall'art.8 e dall'allegato B/2 del vigente CIA per il personale a tempo parziale le parti concordano che, qualora eccezionalmente la prestazione lavorativa (effettuata su base volontaria) dovesse eccedere le 6 ore, il Dipendente usufruirà di una interruzione della durata minima di 30 minuti e massima di 60 minuti<sup>1</sup>. Al Dipendente che rientra al lavoro dopo la pausa spetta la corresponsione del buono pasto.
2. Le prestazioni lavorative, svolte in via eccezionale e su base volontaria oltre l'orario normale di lavoro, della durata minima di 30 minuti e per un massimo di 25 ore annue, confluiscono in un conto individuale denominato "maggior presenza part-time" e saranno compensate con altrettante ore di permesso, da fruire, di norma, entro tre mesi dalla loro effettuazione.
3. I permessi compensativi si utilizzano con un minimo di 15 minuti e possono essere uniti a "festività abolite", a permessi ex art.39 1° comma CCNL vigente, a permessi retribuiti e non retribuiti<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> La presente disposizione non si applica alle nuove tipologie di part time di cui al punto 3b e nota a verbale 1 dell'art. 8, alle quali si applica rispettivamente quanto previsto alla lettera H) e alla lettera I) dell'Allegato A/2.

<sup>2</sup> I permessi compensativi possono essere uniti anche ai permessi di cui alla lettera I), terzo alinea, dell'art. 8.

Viene data a ciascun Dipendente part-time la possibilità di controllare il proprio saldo di ore di "maggior presenza part-time".  
Le ore eventualmente ancora risultanti al 31/12 di ogni anno, arrotondate all'ora più prossima, saranno compensate con eventuali saldi a debito di permessi non retribuiti; le restanti verranno retribuite, senza alcuna maggiorazione, con lo stipendio di gennaio dell'anno successivo.

## PERMESSI

### ARTICOLO 1 - PERMESSI RETRIBUITI

Le parti si danno atto che si considerano permessi retribuiti, oltre a quelli già previsti dalla legge e dal C.C.N.L., C.I.A. e Accordi Aziendali vigenti, i seguenti permessi:

- permesso per trasloco (un giorno se nell'ambito della provincia di residenza o due giorni se fuori dalla provincia di residenza)
- permesso per pubblicazioni di matrimonio (fruibile a ore)
- permesso per nascita figli (un giorno)
- permesso per visita medica, accertamento diagnostico e terapie (fruibile a ore, purché l'avvenuta prestazione sia comprovata con idonea certificazione)
- permesso per indisposizione (fruibile a ore).

I permessi previsti dalla legge 53/2000 (3 giorni per assistenza o decesso familiari) sono fruibili anche a ore.

In considerazione di quanto previsto dai decreti attuativi della legge 53/2000 sui "congedi parentali", tali permessi retribuiti sono estesi all'assistenza ai parenti di secondo grado non conviventi, restando inteso che eventuali modifiche legislative in materia saranno automaticamente recepite in sede aziendale.

Resta inteso che quando i suddetti permessi sono compresi nella fascia di flessibilità sarà convenzionalmente ripristinato per ciascun Dipendente interessato l'orario normale di lavoro di cui all'art. 4 del C.I.A.

### ARTICOLO 2 - PERMESSI NON RETRIBUITI

I Dipendenti ai quali si applica l'orario flessibile possono richiedere permessi non retribuiti con le seguenti regole:

- a) i permessi non retribuiti possono essere utilizzati con un minimo di 30 minuti e con una durata massima inferiore a 4 ore per ogni giornata lavorativa (inferiore a 2 ore per i Dipendenti con orario di lavoro a tempo parziale);
- b) i permessi non retribuiti possono essere uniti a permessi retribuiti compensativi di festività soppresse, a permessi ex art. 39 1° comma C.C.N.L. vigente, a permessi compensativi Banca Ore e permessi straordinari retribuiti ex art. 5, c.3, del presente CIA.
- c) per l'utilizzo di permessi non retribuiti deve, di norma, essere dato alla Società un preavviso di almeno 1 giorno lavorativo;
- d) i permessi non retribuiti possono essere recuperati esclusivamente nella fascia di flessibilità in uscita (per i Dipendenti con orario di lavoro a tempo pieno: dalle ore 17.00 sino all'ora di uscita, e comunque non oltre le ore 18.00 dal lunedì al giovedì; dalle ore 13.00 sino all'ora di uscita, e comunque non oltre le ore 14.00 il venerdì; per i Dipendenti con orario di

lavoro a tempo parziale valgono le stesse modalità nelle fasce di flessibilità per i medesimi previsti). In tutti i casi di recupero sarà ripristinato l'orario rigido in uscita;

- e) non è possibile effettuare recuperi durante le pause pranzo e nella fascia di flessibilità in ingresso;
- f) le ore eccedenti il saldo positivo mensile di 5 ore (2 ore per i Dipendenti con orario di lavoro a tempo parziale) non saranno riportate al mese successivo né saranno retribuite o considerate valide ai fini della Banca Ore; il saldo positivo eventualmente risultante al 31/12 di ogni anno sarà azzerato;
- g) eventuali ritardi in ingresso al mattino o al rientro pomeridiano saranno addebitati come permessi non retribuiti con un minimo di 15 minuti; resta inteso che per i Dipendenti per i quali si applica l'orario flessibile l'eventuale permesso in entrata decorre dalle ore 8 (addebito minimo di un'ora e 30 minuti);
- h) gli eventuali saldi negativi di permessi non retribuiti non potranno eccedere le 8 ore per trimestre. Le eccedenze rispetto al suddetto limite costituiscono, a tutti gli effetti, violazione dell'art. 101 del vigente CCNL; inoltre, le stesse saranno arrotondate all'ora più prossima per essere decurtate nel mese successivo a ciascun trimestre (rispettivamente aprile, luglio, ottobre, gennaio) nell'ordine, e fino a capienza, da:
  - Banca Ore (nel limite delle ore già accumulate)
  - ferie (\*) se riconducibili a giornata intera
  - permessi ex art. 39 1° c. C.C.N.L. (\*)
  - "festività abolite" (ricondotte a ore) (\*)

ovvero, in caso di incapienza, saranno oggetto di addebito sullo stipendio.

**Nota transitoria:** le disposizioni di cui ai precedenti punti f), g) e h) si applicano a far tempo dall'1/1/2010. Per l'anno 2009 restano in vigore le disposizioni di cui ai punti f), g) e h) dell'art. 2 dell'Allegato B/1 del previgente CIA.

**ACCORDO PERMESSI EX ART. 39 C.C.N.L.**

In merito alle modalità di utilizzo delle 8 ore annue di riduzione di orario previste a decorrere dal 1 gennaio 2000 dall'art. 39 1°c. del vigente C.C.N.L., e in deroga a quanto previsto dallo stesso art. 39, si e' convenuto che le suddette ore di "permesso retribuito" possono essere utilizzate come segue :

**PER IL PERSONALE CON ORARIO DI LAVORO FULL TIME:**

- A ore (minimo un'ora / massimo 8 ore)
- A mezze giornate (4 ore)
- A giornata intera (8 ore).

Resta inteso che l'utilizzo a ore dei suddetti permessi di cui all'art. 39 1°c. può essere collegato a quello, sempre ad ore, previsto dal 2° e 3° c. dell'art. 5 del vigente C.I.A.

**PER IL PERSONALE CON ORARIO DI LAVORO PART TIME, in proporzione al tipo di orario, l'utilizzo delle otto ore è così ridotto:**

- 6 ore per i pt di 29 ore settimanali
- 5 ore per i pt di 25 e di 24 ore settimanali
- 4 ore per i pt di 20 ore settimanali

Resta inteso che l'utilizzo a ore dei suddetti permessi di cui all'art. 39 1°c. può essere collegato a quello, sempre ad ore, previsto dal 2° e 3° c. dell'art. 5 del vigente C.I.A.



**CRITERI PER LA DETERMINAZIONE DELLA GRADUATORIA MUTUO  
CASA PERSONALE INQUADRATO NELLE AREE PROFESSIONALI A sez.  
B), B, C, D, E  
(fino al 6° livello retributivo – art.9 A)**

**1) REDDITO**

Si considera reddito l'importo risultante dalla tabella a "Tempo Pieno" del C.C.N.L. per livello e classe di anzianità al 31/12 dell'anno precedente a quello in cui viene presentata la domanda.

Nel caso di coniugi o conviventi che lavorino entrambi in azienda si considera il reddito maggiore.

Relativamente al reddito personale come sopra determinato, il punteggio viene considerato in misura inversamente proporzionale a quello percepito dal Dipendente nell'Area professionale B, posizione organizzativa 3 - ultima classe - arrotondato a € 516. Vale a dire che per ogni € 516 che il lavoratore percepisce in meno rispetto a detta tabella sono attribuiti 0,33 punti in graduatoria.

**2) PRIMA RICHIESTA DI MUTUO** avanzata nel corso del rapporto di lavoro  
**50 punti**

**3) CONIUGE/CONVIVENTE A CARICO:** **4 punti**

**4) FIGLI A CARICO:**

1 figlio **2 punti**  
2 figli: **4 punti**  
3 o più figli: **5 punti**

**5) FAMILIARI A CARICO OLTRE AI PRECEDENTI:**  
per ogni familiare (con il massimo di 2 punti): **1 punto**

**6) ANZIANITA' DI SERVIZIO IN AZIENDA COMPUTABILE AGLI EFFETTI  
DELL'INDENNITA' DI ANZIANITA', ESCLUSE LE ANZIANITA'  
CONVENZIONALI:**

fino a 10 anni di anzianità: **2 punti**  
altri 10 anni di anzianità sino a 20 anni: **3 punti**  
oltre 20 anni: **4 punti**

**7) SOVRAFFOLLAMENTO NEL CASO DI ABITAZIONE IN AFFITTO:**

Quando il rapporto stanze/nucleo familiare risultante dallo stato di famiglia (col massimo di 3 stanze utili e cioè esclusi servizi e cucina) è inferiore a 1: **1 punto**

**8) ORDINANZA DI SGOMBERO O SENTENZA ESECUTIVA DI SFRATTO  
NON PER MOROSITA':** **15 punti**

**9) ANZIANITA' DI GRADUATORIA:**

Per ogni anno di permanenza in graduatoria per coloro che hanno presentato regolarmente la domanda e non hanno raggiunto il punteggio

necessario per l'assegnazione del mutuo (escluso l'anno di presentazione della prima domanda), con il massimo di 3 punti: **1 punto**

**10) PENALITA' PER I DIPENDENTI CHE RISULTANO PROPRIETARI, ESSI STESSI E/O IL CONIUGE, O IL CONVIVENTE E I FIGLI CONVIVENTI, DI BENI IMMOBILI LA CUI PARTE DI PROPRIETA' HA:**

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| a) valore fiscale fino ad € 30.000,00           | <b>nessuna penalità</b> |
| b) valore fiscale da € 30.001,00 ad € 45.000,00 | <b>- 3 punti</b>        |
| c) valore fiscale da € 45.001,00 ad € 55.000,00 | <b>- 4 punti</b>        |
| d) valore fiscale da € 55.001,00 ad € 70.000,00 | <b>- 5 punti</b>        |

Per l'assegnazione dei punteggi di cui al n. 2 e successivi si considera la situazione in atto alla data di presentazione della domanda.

**CRITERI PER LA DETERMINAZIONE DELLA GRADUATORIA MUTUO  
CASA PERSONALE INQUADRATO NELL'AREA PROFESSIONALE A - SEZ.  
A) - FUNZIONARI – art.9 B1**

- 1) **PRIMA RICHIESTA DI MUTUO** avanzata nel corso del rapporto di lavoro:  
**50 punti**
- 2) **CONIUGE/CONVIVENTE A CARICO:** **4 punti**
- 3) **FIGLI A CARICO:**  
1 figlio: **2 punti**  
2 figli: **4 punti**  
3 o più figli: **5 punti**
- 4) **FAMILIARI A CARICO OLTRE AI PRECEDENTI:**  
per ogni familiare (con il massimo di 2 punti): **1 punto**
- 5) **ANZIANITA' DI SERVIZIO IN AZIENDA COMPUTABILE AGLI EFFETTI  
DELL'INDENNITA' DI ANZIANITA', ESCLUSE LE ANZIANITA'  
CONVENZIONALI:**  
fino a 10 anni di anzianità: **2 punti**  
altri 10 anni di anzianità sino a 20 anni: **3 punti**  
oltre 20 anni: **4 punti**
- 6) **SOVRAFFOLLAMENTO NEL CASO DI ABITAZIONE IN AFFITTO:**  
Quando il rapporto stanze/nucleo familiare risultante dallo stato di famiglia  
(col massimo di 3 stanze utili e cioè esclusi servizi e cucina) è inferiore a 1:  
**1 punto**
- 7) **ORDINANZA DI SGOMBERO O SENTENZA ESECUTIVA DI SFRATTO  
NON PER MOROSITA':** **15 punti**
- 8) **ANZIANITA' DI GRADUATORIA:**  
Per ogni anno di permanenza in graduatoria per coloro che hanno  
presentato regolarmente la domanda e non hanno raggiunto il punteggio  
necessario per l'assegnazione del mutuo (escluso l'anno di presentazione  
della prima domanda), con il massimo di 3 punti: **1 punto**
- 9) Per l'assegnazione dei punteggi si considera la situazione in atto alla data di  
presentazione della domanda.

La graduatoria per le assegnazioni è **inoltre** determinata dalle seguenti priorità  
nell'ordine sotto indicato :

1. Anzianità di presentazione della domanda.
2. Anzianità di inquadramento al 7° livello.

Per la compilazione della graduatoria si considera la situazione in atto alla data  
di presentazione della domanda.

**POLIZZA MALATTIE PERSONALE AMMINISTRATIVO INQUADRATO nelle  
AREE PROFESSIONALI A - Sez. B), B, C, D, E (fino al 6° livello retributivo)**

(in applicazione dell'art. 15 lett. A) del C.I.A. 2009)

Polizza	N. <b>10517</b>
Agenzia	<b>259</b>
Contraente	<b>CASSA DI ASSISTENZA DEI DIPENDENTI DEL GRUPPO REALE MUTUA</b>

**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

ART. - 1.00

**DEFINIZIONI E PRECISAZIONI**

<b>Infortunio</b>	evento dovuto a causa fortuita ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
<b>Malattia</b>	alterazione dello stato di salute non Dipendente da infortunio.
<b>Istituto di cura</b>	ospedale, clinica, casa di cura (pubblici o privati) regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera (non sono comunque considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno).
<b>Ricovero</b>	Permanenza in istituto di cura con pernottamento o in day hospital.
<b>Centro specializzato</b>	istituto (esclusi comunque i centri sportivi ed estetici) non adibito al ricovero dei malati, ma regolarmente autorizzato per l'erogazione di cure mediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi (comprese le cure termali) e/o ad effettuare analisi ed esami di laboratorio ed accertamenti diagnostici.
<b>Intervento chirurgico ambulatoriale</b>	provvedimento terapeutico attuato con manovre manuali o strumentali, cruento, eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico curante; sono considerati alla stregua di interventi chirurgici: diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, endoscopia senza biopsia, gessature, suture.
<b>Visita specialistica</b>	visita effettuata da medico chirurgo fornito di

	specializzazione, per diagnosi e terapie cui tale specializzazione è destinata.
<b>Trattamenti specialistici</b>	terapie specifiche normalmente effettuate in centri specializzati od in laboratori di istituti di cura, ma anche al domicilio del paziente (sono compresi - a titolo esemplificativo - i trattamenti fisioterapici e riabilitativi e le cure termali, con esclusione, per queste ultime, delle spese di natura alberghiera)
<b>Day Hospital</b>	struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche o interventi chirurgici eseguiti da medici chirurghi specialisti con redazione di cartella clinica.
<b>Assistenza infermieristica</b>	assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.
<b>Interventi di alta chirurgia</b>	gli interventi chirurgici resi necessari da malattia od infortunio, descritti nell'allegato elenco.
<b>Nucleo familiare</b>	il coniuge (ovvero il convivente more uxorio) ed i figli, conviventi con il Dipendente purché risultanti nel certificato anagrafico di "stato di famiglia" di quest'ultimo. L'estensione ai familiari di cui sopra deve valere per tutti i componenti risultanti dallo stato di famiglia del Dipendente. E' possibile assicurare anche i figli non conviventi per i quali sia a carico del Dipendente (in situazione di separazione legale o divorzio) l'assegno di mantenimento.
<b>Massimale</b>	la somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta la garanzia.
<b>Franchigia</b>	parte del danno indennizzabile - espressa in importo determinato - che rimane a carico dell'Assicurato.
<b>Scoperto</b>	parte del danno indennizzabile - espressa in percentuale - che rimane a carico dell'Assicurato.

Inoltre, nel testo che segue si intendono:

- per **Assicurazione** il contratto di assicurazione.
- per **Polizza** il documento che prova l'assicurazione.
- per **Contraente** il soggetto che stipula l'assicurazione.
- per **Assicurato** la persona fisica per la quale è prestata l'assicurazione.
- per **Società** la Società Reale Mutua di Assicurazioni.
- per **Contributo** la somma dovuta dal Dipendente.
- per **Sinistro** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
- per **Indennizzo/Indennità** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

## ART. - 2.00

### OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata a favore delle persone indicate nell'art. 1.00 delle Condizioni Particolari e garantisce il rimborso delle spese o il pagamento delle indennità previste in seguito per prestazioni sanitarie rese necessarie da infortunio o malattia.

2.10 La Società rimborsa - fino alla concorrenza di € 100.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare - le spese rese necessarie da malattia od infortunio e sostenute in caso di:

#### 2.20 **Ricovero in Istituto di cura**

##### .21 **durante il ricovero per:**

- a) assistenza medica ed infermieristica, cure, esami, medicinali, rette di degenza e rette per vitto e pernottamento dell'eventuale accompagnatore nell'istituto di cura;
- b) l'intervento chirurgico quali: onorari dell'équipe chirurgica, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento compresi apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento ed anche successivamente allo stesso;

##### .22 **nei 90 giorni precedenti il ricovero e nei 120 successivi alla dimissione per:**

- esami, visite e prestazioni medico-chirurgiche specialistiche, assistenza infermieristica, trattamenti specialistici (comprese le cure termali con esclusione delle spese di natura alberghiera);

.23 inoltre la Società rimborsa le spese per il trasporto in autoambulanza dell'Assicurato all'Istituto di cura o da un Istituto di cura all'altro o, qualora lo richiedano le condizioni del paziente, dall'istituto al domicilio dell'Assicurato.

#### **Casi particolari - Estensione della garanzia**

.24 In caso di parto cesareo, aborto spontaneo o post-traumatico la garanzia opera nei termini previsti dai punti 2.21-2.22-2.23.

In caso di parto non cesareo o di aborto diverso da quelli succitati (escluso quello volontario), di intervento su tonsille e vegetazioni adenoidi di minori di 9 anni di età, la Società rimborsa le spese di cui al punto .21 fino alla concorrenza di € 2.700,00 per evento. In caso di parto domiciliare la Società rimborsa le spese sostenute fino alla concorrenza di € 2.200,00 per evento.

.25 Per i nati durante la validità dell'assicurazione la garanzia opera per i primi 120 giorni di vita del neonato negli stessi termini validi per il genitore assicurato.

Per essi inoltre non vale l'esclusione delle malformazioni congenite di cui all'art. 4.10.2.

Successivamente al 120° giorno di vita del neonato la garanzia diviene operante - qualora il nucleo familiare non fosse ancora assicurato - con corrispettivo pagamento del premio, per tutti i componenti del nucleo familiare (come da definizione di cui all'art.1.00) anche in deroga

all'art.15 punto 5 del C.I.A., purché il Dipendente assicurato non rinunci espressamente alla garanzia in favore del neonato. La rinuncia deve essere comunicata tassativamente per iscritto entro il 90° giorno di vita del neonato; in caso contrario il Dipendente è tenuto a fornire alla Società il suo certificato di stato di famiglia ed assicurare tutto il nucleo familiare;

.25 bis In caso di intervento per la correzione della miopia (cheratotomia/ laser ad eccimeri), per la correzione dell'ipermetropia e per la correzione dell'astigmatismo la Società rimborsa (in deroga al punto 4.10.2) il 75% della spesa sostenuta per il solo intervento, ma con il limite di € 2.000,00 per ciascun occhio.

**.26 In caso di trapianto di organi:**

- se il donatore è l'Assicurato la garanzia opera nei termini previsti dai punti 2.21- 2.22- 2.23 con un massimale aggiuntivo di € 124.000,00;  
- se l'Assicurato è il beneficiario della donazione la garanzia vale, nei termini previsti dai punti 2.21- 2.22- 2.23 e del precedente alinea, anche per le spese sostenute per il ricovero del donatore.

**.27 In caso di infortunio:**

Sono comprese in garanzia le spese per cure e protesi dentarie, che si considerano alla stregua dell'intervento chirurgico ambulatoriale.

**.28 In caso di degenza diurna (day hospital)** comprovata da cartella clinica, la garanzia opera per le spese di cui al precedente punto 2.21. Per la dialisi non è richiesta la presentazione della cartella clinica. Qualora le prestazioni sanitarie siano interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale l'indennità giornaliera sostitutiva prevista dal successivo punto 3.30 è corrisposta nella misura di € 93,00 al giorno, con il massimo di 100 giorni per anno assicurativo e per nucleo familiare.

**.29 In caso di malattia oncologica curata anche senza ricovero o senza intervento chirurgico ambulatoriale**

Valgono le stesse prestazioni previste ai punti 2.21- 2.22- 2.23. Inoltre, relativamente alle spese post-ricovero previste dal punto 2.22, il periodo di 120 giorni viene ampliato fino a 360 giorni successivi alla dimissione.

Per malattie oncologiche di cui alla presente estensione di garanzia si intendono:

- neoplasie maligne a carattere invasivo comprovate da referto istopatologico;
- i tumori dell'encefalo e degli altri organi del sistema nervoso centrale;
- la leucemia, i linfomi, il morbo di Hodgkin.

**2.30 Intervento chirurgico ambulatoriale**

In caso di intervento chirurgico effettuato in ambulatorio (senza ricovero) la garanzia vale per i titoli di spesa previsti dai punti 2.21 - 2.22 - 2.23 - 2.27. Per definire il termine di 90/120 giorni stabiliti per il rimborso delle spese previste al punto 2.22 si fa riferimento al giorno dell'intervento chirurgico.

- 2.40 **Ricovero in Istituto di cura reso necessario da malattia od infortunio che comporti un "intervento di alta chirurgia": massimale aggiuntivo.**  
La Società rimborsa le spese previste dai punti 2.21- 2.22- 2.23 fino alla concorrenza di € 150.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare. Qualora un intervento di "alta chirurgia" (vedi appendice n. 1) comporti spese che superino il suindicato massimale l'eccedenza di spese viene coperta dal massimale previsto al punto 2.10 se ed in quanto disponibile.
- 2.50 **In caso di decesso dell'Assicurato all'Estero:**  
(fuori dai confini degli Stati: Italia, Vaticano, S.Marino) in conseguenza di evento previsto dal contratto, la Società concorre fino a € 6.200,00 alle spese sostenute dagli eredi per il rimpatrio della salma.
- 2.60 In aggiunta alle altre prestazioni pattuite, la Società assicura il rimborso delle spese sostenute per:  
.61 - **visite e cure odontoiatriche ed ortodontiche,**  
.62 - **applicazione di protesi dentarie,**  
.63 - **trattamenti ortodontici.**  
Le spese per le prestazioni suindicate sono rimborsate fino alla concorrenza di un massimale di € 3.600,00 per ogni Assicurato Dipendente.  
Qualora oltre al Dipendente siano assicurati anche i suoi familiari il predetto massimale è aumentato di € 600,00 per il primo familiare, di ulteriori € 600,00 per il secondo familiare e di ulteriori € 555,00 per gli altri familiari aggiuntivi.  
Pertanto il massimale annuo assicurato per il nucleo familiare è di:  
- € 4.200,00 in caso di nucleo composto da 2 persone,  
- € 4.800,00 in caso di nucleo composto da 3 persone,  
- € 5.355,00 in caso di nucleo composto da 4 o più persone.  
Il rimborso è effettuato nella misura del 70% della spesa, restando il rimanente 30% a carico dell'Assicurato.  
In caso di cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio valgono le condizioni di cui al punto 2.27.  
NOTA: sono rimborsabili, dietro presentazione di regolare documentazione fiscale, esclusivamente le spese per prestazioni effettuate da medici dentisti; sono parimenti rimborsabili le fatture di odontotecnici.
- 2.60 bis Qualora il Dipendente e/o i suoi familiari, per le prestazioni di cui al punto 2.60, si avvalgano di una struttura convenzionata tramite Blue Assistance S.p.A.:  
- il massimale annuo, previsto al precedente punto 2.60, è aumentato di € 555,00.  
- la copertura, per le sole spese relative alle prestazioni delle strutture convenzionate, opera al 75% restando il rimanente 25% a carico dell'Assicurato ed è realizzata con pagamento diretto alla struttura convenzionata (anziché con rimborso al Dipendente). Il Dipendente deve unicamente pagare alla struttura convenzionata l'importo corrispondente allo scoperto a suo carico.  
La procedura che l'Assicurato deve seguire in caso di utilizzo di una struttura convenzionata tramite Blue Assistance S.p.A. è descritta



nell'Appendice n.2.

2.70 **Prestazioni sanitarie domiciliari ed ambulatoriali**

La Società assicura, fino alla concorrenza di € 6.000,00 per anno e per nucleo familiare, il rimborso delle spese non rientranti in altre garanzie rese necessarie da malattia od infortunio e sostenute dall'Assicurato per:

1 - onorari medici per visite specialistiche (escluse le visite pediatriche, odontoiatriche ed ortodontiche),

2 - accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, purché pertinenti alla malattia od all'infortunio denunciati,

3 - trattamenti specialistici prescritti dal medico curante. Si considerano alla stregua dei trattamenti specialistici i farmaci prescritti dal medico curante per contrastare patologie (documentate) di natura tale che possano comportare pericolo per la vita del paziente (quali, ad esempio, particolari forme di allergia).

La garanzia opera per l'85% delle spese sostenute, restando il rimanente 15% a carico dell'Assicurato con il minimo di € 15,49 per visita, di € 15,49 per ogni serie di accertamenti diagnostici previsti da un'unica prescrizione medica, di € 15,49 per ogni ciclo di trattamenti specialistici. Si considerano rimborsabili senza applicazione di franchigia e di scoperto, i ticket a carico dell'Assicurato per le prestazioni di cui ai punti 1, 2 e 3, purché gli stessi siano di importo, anche cumulativo, uguale o superiore a € 25,82. I ticket di importo inferiore saranno rimborsati nel mese di dicembre dell'anno di riferimento.

La Società assicura, inoltre, entro il limite del massimale assicurato con il presente articolo, con applicazione di uno scoperto del 20% a carico dell'Assicurato per ciascun caso di infermità, le spese sostenute per:

4 - assistenza infermieristica domiciliare entro il limite giornaliero di € 93,00 per un periodo massimo di 30 giorni per ogni evento;

5 - noleggio di apparecchiature per trattamenti terapeutici domiciliari;

6 - agopuntura prescritta e praticata da medico chirurgo (si precisa che l'agopuntura non è considerata "intervento chirurgico").

La garanzia vale anche :

7 - per l'80% della spesa sostenuta per lenti da vista, entro il massimo rimborso di € 100,00 per lente (per le lenti a contatto "usa e getta", il massimo rimborso è di € 100,00 per anno assicurativo), in caso di documentata variazione del visus (anche da parte di un optometrista). E' altresì compreso l'80% della spesa per la montatura con il massimo rimborso di € 107,00 per anno assicurativo. La garanzia di cui al presente punto opera esclusivamente per il Dipendente della Società e non per i componenti del nucleo familiare del Dipendente stesso.

8 - per l'80% della spesa sostenuta per l'acquisto o per il noleggio di apparecchi protesici e terapeutici, a patto che l'importo rimborsabile non sia inferiore a € 25,82, su prescrizione del medico specialista; se si tratta di alterazione organica permanente è sufficiente una sola prescrizione. La garanzia vale per gli apparecchi che non siano già compresi in altri punti della presente polizza; essa non vale comunque

per: plantari, rialzi, calzature ortopediche di serie.

**Precisazioni all'art. 2.70:**

Qualora nel corso di una visita medica specialistica si renda contestualmente necessario un esame diagnostico, il minimo dello scoperto di € 15,49 si applica una sola volta, considerandosi unica prestazione sanitaria la visita specialistica e l'accertamento diagnostico; la visita effettuata da un medico omeopatico si considera rimborsabile alla stregua di una visita specialistica di cui segue gli scoperti.

**2.71 Prevenzione**

a) Allo scopo di favorire la "diagnosi precoce" e la prevenzione in genere, la Società rimborsa, nell'ambito del massimale previsto dal punto 2.70, anche il

90% - il rimanente 10% con il minimo di € 15,49 per visita resta a carico dell'Assicurato - della spesa per le seguenti prestazioni:

- visite oculistiche;
- visite ginecologiche anche con esame mammografico ed ecografico, pap-test, colposcopia, amniocentesi, prelievo dei villi coriali;
- visita andrologica;
- visita cardiologica;
- esame elettrocardiografico;
- visita endocrinologica;
- visita per la diagnosi precoce del tumore della pelle.

b) Inoltre la Società rimborsa integralmente le spese sostenute esclusivamente dal Dipendente, una volta ogni due anni per i seguenti accertamenti diagnostici:

- analisi cliniche: colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, glicemia, uricemia, creatinemia, GOT/GPT, HbsAg, Pap test, PSA, ricerca sangue occulto nelle feci, emocromo completo, esame urine completo;
- diagnostica per immagini: Rx torace in due proiezioni, mammografia, ecografia prostatica;
- esami strumentali: pressione arteriosa in posizione ortostatica e clinostatica, elettrocardiogramma;
- visita medica: visita conclusiva da parte del medico coordinatore del check up con letture referti e consigli medici.

Gli accertamenti di cui al presente punto b) devono essere effettuati presso strutture convenzionate con Blue Assistance S.p.A., su prenotazione della medesima.

ART. - 3.00

**FORMA ASSICURATA**

**3.10 ABROGATO**

3.20 L'assicurazione, relativamente alle sole prestazioni connesse ai ricoveri, opera alle seguenti condizioni e nei limiti dei massimali (e di eventuali sotto-limiti) previsti dalla polizza:

<p><b>NETWORK BLUE ASSISTANCE</b> (struttura sanitaria ed intera equipe medico chirurgica anestesiologicala convenzionate)</p>	<p>Pagamento diretto da parte di Blue Assistance senza applicazione di scoperto/franchigia a carico dell'Assicurato</p>
<p><b>EXTRA NETWORK BLUE ASSISTANCE</b> (struttura sanitaria ed equipe medico chirurgica anestesiologicala entrambe non convenzionate)</p>	<p>Rimborso con applicazione dei seguenti scoperti (sull'intera spesa sostenuta) a carico dell'Assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10% per i ricoveri avvenuti nel Centro Sud Italia, isole comprese (fanno parte del Centro Sud anche Toscana, Umbria, Marche)</li> <li>- 15% per i ricoveri avvenuti nel Nord Italia o all'estero.</li> </ul>
<p><b>MISTA</b> (struttura sanitaria convenzionata ed equipe medico chirurgica anestesiologicala non convenzionata)</p>	<p>La componente di spesa relativa alla struttura (convenzionata Blue Ass.ce) viene pagata direttamente da Blue Assistance senza applicazione di scoperto/franchigia a carico dell'Assicurato.</p> <p>La componente di spesa relativa all'equipe medico chirurgica anestesiologicala (non convenzionata Blue Ass.ce) viene rimborsata con applicazione dei seguenti scoperti a carico dell'Assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5% per i ricoveri avvenuti nel Centro Sud Italia, isole comprese (fanno parte del Centro Sud anche Toscana, Umbria, Marche)</li> <li>- 8% per i ricoveri avvenuti nel Nord Italia o all'estero.</li> </ul>
<p><b>STRUTTURE ACCREDITATE S.S.N.</b></p>	<p>Rimborso senza applicazione di scoperto/franchigia a carico dell'Assicurato .</p>
<p><b>INTRAMOENIA CONVENZIONATO BLUE ASSISTANCE</b></p>	<p>Pagamento diretto da parte di Blue Assistance senza applicazione di scoperto/franchigia a carico dell'Assicurato.</p>
<p><b>INTRAMOENIA NON CONVENZIONATO BLUE ASSISTANCE</b></p>	<p>Rimborso con applicazione dei seguenti scoperti (sull'intera spesa sostenuta) a carico dell'Assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10% per i ricoveri avvenuti nel Centro Sud Italia, isole comprese (fanno parte del Centro Sud: Toscana, Umbria, Marche)</li> </ul>

	- 15% per i ricoveri avvenuti nel Nord Italia o all'estero.
--	---

L'elenco delle strutture convenzionate con Blue Assistance S.p.A. è consultabile sul sito [www.realemutua.it](http://www.realemutua.it) (alla pagina Servizi per il cliente, Blue Assistance S.p.A.).

Le procedure che l'Assicurato deve seguire in caso di utilizzo di una struttura convenzionata con Blue Assistance S.p.A., e le relative modalità di indennizzo sono descritte nell'Appendice n. 2.

- 3.30 Qualora il ricovero sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale le prestazioni di cui ai punti 2.21 e 2.23 sono sostituite dalla corresponsione di una indennità di € 190,00 per ogni pernottamento in istituto di cura con il massimo di 100 pernottamenti per anno assicurativo e per persona ed un massimo di € 1.549,37 in caso di parto non cesareo e di aborto diverso da quello post-traumatico o spontaneo. Le spese eventualmente sostenute per le prestazioni di cui al punto 2.22 sono invece rimborsate con i limiti del massimale indicato al punto 2.10.
- 3.40 Qualora il ricovero sia solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale o l'Assicurato abbia sostenuto delle spese per prestazioni previste al punto 2.23, l'Assicurato stesso può scegliere fra il rimborso dell'eccedenza di spesa rimasta a suo carico e l'indennità di cui sopra. Il limite massimo dell'indennità previsto al punto 3.30 opera anche in caso di coesistenza di altre polizze, in base alle quali la Società sia tenuta a corrispondere detta "indennità sostitutiva".

ART. - 4.00

## DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

### 4.10 Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- 1) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio e da neoplasia).
- 2) salvo quanto precisato al punto 4.20 bis, le cure e gli interventi resi necessari da malformazioni congenite o da difetti fisici preesistenti all'ingresso in assicurazione, fatta eccezione per i bambini nati in corso di contratto per i quali sia stata attivata l'assicurazione (per malformazione o difetto fisico si intende la "alterazione organica, congenita od acquisita durante lo sviluppo fisiologico", che sia evidente o che sia clinicamente diagnosticabile prima della decorrenza dell'assicurazione);
- 3) salvo quanto precisato al punto 4.20 bis, le psicosi in genere e le sindromi nevrotiche e caratteriali;
- 4) l'aborto volontario.

**4.20 L'assicurazione inoltre non vale per:**

1. gli infortuni derivanti dalla pratica di sports aerei o infortuni di volo occorsi a professionisti del volo (piloti, stewards, hostess ecc.,) in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo si tratti di gare di regolarità pura);
2. gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti;
3. le malattie professionali come definite dal D.P.R. 30/6/1965, n. 1124;
4. l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto dai punti 2.21.b) e 2.70.8;
5. le conseguenze:
  - a) di reati dolosi commessi o anche solo tentati dall'Assicurato (sono invece comprese le conseguenze di imprudenze o negligenze, anche gravi, dell'Assicurato stesso);
  - b) di guerre ed insurrezioni; di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi nella provincia di residenza o domicilio;
  - c) dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizioni a radiazioni ionizzanti.

**4.20 bis In deroga ai punti 2) e 3) dell'art. 4.10 e al punto 4.20.2 che precedono e al punto 4.40 che segue si conviene che:**

- 1) la Società concorre fino a € 4.000,00 per anno e per nucleo familiare al rimborso delle "spese straordinarie" sostenute per trattamenti mirati alla disassuefazione dall'alcool o dalla tossicodipendenza, praticati durante ricovero o cura ambulatoriale, nonché per trattamenti socio-psicologici tendenti al recupero dell'alcoolista o del tossicodipendente prescritti o effettuati presso centri, comunità, istituti all'uopo abilitati e/o riconosciuti;
- 2a) la Società concorre fino a € 4.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare al rimborso delle spese sostenute per la cura di psicosi in genere e sindromi nevrotiche e caratteriali;
- 2b) qualora il trattamento della patologia renda necessario il ricovero anche le spese relative sono rimborsabili fino a € 4.000,00, in aumento al massimale previsto dal precedente comma 2a). Entrambe le prestazioni sono erogabili soltanto se prescritte dal medico curante;
- 3) la Società rimborsa fino alla concorrenza di € 4.000,00 per anno e per nucleo familiare le spese per trattamenti riabilitativi o di mantenimento prescritti dal medico curante a soggetti portatori di handicap.

**4.30 Termini di aspettativa e decorrenza dell'assicurazione - Limitazione della garanzia per le "patologie preesistenti".**

La garanzia decorre:

- 1) per gli infortuni, le malattie e per il parto cesareo: dal momento in cui - ai sensi dell'art. 7.20 delle Disposizioni Generali - ha effetto l'assicurazione;
- 2) limitatamente ai familiari del Dipendente della Società, per le conseguenze dirette di malattie già manifestatesi o sintomatologicamente diagnosticabili prima dell'ingresso in

assicurazione, come pure le conseguenze di infortuni verificatisi prima dell'ingresso in polizza, dalle ore 24 del 120° giorno successivo all'effetto dell'assicurazione, le spese relative verranno rimborsate previa applicazione di uno scoperto del 50% che resta a carico dell'Assicurato con contestuale riduzione alla metà del massimale annuo garantito.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui ha avuto effetto il contratto sostituito, per le prestazioni ed i massimali da quest'ultimo previsti,
- dal giorno in cui ha effetto il presente contratto, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da esso previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto con riguardo alla data della variazione anziché a quella di stipulazione del contratto.

#### 4.40 **Limiti di età - Persone non assicurabili**

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine.

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenze o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive e psicosi in genere.

L'esclusione prevista dal precedente comma non vale per i Dipendenti in servizio, ferme restando le esclusioni di cui agli artt. 4.10 e 4.20.

ART. - 5.00

### **ESTENSIONE TERRITORIALE**

L'assicurazione vale per il mondo intero.

ART. - 6.00

### **NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI**

#### 6.10 **Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro**

In caso di sinistro l'Assicurato o chi per esso deve darne avviso alla Società entro quindici giorni da quando ne ha avuto conoscenza o da quando ne ha avuto la possibilità (art. 1913 Codice Civile).

L'inadempimento degli obblighi sopra descritti può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 Codice Civile).

Con la denuncia del sinistro deve essere inviata alla Società la certificazione medica sulla natura dell'infermità.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre la documentazione medica del caso, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

**6.20 Criteri di liquidazione - Documentazione**

La liquidazione del sinistro viene effettuata a cura ultimata, su presentazione del certificato di guarigione clinica o di equivalente dichiarazione da parte dell'Assicurato e dello stato di famiglia e/o della documentazione relativa all'assegno di mantenimento.

L'Assicurato o chi per esso deve fornire la documentazione medica e delle spese come in seguito specificato.

**.21 Documentazione medica:**

Copia della cartella clinica completa, integrata - se del caso - dagli originali delle prescrizioni e degli accertamenti relativi alle spese pre e post ricovero ed alle prestazioni specialistiche di cui all'art. 2.70; per queste ultime la certificazione medica dovrà contenere la diagnosi o cenno della sospetta patologia; in caso di cure odontoiatriche ed ortodontiche deve essere presentata certificazione medica analitica delle prestazioni effettuate.

Per il solo Dipendente la produzione della cartella clinica è facoltativa; la Società tuttavia può pretenderla.

**.22 Documentazione delle spese:**

1. La documentazione della spesa deve essere intestata alla persona che ha usufruito della prestazione o al Dipendente; qualora sia intestata al Dipendente e la prestazione sia relativa a un familiare assicurato, deve essere indicato anche il nome di quest'ultimo.

2. Inoltre, gli originali delle fatture e delle ricevute fiscali devono essere regolarmente quietanzati.

3. Qualora intervenga il Servizio Sanitario Nazionale od altra assicurazione privata, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione del contributo erogato dall'Ente o delle spese già rimborsate dall'assicuratore privato.

4. La documentazione delle spese è restituita all'Assicurato soltanto in caso di rimborso parziale di spese interamente o parzialmente deducibili ai fini fiscali previa apposizione di timbro attestante l'avvenuta presentazione alla Società per la liquidazione e l'importo liquidato.

5. Il Dipendente è tenuto a chiedere agli organi competenti ed a riversare alla Compagnia assicuratrice qualsiasi rimborso che sia previsto a favore degli Assicurati dalla legislazione nazionale o regionale sul Servizio Sanitario Nazionale.

6. Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunto dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro USA. Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

**6.30 Pagamento dell'indennizzo**

Ricevuta la documentazione di cui agli artt. 6.21 e 6.22 e compiuti gli

accertamenti del caso la Società liquida l'indennizzo ed effettua il pagamento a beneficio del Dipendente.

#### 6.40 **Anticipazione del rimborso**

L'Assicurato può richiedere l'anticipazione del rimborso quando:

- le spese siano, in base al preventivo ed all'attestazione dell'istituto di cura, non inferiori a € 1.032,91;

- l'Assicurato stesso fornisca la documentazione medica sufficiente alla Società per valutare che il sinistro rientri nella garanzia prestata.

In tal caso la Società, esaminata la documentazione e riscontrata la idoneità, corrisponde il 95% delle spese indennizzabili al netto dell'eventuale franchigia o scoperto.

L'anticipazione del rimborso può essere realizzata anche per le cure dentarie, in base a fatturazione parziale, delle cure.

Qualora a guarigione clinica avvenuta o a cura terminata dovesse risultare che nessun indennizzo spetti, la Società ha diritto alla restituzione, entro 30 giorni dalla richiesta formale, degli importi anticipati.

#### 6.50 **Rinuncia al diritto di rivalsa**

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato, dei suoi aventi diritto o beneficiari al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infermità.

#### 6.60 **Controversie**

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del danno o sulla misura degli indennizzi si procederà, a richiesta di una delle Parti, alla liquidazione del danno stesso mediante arbitrato di un Collegio Medico, i cui due primi componenti saranno designati dalle Parti stesse ed il terzo d'accordo dai primi due componenti o, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici del luogo dove avrà sede il Collegio; tale sede sarà stabilita nel comune, che sia sede di Istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Le decisioni saranno prese a maggioranza dei voti. Il Collegio Medico decide inappellabilmente come amichevole compositore - senza alcuna formalità giudiziaria - impegnando le Parti anche se dissenzienti.

Ciascuna Parte sopporterà la spesa del proprio medico e metà dell'onorario del terzo arbitro.

ART. - 7.00

### **DISPOSIZIONI GENERALI**

#### 7.10 **Altre assicurazioni**

Gli Assicurati sono esonerati dal comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, tuttavia, deve esserne dato avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, così come previsto dall'art. 1910 Codice Civile.

#### 7.20 **Pagamento del premio /contributo (art. 1901 Codice Civile)**



Resta valido quanto previsto dall'art. 1901 del Codice Civile.

- 7.30 **Prova del contratto - Validità delle variazioni**  
La polizza, firmata dalla Società stessa a mezzo delle persone all'uopo autorizzate, è il solo documento che costituisce la prova delle condizioni regolatrici dei rapporti fra le Parti.  
Qualunque variazione dell'assicurazione non è valida se non risulta per iscritto.
- 7.40 **Impegno connesso all'adesione**  
L'aderente è impegnato per tutta la durata del contratto, cioè almeno sino al 31/12/2011.
- 7.50 **Cessazione dell'assicurazione**  
L'assicurazione cessa con il venire meno del requisito che consente all'Assicurato di fruire dell'assicurazione (ved. Condizioni Particolari 1.00).  
In caso di licenziamento per giusta causa o di dimissioni, è dovuto alla Società, oltre alle rate di contributo scadute e rimaste insoddisfatte, il contributo relativo al periodo annuo di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la cessazione del rapporto di lavoro.  
In caso di cessazione del rapporto di lavoro per pensionamento l'assicurazione cessa alla fine dell'anno solare in cui si è verificato il pensionamento. In caso di aspettativa senza retribuzione o di sospensione dello stipendio per motivi di salute è in facoltà dell'Assicurato di richiedere la sospensione della garanzia a partire dal mese successivo alla domanda.
- 7.60 **Imposte**  
Le imposte e gli oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al contributo, agli accessori, alla polizza ed agli atti da essa Dipendenti, sono a carico del Contraente e dell'Assicurato anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.
- 7.70 **Forma delle comunicazioni del Contraente e dell'Assicurato alla Società**  
Tutte le comunicazioni concernenti variazioni di rischio devono essere fatte per iscritto.
- 7.80 **Foro competente per territorio**  
Foro competente è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria dove ha sede la Direzione della Società.

## **CONDIZIONI PARTICOLARI**

ART. - 1.00

### **PERSONE ASSICURATE**

- 1.10 L'assicurazione viene prestata in favore di:  
Dipendenti (esclusi Funzionari e Dirigenti) in servizio presso Reale Immobili S.p.A.;

- 1.20 Il coniuge (ovvero il convivente more uxorio) ed i figli, conviventi con il Dipendente purché risultanti nello stesso certificato anagrafico di "stato di famiglia" di quest'ultimo.  
L'estensione ai familiari di cui sopra deve valere per tutti i componenti risultanti dalla stato di famiglia del Dipendente. E' possibile assicurare anche i figli non conviventi per i quali sia a carico del Dipendente (in situazione di separazione legale o divorzio) l'assegno di mantenimento.

ART. - 2.00

**INIZIO DELL' OPERATIVITA' DELLA POLIZZA - MODALITA' DI ADESIONE  
DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE - IMMISSIONE DI NUOVI  
ASSICURATI  
DURATA DELL'ASSICURAZIONE**

Il Dipendente ha facoltà di assicurare solo se stesso o di estendere l'assicurazione anche nei confronti delle persone di cui al precedente punto 1.20.

Il Dipendente può aderire utilizzando il modulo "RICHIESTA DI ADESIONE" compilandolo in ogni sua parte e sottoscrivendolo.

La richiesta di adesione dovrà essere inoltrata alla Direzione Risorse Umane tramite l'Ufficio Posta della Società; la garanzia decorrerà dalle ore 24 del giorno in cui dal predetto Ufficio Posta viene sovrastampata sulla richiesta la data di ricevimento, o del giorno corrispondente alla data del timbro postale di spedizione nel caso di invio per lettera raccomandata.

L'immissione di altri Assicurati in corso di contratto dovrà avvenire secondo le modalità sopra descritte.

La garanzia per i familiari è valida se e fino a quando è assicurato il Dipendente; l'adesione impegna per tutta la durata della polizza.

Il mancato esercizio della facoltà di adesione entro 90 giorni dalla firma del presente C.I.A. impedirà al Dipendente di fruire della garanzia fino al 31/12/2010, salvo quanto previsto dall'art. 15 del C.I.A. per il personale neo-assunto e per la costituzione di un nuovo nucleo familiare.

L'adesione per l'annualità 2011 dovrà pervenire alla Direzione Risorse Umane entro il 31/12/2010 e così per gli esercizi successivi.

ART. - 3.00

**CONTRIBUTO**

...omissis...

ART. - 4.00

**COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI PRIVATE**

Nel caso in cui l'Assicurato abbia in corso altre polizze, la presente assicurazione opera ad integrazione della garanzia prestata dall'altra Compagnia, sia in termini di massimali, sia in termini normativi.

In sede di denuncia dell'infermità l'Assicurato ha l'obbligo di fornire alla Reale Mutua gli estremi (N. Polizza e Compagnia) dell'altro contratto di assicurazione (art. 1910 Cod. Civ.), impegnandosi a richiedere le prestazioni

assicurative previste dalla presente polizza solo dopo aver chiesto la liquidazione del danno all'assicuratore privato diretto.

ART. - 5.00

#### **DURATA DEL CONTRATTO**

La presente polizza decorre dalle ore 0 del giorno di firma del presente C.I.A. e cessa alle ore 24 del 31/12/2011. Essa si intenderà tacitamente rinnovata qualora non venga data disdetta scritta da una delle Parti entro tre mesi dalla scadenza.

## **ELENCO DEGLI INTERVENTI DI ALTA CHIRURGIA**

### **Cranio e sistema nervoso centrale e periferico**

- Craniotomia per lesioni traumatiche intercerebrali.
- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche.
- Cranioplastiche.
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Interventi per derivazione liquorale diretta o indiretta.
- Operazioni per encefalo meningocele.
- Lobotomia, talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cardotomie, radicotomie e altre affezioni meningomidollari.
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi.
- Interventi sull'ipofisi per via trasfenoidale.
- Emisferectomia.
- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici.
- Surrenelectomia e altri interventi sulla capsula surrenale.
- Vagotomia per via toracica.

### **Faccia e bocca**

- Plastica per paralisi del nervo facciale.
- Correzione naso a sella.
- Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi.
- Parotidectomia con conservazione del facciale.
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne.
- Interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento ganglionare contemporaneo.
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare.
- Demolizione dell'osso frontale.
- Resezione del massiccio facciale per neoformazioni maligne.
- Demolizione del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Resezione del mascellare superiore.
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Fratture del condilo e dell'ipofisi coronoide mandibolare. Trattamento chirurgico e ortopedico.
- Fratture dei mascellari superiori. Trattamento chirurgico e ortopedico.

### **Collo**

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.

### **Esofago**

- Interventi per diverticolo dell'esofago.
- Resezione dell'esofago cervicale.
- Resezione totale esofagea con esofagoplastica in un tempo.
- Collocazione di protesi endoesofagea per via toraco-laparatomica.
- Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico.
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne, per tumori, resezioni parziali basi, alte e totali.

### **Torace**

- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interna e del cavo ascellare.
- Intervento sul mediastino per tumori.
- Resezioni segmentarie e lobectomia.
- Pneumectomia.
- Decorticazione polmonare.
- Pleuro pneumectomia.
- Toracotomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Interventi per fistole bronchiali cutanee.
- Asportazione del timo.
- Toracoplastica totale.

### **Chirurgia cardiaca**

- Pericardiectomia.
- Sutura del cuore per ferite.
- Interventi per corpi estranei del cuore.
- Interventi per malformazioni del cuore e dei grossi vasi endotoracici.
- Commissurotomia.
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare.
- Valvuloplastica della mitrale e dell'aorta.
- Sostituzione valvolare con protesi.
- Infartectomia in fase acuta.
- Resezione aneurisma del ventricolo sinistro.
- By-pass aorto-coronarico con vena.
- By-pass aorto-coronarico e resezione aneurisma del ventricolo sinistro.
- Impianto di arteria mammaria secondo Vineberg, singolo o doppio.
- Impianto di pace-maker epicardio per via toracotomica o frenico-pericardica.
- Asportazione dei tumori endocavitari del cuore.

### **Stomaco e duodeno**

- Resezione gastrica.
- Gastrectomia totale.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica.

- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.
- Cardiomiectomia extramucosa.

### **Peritoneo e intestino**

- Laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesioni di organi interni parenchimali.
- Idem con lesioni dell'intestino - resezione intestinale.
- Occlusione intestinale di varia natura - resezione intestinale.
- Resezione del tenue.
- Resezione ileo-cecale.
- Colectomia segmentaria.
- Colectomia totale.

### **Retto**

- Amputazione del retto per via sacrale.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale.

### **Fegato e vie biliari**

- Epatotomia semplice per cisti da echinococco.
- Resezione epatica.
- Epatico e coledocotomia.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecisto gastrotonomia, colecisto e enterostomia).

### **Pancreas e milza**

- Interventi di necrosi acuta del pancreas.
- Interventi per cisti e pseudocisti del pancreas: enucleazione delle cisti, marsupializzazione.
- Interventi per fistole pancreatiche.
- Interventi demolitivi del pancreas:
  - totale o della testa,
  - della coda.
- Splenectomia.
- Anastomosi porta-cava e spleno-renale.
- Anastomosi mesenterica-cava.

### **Vasi**

- Interventi per aneurismi dei segmenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco branchio-cefalico, iliache.
- Interventi per stenosi od ostruzioni della carotide extracranica o succlavia o arteria anonima.
- Disostruzione by-pass aorta addominale.
- Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca.
- Resezione arteriosa con plastica vasale.
- Operazione sull'aorta toracica o sull'aorta addominale.

### **Pediatria**

- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico o policistico (lobectomia, pneumonectomia).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoplastoma).
- Atresia dell'esofago.
- Fistola dell'esofago.
- Atresia dell'ano semplice - abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto - uretrale o retto - vulvare
- Abbassamento addomino perineale.
- Eteratomia sacrococcigeo,
- Megauretere:
  - resezione con rimpianto,
  - resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Megacolon - operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.

### **Ortopedia e traumatologia**

- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomy.
- Artroprotesi di anca.
- Endoprotesi di femore.
- Artroprotesi di ginocchio.
- Artroprotesi di gomito.
- Protesi di Thompson.
- Per artrodesi vertebrali anteriori e/o posteriori.
- Per stenosi del canale midollare.

### **Urologia**

- Intervento per fistola vescico rettale.
- Cistectomia totale con ureterosigmoidostomia.
- Ileocisto plastica - colcisto plastica.
- Cistectomia totale.
- Intervento per fistola vescico-intestinale.
- Intervento per estrofia della vescica.
- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefroureterectomia totale.

### **Apparato genitale**

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia.
- Intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria.
- Creazione operatoria di vagina artificiale (da sigma).
- Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi.
- Creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico.
- Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale.
- Cura chirurgica di fistola ureterale.
- Cura chirurgica di fistola retto-vaginale.

- Mestoplastica.
- Pannistectomy radicale per via addominale.
- Pannistectomy radicale per via vaginale.
- Eviscerazione pelvica.
- Vulvectomy totale.

#### **Oculistica**

- Trapianto corneale a tutto spessore.
- Iridociclotomia.
- Trabeculectomia.

#### **Otorinolaringoiatria**

- Chirurgia della sordità otosclerotica.
- Timpanoplastica.
- Chirurgia endoauricolare della vertigine.
- Chirurgia translabyrinthica della vertigine.
- Decompressione del nervo facciale.
- Decompressione del nervo facciale con innesto o rafia.
- Resezione del nervo petroso superficiale.

#### **Laringe**

- Laringectomy orizzontale sopraglottica.
- Laringectomy parziale verticale.
- Laringectomy totale.
- Faringolaringectomy.

Tale elenco deve intendersi integrato dagli interventi per i quali la tariffa minima approvata con D.P.R. 28/12/1965 n. 1763 prevede per il chirurgo operatore un onorario non inferiore a € 41,32.

Sono inoltre comprese fra le prestazioni di cui sopra anche le seguenti, per le quali l'onorario del chirurgo operatore, previsto dalla predetta tariffa minima, è inferiore a € 41,32:

- Cateterismo cardiaco destro e sinistro.
- Aortografia.
- Cardioangiografia.
- Pericardiotomia.
- Tutta la chirurgia per la TBC salvo il pneumotorace, la toracosopia, l'aspirazione ed il drenaggio,
- Toracotomia esplorativa.
- Tumori bronchiali per via endoscopica.
- Tumori maligni della sottomascellare.
- Adenomi della tiroide.
- Faringotomia ed esofagotomia.
- Gastrotomia, gastrostomia, enterotomia.
- Trapanazione cranica con puntura ventricolare.
- Angiografia cerebrale.



- Pneumoencefalografia.
- Colostomia per megacolon.
- Amputazioni gravi segmenti (ortopedia).
- Prelievo per trapianto (ortopedia).
- Osteosintesi grandi segmenti.
- Ricostruzione tetto cotiloideo.

Agli effetti del massimale previsto dal punto 2.40 sono assimilati agli interventi di alta chirurgia gli interventi per espianto o trapianto di organi e l'intervento plurimo (intendendosi per tale un sinistro in cui sono contemporaneamente coinvolti più Assicurati facenti parte dello stesso nucleo familiare quale riportato sul modulo di adesione).

Per interventi non indicati nell'elenco si farà riferimento ai casi analoghi o simili per gravità di intervento.

**PROCEDURA PER L'UTILIZZO DI STRUTTURE CONVENZIONATE CON BLUE ASSISTANCE S.P.A.**

**A – RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, ANCHE IN DAY HOSPITAL – punto 2.20.**

Prima di accedere alla struttura sanitaria l'Assicurato deve sempre telefonare a Blue Assistance S.p.A. ai seguenti numeri telefonici:

- dall'Italia: Numero Verde 800 - 092.092
- dall'estero: Prefisso internazionale +11 - 742.55.55

**Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo, è essenziale - al fine di ottenere la prestazione - che l'Assicurato acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite di Blue Assistance S.p.A., in mancanza del quale il servizio non è operante.**

Blue Assistance S.p.A. è a disposizione degli Assicurati:

- dalle ore 8 alle ore 18 dei giorni feriali e dalle ore 8 alle ore 12 del sabato, per la prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;
- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

Al momento dell'accesso alla struttura sanitaria, l'Assicurato si fa riconoscere e sottoscrive la "Richiesta di prestazione", che costituisce la prima denuncia del sinistro.

Al momento della dimissione l'Assicurato deve sostenere in proprio le eventuali spese di sua competenza (scoperto, franchigia, prestazioni non contemplate dalla garanzia).

Blue Assistance S.p.A. provvede al pagamento delle spese nei termini previsti dalla polizza, disponendo anche la raccolta della relativa documentazione presso la struttura sanitaria; Blue Assistance S.p.A. curerà in seguito la restituzione all'Assicurato della documentazione delle spese con annotazione della avvenuta liquidazione, così come indicato al punto 6.22.4.

Resta inteso che:

- qualora l'Assicurato utilizzi una struttura convenzionata ma scelga una equipe medico chirurgica anestesiologicala non convenzionata, deve provvedere in proprio al pagamento delle spese sostenute per l'equipe medico chirurgica anestesiologicala non convenzionata, che, al ricevimento della relativa documentazione, sono rimborsate da Blue Assistance S.p.A. a termini di polizza.

Invece la componente di spesa relativa alla struttura sanitaria (convenzionata Blue Ass.ce) viene pagata direttamente da Blue Assistance S.p.A. stessa a termini di polizza.

- le spese relative alle prestazioni sanitarie garantite nei giorni precedenti e successivi al ricovero o all'intervento chirurgico previste al punto 2.22, non sono pagate direttamente, ma rimborsate al ricevimento della relativa documentazione di spesa, con indicazione del ricovero o dell'intervento chirurgico cui si riferiscono;
- nel caso in cui Blue Assistance S.p.A. non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'Assicurato deve sostenere in proprio le relative spese;
- l'Assicurato che si avvale delle prestazioni di Blue Assistance S.p.A., delega Reale Mutua a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dal contratto;
- qualora il sinistro risultasse non risarcibile, l'Assicurato si impegna a restituire gli importi eventualmente pagati direttamente per suo conto da Reale Mutua.

Qualora l'Assicurato non utilizzi una struttura convenzionata tramite Blue Assistance S.p.A., le norme per la denuncia e liquidazione dei sinistri sono indicate all' Art. 6.00.

#### **B – PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE - Punti 2.60 e 2.60bis.**

Presso la struttura sanitaria, l'Assicurato deve farsi riconoscere e sostenere in proprio le spese di sua competenza (scoperto, franchigia, prestazioni non contemplate dalla garanzia).

Reale Mutua provvede al pagamento delle altre spese nei termini previsti dalla polizza, disponendo anche la raccolta della relativa documentazione presso la struttura sanitaria; Blue Assistance S.p.A. curerà in seguito la restituzione all'Assicurato della documentazione delle spese con annotazione della avvenuta liquidazione, così come indicato al punto 6.22.4.

Qualora l'Assicurato non utilizzi una struttura convenzionata tramite Blue Assistance S.p.A., le norme per la denuncia e liquidazione dei sinistri sono indicate all'Art. 6.00.

**POLIZZA MALATTIE PERSONALE INQUADRATO NELL'AREA  
PROFESSIONALE A-SEZ. A) – FUNZIONARI DI CUI ALLA PARTE  
SECONDA DEL C.C.N.L. 17/9/2007**

(in applicazione dell'art. 15 lett. B) del C.I.A. 2009)

Polizza	<b>N. 10518</b>
Agenzia	<b>259</b>
Contraente	<b>CASSA DI ASSISTENZA DEI DIPENDENTI DEL GRUPPO REALE MUTUA</b>

Assicurazione integrativa delle prestazioni contenute nell'Accordo per l'assistenza sanitaria dei Funzionari delle Imprese Assicuratrici, comprensiva delle prestazioni previste dal predetto Accordo (allegato 5 al C.C.N.L. 17/9/2007).

**DEFINIZIONI E PRECISAZIONI**

<b>Infortunio</b>	evento dovuto a causa fortuita ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
<b>Malattia</b>	alterazione dello stato di salute non Dipendente da infortunio.
<b>Istituti di cura</b>	ospedali, cliniche, case di cura (pubblici o privati) regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera (non sono comunque considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno).
<b>Ricovero</b>	Permanenza in istituto di cura con pernottamento o in day hospital.
<b>Centro specializzato</b>	istituto (esclusi comunque i centri sportivi ed estetici) non adibito al ricovero dei malati, ma regolarmente autorizzato per l'erogazione di cure mediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi (comprese le cure termali) e/o ad effettuare analisi ed esami di laboratorio ed accertamenti diagnostici.
<b>Intervento chirurgico ambulatoriale</b>	provvedimento terapeutico attuato con manovre manuali o strumentali, cruento, eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico curante; sono considerati alla stregua di interventi chirurgici: diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, endoscopia senza biopsia, gessature, suture.
<b>Visita specialistica</b>	visita effettuata da medico chirurgo fornito di

	specializzazione, per diagnosi e terapie cui tale specializzazione è destinata.
<b>Trattamenti specialistici</b>	terapie specifiche normalmente effettuate in centri specializzati od in ambulatori di istituti di cura, ma anche al domicilio del paziente (sono compresi - a titolo esemplificativo - i trattamenti fisioterapici e riabilitativi e le cure termali, con esclusione per queste ultime delle spese di natura alberghiera).
<b>Day Hospital</b>	Struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche o interventi chirurgici eseguite da medici chirurghi specialisti con redazione di cartella clinica.
<b>Assistenza infermieristica</b>	assistenza prestata di personale in possesso di specifico diploma.
<b>Grandi interventi</b>	interventi chirurgici resi necessari da malattia od infortunio, descritti nell'allegato elenco.
<b>Nucleo familiare</b>	il coniuge (ovvero il convivente more uxorio) ed i figli, conviventi con il Dipendente purché risultanti nel certificato anagrafico di "stato di famiglia" di quest'ultimo. L'estensione ai familiari di cui sopra deve valere per tutti i componenti risultanti dallo stato di famiglia del Dipendente. E' possibile assicurare anche i figli non conviventi per i quali sia a carico del Dipendente (in situazione di separazione legale o divorzio) l'assegno di mantenimento.
<b>Massimale</b>	la somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta la garanzia.
<b>Franchigia</b>	parte del danno indennizzabile - espressa in importo determinato - che rimane a carico dell'Assicurato.
<b>Scoperto</b>	parte del danno indennizzabile - espressa in percentuale - che rimane a carico dell'Assicurato.

Inoltre, nel testo che segue si intendono:

- per **Assicurazione** il contratto di assicurazione.
- per **Polizza** il documento che prova l'assicurazione.
- per **Contraente** il soggetto che stipula l'assicurazione.
- per **Assicurato** la persona fisica per la quale è prestata l'assicurazione.
- per **Società** la Società Reale Mutua di Assicurazioni.
- per **Contributo** la somma dovuta dal Dipendente.
- per **Sinistro** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
- per **Indennizzo/ Indennità** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

## **A) PERSONE ASSICURANDE E ASSICURABILI**

1. Con la presente polizza la Società assicura il rimborso delle spese sostenute dai Funzionari di Reale Immobili S.p.A., che hanno aderito alla polizza, per le prestazioni sanitarie in seguito descritte, erogate al Funzionario stesso e/o ai Suoi Familiari "a carico" (intendendosi per tali quelli per i quali il Funzionario ha diritto alle detrazioni per carichi di famiglia ai sensi dell' art. 12 del T.U., delle Imposte sui redditi, approvato con D.P.R. 22/12/1986 N. 917), nonché al coniuge (ovvero al convivente more uxorio) anche se non a carico purché lo stesso sia convivente e non goda di un reddito annuo lordo superiore a € 33.520,25 (da aggiornare con ISTAT). All' 1/1/2010 detto importo verrà automaticamente adeguato sulla base della variazione dell'indice ISTAT, già definito "costo della vita", verificatasi nel dicembre 2009 rispetto al dicembre 2008. Con il medesimo criterio detto importo verrà rivalutato negli anni successivi.

Agli effetti dell'applicazione del precedente comma si ha riguardo all'entità del reddito percepito dal coniuge alla data dell'1/1 dell'anno in cui vengono effettuati i rimborsi.

La mancata elencazione nel modulo di adesione di persone di cui al presente punto 1. non comporta decadenza delle prestazioni assicurative, ma la Società ha diritto a tutti i premi (da trattenere in unica soluzione) a far tempo dalla data di adesione.

2. E' in facoltà del Funzionario assicurare anche i figli "non a carico" ed il coniuge "non a carico" che si trovi in situazione diversa da quella sopra descritta purché tutti conviventi con il Funzionario stesso.  
Quando il Funzionario assicura il coniuge "non a carico" od i figli "non a carico" si obbliga ad includere nell'assicurazione tutte le persone assicurabili (figli e coniuge) con lui conviventi, come risultano dal suo stato di famiglia.  
La mancata elencazione in appendice di adesione di persone di cui al presente punto 2. comporta la decadenza delle prestazioni assicurative per tutte le persone assicurate a norma del presente punto 2.  
Il Funzionario può anche assicurare i figli non conviventi per i quali sia a suo carico (in situazione di separazione legale o di divorzio) l'assegno di mantenimento.

## **B) PRESTAZIONI ASSICURATE**

- 1.0 **Prestazioni di medicina o chirurgia ed interventi chirurgici ambulatoriali**
- 1.1 **In caso di ricovero per malattia od infortunio, non comportanti "grandi interventi", ed in caso di interventi chirurgici ambulatoriali,** la Società rimborsa per il coacervo delle persone assicurate e nel limite del massimale annuo di € 250.000,00 per nucleo familiare le spese relative al ricovero e/o all'eventuale intervento chirurgico (rette di degenza, onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista, spesa per camera operatoria, assistenza infermieristica, medicinali, medicazioni, esami, apparecchi terapeutici, endoprotesi, retta dell'accompagnatore, etc.). Sono inoltre comprese le spese per l'acquisto di protesi da applicarsi per necessità medica successivamente all'intervento riparatore.
- 1.2 **In caso di ricoveri per cosiddetti "grandi interventi", come definiti in appendice n. 1,** la Società rimborsa per il coacervo delle persone

assicurate, quanto speso a qualsiasi titolo per il ricovero e l'intervento nel limite del massimale annuo di € 500.000,00 per nucleo familiare.

- 1.3 In entrambi i casi sub 1.1. e 1.2. la Società rimborsa inoltre: le spese per visite specialistiche, cure ed accertamenti diagnostici, compresi gli onorari ai medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero o l'intervento ambulatoriale, nonché le spese sostenute nei 120 giorni successivi al termine del ricovero o all'intervento ambulatoriale per visite specialistiche per cure comunque inerenti il ricovero, per esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, per trattamenti fisioterapici e rieducativi. Le prestazioni sanitarie pre e post ricovero devono essere pertinenti l'infermità che ha reso necessario il ricovero stesso.
- 1.4 In caso di ricovero descritto ai punti 1.1. e 1.2. la Società rimborsa le spese di trasporto con qualsiasi mezzo fino alla concorrenza di € 1.678,48 per ogni ricovero. In caso di emergenza che richieda l'intervento di eliambulanza il massimale è elevato a € 6.197,48. Per l'eventuale rientro dall'estero si rimborsano le spese di trasporto del solo paziente; le spese di trasporto eccedenti la norma, quando il trasporto sia effettuato con mezzi particolarmente attrezzati, sono rimborsate - nei limiti sopra stabiliti - soltanto se vi sia prescrizione medica dettata dalle specifiche condizioni del paziente.
- 1.5 **In caso di malattia oncologica curata anche senza ricovero o senza intervento chirurgico ambulatoriale**, valgono le stesse prestazioni previste ai punti 1.1.- 1.3.- 1.4. Inoltre, relativamente alle spese post-ricovero previste dal punto 1.3. il periodo di 120 giorni viene ampliato fino a 360 giorni successivi alla dimissione. Per malattie oncologiche di cui alla presente estensione di garanzia si intendono:  
- neoplasie maligne a carattere invasivo comprovate da referto istopatologico  
- i tumori dell'encefalo e degli altri organi del sistema nervoso centrale  
- la leucemia, i linfomi, il morbo di Hodgkin.
- 1.6 **Relativamente ai casi di parto non cesareo, aborto diverso da quello spontaneo o post-traumatico**, il rimborso è limitato a € 3.600,00 per ogni evento; l'indennità sostitutiva di cui al punto 1.9. seguente è corrisposta per un massimo di 7 giorni. Il parto cesareo, la gravidanza extrauterina e l'aborto spontaneo o post-traumatico, sono considerati alla stregua dei ricoveri di cui al punto 1.1. In caso di parto domiciliare la Società rimborsa le spese sostenute fino alla concorrenza di € 2.200,00 per evento.
- 1.7 In caso di trapianto di organi:  
- se donatore è l'Assicurato la garanzia opera nei termini previsti dai punti 1.1.- 1.2.- 1.3.- 1.4. con un massimale di € 206.582,76;  
- se l'Assicurato è beneficiario della donazione la garanzia vale, nei termini previsti dagli stessi articoli, anche per le spese sostenute per il ricovero del donatore.
- 1.8 In caso di degenza diurna (day hospital) comprovata da cartella clinica,

la garanzia opera per le sole spese previste dall' art. 1.1. precedente.  
Per la dialisi non è richiesta la presentazione della cartella clinica.

- 1.9 Qualora il ricovero sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) la Società corrisponde - in sostituzione delle prestazioni di cui ai punti 1.1.- 1.2. che precedono - l'importo di € 215,00 per ogni giorno di degenza con pernottamento (€ 110,00 in caso di day hospital) e per un massimo di 100 giorni per anno assicurativo e per persona. Qualora il ricovero sia solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale l'Assicurato può scegliere fra il rimborso dell'eccedenza di spesa rimasta a suo carico e l'indennità sostitutiva di cui sopra. Le spese eventualmente sostenute per le prestazioni di cui al punto 1.3, sono invece rimborsate nei limite del massimale indicato al punto 1.1.
- 1.10 **In caso di decesso dell'Assicurato all'Estero** (fuori dai confini degli Stati: Italia, Vaticano, S. Marino) in conseguenza di evento previsto dal contratto la Società concorre fino a € 6.200,00 alle spese sostenute dagli eredi per il rimpatrio della salma.
- 1.11 La procedura che il Dipendente deve seguire in caso di **utilizzo di una struttura convenzionata con Blue Assistance S.p.A.**, e le relative modalità di indennizzo, sono descritte nell'Appendice n.2.  
L'elenco delle strutture convenzionate con Blue Assistance S.p.A. è consultabile sul sito [www.realemutua.it](http://www.realemutua.it) (alla pagina Servizi per il cliente, Blue Assistance S.p.A.).
- 2.0 **Prestazioni odontoiatriche non rese necessarie da infortunio** (per le quali vale quanto previsto ai punti 1.1.- 1.3.- 1.4.- 1.9).  
Con decorrenza dalla data di firma del presente C.I.A. la Società rimborsa le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche con il limite massimo di:
- a) - € 13.500,00 se è assicurato il solo Funzionario
  - € 15.300,00 se le persone assicurate sono due
  - € 16.800,00 se le persone assicurate sono tre
  - € 18.300,00 se le persone assicurate sono quattro
  - € 18.900,00 se le persone assicurate sono cinque
  - € 19.500,00 se le persone assicurate sono più di cinque
- che costituisce, in deroga alla definizione di "massimale", il massimo esborso per nucleo familiare per le cure odontoiatriche erogate nel periodo intercorrente tra la data di firma del presente C.I.A. e il 31/12/2011.
- b) le cifre suddette si riducono a 2/3 nel caso di adesione nel corso del 2010 e a 1/3 nel caso di adesione nel corso del 2011;
  - c) in caso di proroga della presente polizza oltre il 31/12/2011 valgono i massimali per il triennio elencati al punto a).
- 2.1 Qualora il Funzionario e/o i suoi familiari, per le prestazioni di cui al punto 2.0, si avvalgano di una struttura convenzionata tramite Blue Assistance S.p.A.:
- il massimale triennale per il nucleo familiare, previsto al precedente punto 2.0, è aumentato del 10%.
  - la copertura per le sole spese relative alle prestazioni delle strutture convenzionate è realizzata con pagamento diretto alla struttura convenzionata (anziché con rimborso al Dipendente).



La procedura che l'Assicurato deve seguire in caso di utilizzo di una struttura convenzionata tramite Blue Assistance S.p.A. è descritta nell'Appendice n.2.

- 3.0 **Prestazioni domiciliari e/o ambulatoriali specialistiche** (diverse dall'intervento chirurgico ambulatoriale ed effettuate senza ricovero o non in regime di day hospital). La Società rimborsa, fino alla concorrenza di € 5.600 per anno assicurativo e per nucleo familiare, le spese sostenute per:
- a) visite specialistiche (escluse le odontoiatriche ed ortodontiche) e consulti; le visite pediatriche sono incluse per i figli fino all'età di 10 anni;
  - b) accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, anche per l'accertamento di una sospetta patologia purché prescritti dal medico curante con accenno alla malattia da accertare;
  - c) trattamenti specialistici (marconiterapia, ultrasuoni, radar-terapia, fisiochinesi-terapia e simili). Si considerano alla stregua dei trattamenti specialistici i farmaci prescritti dal medico curante per contrastare patologie (documentate) di natura tale che possano comportare pericolo per la vita del paziente (quali, ad esempio, particolari forme di allergia);
  - d) per il solo Funzionario:
    - 1) occhiali terapeutici o per la correzione della vista a seguito di documentata modificazione del visus, anche da parte di un optometrista, comprese lenti a contatto (con il limite per quelle "usa e getta" di € 110,00 per anno assicurativo) e montature (queste ultime entro il limite di € 275,00 per anno assicurativo);
    - 2) esami di controllo dello stato di salute fino alla concorrenza di € 516,46 per anno assicurativo. Il rimborso viene effettuato nella misura dell'80% della spesa sostenuta.
    - 3) check-up che comprende i seguenti accertamenti diagnostici:
      - analisi cliniche: colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, glicemia, uricemia, creatinemia, GOT/GPT, HbsAg, Pap test, PSA, ricerca sangue occulto nelle feci, emocromo completo, esame urine completo;
      - diagnostica per immagini: Rx torace in due proiezioni, mammografia, ecografia prostatica, esame ecografico addome superiore e inferiore, esame ecodoppler cardiaco;
      - esami strumentali: pressione arteriosa in posizione ortostatica e clinostatica, elettrocardiogramma;
      - visita endocrinologica
      - visita medica conclusiva da parte del medico coordinatore del check-up con lettura dei referti e consigli medici.Il check up previsto dal presente punto può essere effettuato - una volta ogni due anni ed in alternativa alla prestazione prevista dal precedente punto 2) - esclusivamente presso una struttura sanitaria convenzionata con Blue Assistance e previo accordo con Blue Assistance stessa.

Per ogni visita specialistica e per ogni serie di accertamenti e per ogni ciclo di trattamenti specialistici l'Assicurato tiene a proprio carico il 5%

della spesa con il minimo di € 10,33 per ciascuna delle prestazioni di cui ai punti a), b) e c). Per ogni fornitura di occhiali o lenti l'Assicurato tiene a proprio carico il 10% della spesa con il minimo di € 10,33 per ciascuna delle prestazioni di cui al punto d1). Si considerano rimborsabili i ticket a carico dell'Assicurato per le prestazioni di cui ai punti a), b), c) e d) senza applicazione di franchigia e di scoperto purché gli stessi siano di importo, anche cumulativo, uguale o superiore a € 25,82. I ticket di importo inferiore saranno rimborsati nel mese di dicembre dell'anno di riferimento.

Non è prevista applicazione di scoperto a carico dell'Assicurato per la prestazione del punto d3) che precede (check-up).

e) La Società inoltre rimborsa il 100% della spesa sostenuta per l'acquisto o il noleggio di apparecchi protesici e terapeutici, a patto che l'importo rimborsabile non sia inferiore a € 25,82, su prescrizione del medico specialista; se si tratta di alterazione organica permanente è sufficiente una sola prescrizione. La garanzia vale per gli apparecchi che non siano già compresi in altri punti della presente polizza; essa non vale comunque per: plantari, rialzi, calzature ortopediche di serie.

f) La Società assicura, inoltre, entro il limite del massimale assicurato con il presente articolo, con applicazione di uno scoperto del 10% a carico dell'Assicurato per ciascun caso di infermità, le spese sostenute per:

- assistenza infermieristica domiciliare entro il limite giornaliero di € 93,00 per un periodo massimo di 30 giorni per ogni evento;
- noleggio di apparecchiatura per trattamenti terapeutici domiciliari;
- agopuntura prescritta e praticata da medico chirurgo (si precisa che l'agopuntura non è considerata "intervento chirurgico").

### 3.1 **Precisazioni al punto 3.0:**

- qualora nel corso di una visita medica specialistica si renda contestualmente necessario un esame diagnostico, il minimo di scoperto di € 10,33 si applica una sola volta considerandosi unica prestazione sanitaria la visita specialistica e l'accertamento diagnostico;
- la visita effettuata da un medico omeopatico si considera rimborsabile alla stregua di una visita specialistica di cui segue gli scoperti.

### 3.2 **Prevenzione**

Allo scopo di favorire la "diagnosi precoce" e la prevenzione in genere, la Società rimborsa, nell'ambito del massimale previsto dal punto 3.0. anche il 95% - il rimanente 5% con il minimo di € 10,33 resta a carico dell'Assicurato - della spesa per le seguenti prestazioni:

- visite oculistiche;
- visite ginecologiche anche con esame mammografico ed ecografico, pap-test, colposcopia, amniocentesi, prelievo dei villi coriali;
- visita cardiologica;
- visita andrologica;
- esame elettrocardiografico;
- visita endocrinologica;
- visita per la diagnosi precoce del tumore della pelle.

4.0 **Familiari non a carico di cui al punto A.2**

4.1 L'assicurazione, relativamente alle prestazioni connesse ai ricoveri e agli interventi chirurgici ambulatoriali (punto 1 della lett. B – Prestazioni Assicurate), opera alle seguenti condizioni e nei limiti dei massimali (e di eventuali sotto-limiti) previsti dalla polizza:

<p><b>NETWORK BLUE ASSISTANCE</b> (struttura sanitaria ed intera equipe medico chirurgica anestesiologicala convenzionate)</p>	<p>Pagamento diretto da parte di Blue Assistance senza applicazione di scoperto/franchigia a carico dell'Assicurato</p>
<p><b>EXTRA NETWORK BLUE ASSISTANCE</b> (struttura sanitaria ed equipe medico chirurgica anestesiologicala entrambe non convenzionate)</p>	<p>Rimborso con applicazione dei seguenti scoperti (sull'intera spesa sostenuta) a carico dell'Assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10% per i ricoveri avvenuti nel Centro Sud Italia, isole comprese (fanno parte del Centro Sud anche Toscana, Umbria, Marche)</li> <li>- 15% per i ricoveri avvenuti nel Nord Italia o all'estero.</li> </ul>
<p><b>MISTA</b> (struttura sanitaria convenzionata ed equipe medico chirurgica anestesiologicala non convenzionata)</p>	<p>La componente di spesa relativa alla struttura (convenzionata Blue Ass.ce) viene pagata direttamente da Blue Assistance senza applicazione di scoperto/franchigia a carico dell'Assicurato.</p> <p>La componente di spesa relativa all'equipe medico chirurgica anestesiologicala (non convenzionata Blue Ass.ce) viene rimborsata con applicazione dei seguenti scoperti a carico dell'Assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5% per i ricoveri avvenuti nel Centro Sud Italia, isole comprese (fanno parte del Centro Sud: Toscana, Umbria, Marche)</li> <li>- 8% per i ricoveri avvenuti nel Nord Italia o all'estero.</li> </ul>
<p><b>STRUTTURE ACCREDITATE S.S.N.</b></p>	<p>Rimborso senza applicazione di scoperto/franchigia a carico dell'Assicurato .</p>
<p><b>INTRAMOENIA CONVENZIONATO BLUE ASSISTANCE</b></p>	<p>Pagamento diretto da parte di Blue Assistance senza applicazione di scoperto/franchigia a carico dell'Assicurato.</p>
<p><b>INTRAMOENIA NON CONVENZIONATO BLUE</b></p>	<p>Rimborso con applicazione dei seguenti scoperti (sull'intera spesa sostenuta) a</p>

<b>ASSISTANCE</b>	carico dell'Assicurato: - 10% per i ricoveri avvenuti nel Centro Sud Italia, isole comprese (fanno parte del Centro Sud anche Toscana, Umbria, Marche) - 15% per i ricoveri avvenuti nel Nord Italia o all'estero.
-------------------	--

L'elenco delle strutture convenzionate con Blue Assistance S.p.A. è consultabile sul sito [www.realemutua.it](http://www.realemutua.it) (alla pagina Servizi per il cliente, Blue Assistance S.p.A.).

Le procedure che l'Assicurato deve seguire in caso di utilizzo di una struttura convenzionata con Blue Assistance S.p.A., e le relative modalità di indennizzo sono descritte nell'Appendice n. 2.

- 4.2 Limitatamente alle conseguenze dirette di malattie già manifestatesi o sintomatologicamente diagnosticabili prima dell'ingresso in assicurazione come pure alle conseguenze di infortuni verificatisi prima dell'inserimento in polizza purché non escluse a termini del successivo punto 5.1. - la garanzia decorre dalle ore 24 del 90° giorno successivo all'effetto dell'assicurazione. I massimali ed i limiti interni delle singole prestazioni di polizza verranno ridotti alla metà e le spese sostenute verranno rimborsate con uno scoperto del 50% a carico dell'Assicurato. Qualora il contratto sostituisca una precedente polizza con identiche garanzie il termine di aspettativa di cui sopra opera:
- dal giorno in cui ha avuto effetto la polizza sostituita per prestazioni e massimali da quest'ultima previsti;
  - dal giorno in cui ha effetto il presente contratto limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da esso prevista.
- La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, con riguardo alla data di variazione anziché a quella di stipulazione del contratto.

### **C) CONTRIBUTO**

... omissis ...

### **D) DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE**

#### **5.0 Esclusioni**

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

- a) malattie mentali in tutti i casi in cui esse diano luogo a trattamento sanitario obbligatorio ai sensi degli artt. 34 e 35 della legge 23/12/1978, n. 833;
- b) malattie tubercolari in fase attiva assistibili dall' I.N.P.S.;
- c) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti. Sono comunque rimborsabili le spese per cure di disintossicazione e relativi ricoveri nei limiti previsti dal punto B)

**PRESTAZIONI ASSICURATE;**

- d) psicoterapia non curata da medico specialista e psicoanalisi;
- e) chirurgia plastica a scopo estetico (salvo quella a scopo ricostruttivo);
- f) infortuni conseguenti ad abuso di alcoolici o psicofarmaci, ovvero ad uso allucinogeni o stupefacenti;
- g) in caso di ricovero, le spese sostenute per l'uso del telefono, della radio e della televisione;
- h) in caso di prestazioni effettuate all'estero, le spese sostenute dall'eventuale accompagnatore, salvo quanto previsto ai punti B - 1.2 e 1.7. e salvo il caso di infortunio che comporti un ricovero superiore a 15 giorni.

**5.1 Inoltre - esclusivamente nei confronti dei familiari "non a carico" (art. 4.0.) - l'assicurazione non è operante per:**

- a) le cure e gli interventi resi necessari da malformazioni congenite o da difetti fisici preesistenti all'ingresso in assicurazione (per malformazione o difetto fisico si intende la "alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico", che sia evidente o che sia clinicamente diagnosticabile prima della stipulazione). Si fa eccezione per i bambini nati in corso di contratto: per essi non vale l'esclusione di cui al presente punto;
- b) le psicosi in genere e le sindromi nevrotiche e caratteriali (salvo quanto previsto dal punto 5.3.2.).

**5.2 L'assicurazione infine non vale per:**

- gli infortuni derivanti dalla pratica di sports aerei in genere o infortuni di volo occorsi a professionisti del volo (piloti, stewards, hostess ecc.) o dalla partecipazione a gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo si tratti di gare di regolarità pura);
- l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo che per le protesi applicate durante e/o in conseguenza dell'intervento chirurgico e salvo quanto previsto dai punti 2.0. e 3.0.e);
- le conseguenze:
  - a) di reati dolosi commessi o anche solo tentati dall'Assicurato (sono invece comprese le conseguenze di imprudenze o negligenze, anche gravi, dell'Assicurato stesso);
  - b) di guerre ed insurrezioni;
  - c) di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi nella provincia di residenza o domicilio;
  - d) dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

**5.3 In deroga ai punti 5.0 punto c) e 5.1 punti a) e b), si conviene che:**

- 1) la Società concorre fino a € 4.000,00 per anno e per nucleo familiare al rimborso delle "spese straordinarie" sostenute per trattamenti mirati alla disassuefazione dall'alcool o dalla tossicodipendenza, praticati durante ricovero o cura ambulatoriale, nonché per trattamenti socio-psicologici tendenti al recupero dell'alcoolista o del tossicoDipendente prescritti o effettuati presso centri, comunità, istituti all'uopo abilitati e/o riconosciuti;
- 2a) la Società concorre fino a € 4.000,00 per anno assicurativo e per

- nucleo familiare al rimborso delle spese sostenute per la cura di psicosi in genere e sindromi nevrotiche e caratteriali;
- 2b) qualora il trattamento della patologia renda necessario il ricovero, anche le spese relative sono rimborsabili fino a € 4.000,00, in aumento al massimale previsto dal precedente comma 2a). Entrambe le prestazioni sono erogabili soltanto se prescritte dal medico curante.
- 3) la Società rimborsa fino alla concorrenza di € 4.000,00 per anno e per nucleo familiare le spese per trattamenti riabilitativi o di mantenimento prescritti dal medico curante a soggetti portatori di handicap;
- 4) in caso di intervento per la correzione della miopia (cheratotomia/laser ad eccimeri), per la correzione dell'ipermetropia e per la correzione dell'astigmatismo, la Società rimborsa il 75% della spesa sostenuta, ma con il limite di € 2.000,00 per ciascun occhio.

#### **E) ANTICIPAZIONE DEL RIMBORSO DELLE SPESE**

In caso di ricovero in istituto di cura l'Assicurato può richiedere "l'anticipazione del rimborso" quando:

- le spese siano, in base al preventivo ed all'attestazione dell'istituto di cura, non inferiori a € 1.032,91;
- l'Assicurato stesso fornisca la documentazione medica sufficiente alla Società per valutare che il sinistro rientri nella garanzia prestata.

In tal caso la Società, esaminata la documentazione e riscontrata l'idoneità, corrisponde il 95% delle spese indennizzabili al netto dell'eventuale franchigia o scoperto.

Qualora a guarigione clinica avvenuta dovesse risultare che nessun indennizzo spetterebbe, la Società ha diritto alla restituzione - entro 30 giorni dalla richiesta formale - degli importi anticipati.

L'anticipazione del rimborso può essere realizzata anche per le spese dentarie, in base a fatturazione parziale delle cure.

#### **F) CONDIZIONI DI ACCESSO ALLA GARANZIA - DOCUMENTAZIONE - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO**

- 6.0 Agli effetti del rimborso di cui alla presente polizza gli esami di laboratorio, le terapie, le prestazioni di riabilitazione nonché i ricoveri od interventi chirurgici ambulatoriali debbono essere prescritti dal medico.
- 6.1 Salvo il caso di utilizzo di strutture convenzionate con Blue Assistance S.p.A. (v. Appendice 2), gli aventi diritto all'assistenza di cui alla presente polizza debbono regolare direttamente le prestazioni sanitarie ad essi rese e debbono, entro 180 giorni da quello di fine malattia, presentare per il rimborso la documentazione giustificativa delle spese sostenute. In caso di decesso del Funzionario la documentazione delle spese per lui sostenute deve essere presentata dagli eredi entro 180 giorni da quello del decesso.
- 6.2 La richiesta di rimborso con relativa documentazione della spesa deve essere presentata dal Funzionario salvo i casi di forza maggiore. La documentazione della spesa deve essere intestata alla persona che ha

usufruito della prestazione o al Funzionario: qualora sia intestata al Funzionario e la prestazione sia relativa a un familiare assicurato, deve essere indicato anche il nome di quest'ultimo.

- 6.3 Il Funzionario è tenuto a chiedere agli organi competenti ed a riversare alla Compagnia assicuratrice qualsiasi rimborso che sia previsto a favore degli Assicurati dalla legislazione nazionale o regionale sul Servizio Sanitario Nazionale.
- 6.4 Ricevuta la documentazione medica e di spesa e compiuti gli accertamenti del caso la Società liquida l'indennizzo ed effettua il pagamento a beneficio del Dipendente.
- 6.5 Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunto dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro USA. Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

**G) DURATA - DISPOSIZIONE TRANSITORIA - CESSAZIONE DELLA GARANZIA**

- 7.0 La presente polizza decorre dalle ore 0 del giorno di firma del presente C.I.A. e scadrà alle ore 24 del 31/12/2011. Essa si intenderà tacitamente rinnovata qualora non venga data disdetta scritta da una delle Parti entro tre mesi dalla scadenza.
- 7.1 La garanzia decorre dalle ore 24 del giorno di adesione (data del timbro postale di spedizione della raccomandata o data del fax o data di ricevimento apposto dall'Ufficio Posta - Sede per le adesioni presentate a mano od inviate con lettera semplice).
- 7.2 L'adesione alla presente polizza impegna il Funzionario fino alla scadenza del 31/12/2011. L'assicurazione cessa con il venire meno del requisito che consente al Funzionario di fruire dell'assicurazione (ved. paragrafo A) e rimangono interamente dovuti: il contributo annuo riferito a tutte le garanzie ad eccezione delle prestazioni odontoiatriche ed il contributo per le prestazioni odontoiatriche sino alla scadenza del 31/12/2011 (ved. art. 15 C.I.A. - tabella premi Funzionari). Qualora la carenza di requisito sia dovuta a morte o a pensionamento del Funzionario prima del 31/12, la garanzia resta valida fino alla conclusione dell'anno solare nel quale si è verificato l'evento considerato; negli altri casi di risoluzione del rapporto di lavoro l'assicurazione cessa con effetto immediato. Parimenti il familiare assicurato che cessa di possedere uno qualunque dei requisiti di assicurabilità perde contemporaneamente il diritto al beneficio dell'assicurazione; in entrambi i casi sono interamente dovuti alla Società il contributo annuo riferito a tutte le garanzie ad eccezione delle prestazioni odontoiatriche ed il contributo per le prestazioni odontoiatriche sino alla scadenza del 31/12/2011 (ved. art. 15 C.I.A. tabella premi Funzionari).

## **H) DISPOSIZIONI GENERALI**

### **8.0 Rinuncia al diritto di rivalsa**

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato, dei suoi aventi diritto o beneficiari al diritto di rivalsa di cui all' art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dei fatti che hanno determinato l'erogazione delle prestazioni previste dalla presente polizza.

### **8.1 Controversie**

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del danno o sulla misura degli indennizzi si procederà, a richiesta di una delle Parti, alla liquidazione del danno stesso mediante arbitrato di un Collegio Medico, i cui due primi componenti saranno designati dalle Parti stesse ed il terzo d'accordo dai primi due componenti o, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici del comune, che sia sede di Istituto Universitario di Medicina Legale e delle Assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Le decisioni saranno prese a maggioranza di voti.

Il Collegio Medico decide inappellabilmente come amichevole compositore - senza alcuna formalità giudiziaria - impegnando le Parti anche se dissenzienti. Ciascuna delle Parti si farà carico dell'onorario del proprio medico, mentre quello del terzo arbitro sarà diviso a metà.

### **8.2 Altre Assicurazioni**

In caso di sinistro, il Contraente deve dare avviso a tutti gli assicuratori dell'esistenza di altre polizze per lo stesso rischio, indicando a ciascuno il nome degli altri, così come previsto dall'art. 1910 C.C. Nel caso in cui l'Assicurato abbia in corso altre polizze, la presente assicurazione opera ad integrazione della garanzia prestata dall'altra Compagnia sia in termini di massimali sia in termini normativi. In sede di denuncia di sinistro l'Assicurato ha l'obbligo di fornire alla Reale Mutua gli estremi (n. Polizza e Compagnia) dell'altro contratto di assicurazione (art. 1910 C.C.) impegnandosi a richiedere le prestazioni assicurative previste dalla presente polizza solo dopo aver chiesto la liquidazione del danno all'Assicuratore privato diretto.

### **8.3 Prova del contratto - Validità delle variazioni**

La polizza e l'appendice 1 - "Grandi Interventi" firmate dalla Società e le "adesioni" (modulo di adesione) firmate dal Contraente e dagli Assicurati sono i soli documenti che costituiscono la prova delle condizioni regolatrici dei rapporti fra le Parti.

Qualora il rinnovo del C.C.N.L. modifichi in tutto o in parte le parametrizzazioni di cui alla tabella "Grandi interventi", varranno la tabella o le singole voci della tabella medesima, se migliorative rispetto a quella allegata al presente C.I.A.

### **8.4 Imposte**

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al contributo, agli accessori, alla polizza ed agli atti da essa Dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

### **8.5 Forma delle comunicazioni del Contraente e dell'Assicurato alla Società**

Tutte le comunicazioni - salvo quelle di "adesione" iniziale previste al punto 7.1. - alle quali il Contraente e l'Assicurato sono tenuti devono essere fatte per iscritto alla Direzione della Società.



8.6 **Foro competente**

Foro competente è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria dove ha sede la Direzione della Società.

**Condizione particolare "Grandi Interventi"**

Per grandi interventi si intendono quelli per i quali la tariffa minima approvata con D.P.R. 28/1 2/1965 n. 1763 prevede per il chirurgo operatore un onorario non inferiore a € 41,32.

Sono inoltre comprese fra le prestazioni di cui sopra anche le seguenti, per le quali l'onorario del chirurgo operatore, previsto dalla predetta tariffa minima, è inferiore a € 41,32:

- cateterismo cardiaco dx. e sx.;
- aortografia;
- cardioangiografia;
- pericardiotomia;
- tutta la chirurgia per la tbc salvo pneumotorace, torascopia, l'aspirazione ed il drenaggio;
- toracotomia esplorativa;
- tumori bronchiali per via endoscopica;
- tumori maligni della sottomascellare;
- adenomi della tiroide;
- faringotomia ed esofagotomia;
- gastrotomia, gastrostomia, enterotomia;
- trapanazione cranica con puntura ventricolare;
- angiografia cerebrale;
- pneumoencefalografia;
- colostomia per megacolon;
- amputazione gravi segmenti (ortopedia);
- prelievo per trapianto (ortopedia);
- osteosintesi grandi segmenti
- ricostruzione tetto cotiloideo.

Per interventi non indicati nella tariffa si farà riferimento ai casi analoghi o simili per gravità di intervento.

Inoltre, agli effetti del massimale di cui al punto 1.2, sono assimilati ai "Grandi Interventi" gli interventi per espianto e trapianto di organi e l'infortunio plurimo (intendendosi per tale un sinistro in cui sono contemporaneamente coinvolti più Assicurati facenti parte dello stesso nucleo familiare quale riportato sul modulo di adesione).

Infine sono considerati "Grandi Interventi" quelli di seguito riportati che eventualmente non rientrassero nelle ipotesi precedenti.

**Cranio e sistema nervoso centrale e periferico**

- Craniotomia per lesioni traumatiche intercerebrali.
- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche.

- Cranioplastiche.
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Interventi per derivazione liquorale diretta o indiretta.
- Operazioni per encefalo meningocele.
- Lobotomia, talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cardotomie, adicotomie e altre affezioni meningomidollari.
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi.
- Interventi sull'ipofisi per via trasfenoidale.
- Emisferectomia.
- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splanchnici.
- Surrenelectomia e altri interventi sulla capsula surrenale.
- Vagotomia per via toracica.

#### **Faccia e bocca**

- Plastica per paralisi del nervo facciale.
- Correzione naso a sella.
- Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi.
- Parotidectomia con conservazione del facciale.
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne.
- Interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento ganglionare contemporaneo.
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare.
- Demolizione dell'osso frontale.
- Resezione del massiccio facciale per neoformazioni maligne.
- Demolizione del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Resezione del mascellare superiore.
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Fratture del condilo e dell'ipofisi coronoide mandibolare. Trattamento chirurgico e ortopedico.
- Fratture dei mascellari superiori. Trattamento chirurgico e ortopedico.

#### **Collo**

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.

#### **Esofago**

- Interventi per diverticolo dell'esofago.
- Resezione dell'esofago cervicale.
- Resezione totale esofagea con esofagoplastica in un tempo,
- Collocazione di protesi endoesofagea per via toraco- laparatomica.
- Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico.
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.

- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne, per tumori, resezioni parziali basi, alte e totali.

### **Torace**

- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interna e del cavo ascellare.
- Intervento sul mediastino per tumori.
- Resezioni segmentarie e lobectomia.
- Pneumectomia.
- Decorticazione polmonare,
- Pleuro pneumectomia.
- Toracotomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Interventi per fistole bronchiali cutanee.
- Asportazione del timo.
- Toracoplastica totale.

### **Chirurgia cardiaca**

- Pericardiectomia.
- Sutura del cuore per ferite.
- Interventi per corpi estranei del cuore.
- Interventi per malformazioni del cuore e dei grossi vasi endotoracici,
- Commissurotomia.
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare.
- Valvuloplastica della mitrale e dell'aorta.
- Sostituzione valvolare con protesi.
- Infartectomia in fase acuta.
- Resezione aneurisma del ventricolo sinistro.
- By-pass aorta-coronarico con vena.
- By-pass aorto-coronarico e resezione aneurisma del ventricolo sinistro.
- Impianto di arteria mammaria secondo Vineberg, singolo o doppio.
- Impianto di pace-maker epicardio per via toracotomica o frenico-pericardica.
- Asportazione dei tumori endocavitari del cuore.

### **Stomaco e duodeno**

- Resezione gastrica.
- Gastrectomia totale.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post- anastomotica.  
Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.
- Cardiomiectomia extramucosa.

### **Peritoneo e intestino**

- Laparatomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesioni di organi interni parenchimali.
- Idem con lesioni dell'intestino - resezione intestinale.
- Occlusione intestinale di varia natura - resezione intestinale.
- Resezione del tenue.

- Resezione ileo-cecale.
- Colectomia segmentaria.
- Colectomia totale.

#### **Retto**

- Amputazione del retto per via sacrale.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale.

#### **Fegato e vie biliari**

- Epatotomia semplice per cisti da echinococco.
- Resezione epatica.
- Epatico e coledoctomia.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari,
- Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecisto gastrotomia, colecisto e enterostomia).

#### **Pancreas e milza**

- Interventi di necrosi acuta del pancreas.
- Interventi per cisti e pseudocisti del pancreas: enucleazione delle cisti, marsupializzazione.
- Interventi per fistole pancreatiche.
- Interventi demolitivi del pancreas:
  - totale o della testa
  - della coda.
- Splenectomia.
- Anastomosi porta-cava e spleno-renale.
- Anastomosi mesenterica-cava.

#### **Vasi**

- Interventi per aneurismi dei segmenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco branchio-cefalico, iliache.
- Interventi per stenosi od ostruzione della carotide extracranica o succlavia o arteria anonima.
- Disostruzione by-pass aorta addominale.
- Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca.
- Resezione arteriosa con plastica vasale.
- Operazione sull'aorta toracica o sull'aorta addominale.

#### **Pediatria**

- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico o policistico (lobectomia, pneumonectomia).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoplastoma).
- Atresia dell'esofago.
- Fistola dell'esofago.
- Atresia dell'ano semplice - abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare.
- Abbassamento addomino perineale.

- Eteratoma sacrococcigeo.
- Magauretere: resezione con reimpianto, resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Nefroctomia per tumore di Wilms.
- Megacolon - operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Fistole e cisti del canale ontalomesenterico con resezione intestinale.

### **Ortopedia e traumatologia**

- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomy.
- Artroprotesi di anca.
- Endoprotesi di femore.
- Artroprotesi di ginocchio.
- Artroprotesi di gomito.
- Protesi di Thompson.
- Per artodesi vertebrali anteriori e/o posteriori.
- Per stenosi del canale midollare.

### **Urologia**

- Intervento per fistola vescico rettale.
- Cistectomia totale con ureterosigmoidostomia.
- Ileocisto plastica - colcisto plastica.
- Cistectomia totale.
- Intervento per fistola vescico-intestinale.
- Intervento per estrofia della vescica.
- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefroureterectomia totale.

### **Apparato genitale**

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia.
- Intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria.
- Creazione operatoria di vagina artificiale (da sigma).
- Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi.
- Creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico.
- Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale.
- Cura chirurgica di fistola ureterale.
- Cura chirurgica di fistola retto-vaginale.
- Mestropiastica.
- Pannisterectomia radicale per via addominale.
- Pannisterectomia radicale per via vaginale.
- Eviscerazione pelvica.
- Vulvectomy totale.

### **Oculistica**

- Trapianto corneale a tutto spessore.
- Iridocicloretrazione.
- Trabeculectomia.

**Otorinolaringoiatria**

- Chirurgia della sordità otosclerotica.
- Timpanoplastica.
- Chirurgia endoauricolare della vertigine.
- Chirurgia translabyrinthica della vertigine.
- Decompressione del nervo facciale.
- Decompressione del nervo facciale con innesto o rafia.
- Resezione del nervo petroso superficiale.

**Laringe**

- Laringectomia orizzontale sopraglottica.
- Laringectomia parziale verticale.
- Laringectomia totale.
- Faringolaringectomia.

**PROCEDURA PER L'UTILIZZO DI STRUTTURE CONVENZIONATE CON BLUE ASSISTANCE S.p.A.**

**A – RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, ANCHE IN DAY HOSPITAL - Punto 1.0 della lettera B.**

Prima di accedere alla struttura sanitaria l'Assicurato deve sempre telefonare a Blue Assistance S.p.A. ai seguenti numeri telefonici:

dall'Italia : Numero Verde 800 - 092.092

dall'estero : Prefisso internazionale +11 - 742.5555

**Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo, è essenziale - al fine di ottenere la prestazione - che l'Assicurato acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite di Blue Assistance S.p.A., in mancanza del quale il servizio non è operante.**

Blue Assistance S.p.A. é a disposizione degli Assicurati:

- dalle ore 8 alle ore 18 dei giorni feriali e dalle ore 8 alle ore 12 del sabato, per la prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;
- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

Al momento dell'accesso alla struttura sanitaria, l'Assicurato si fa riconoscere e sottoscrive la "Richiesta di prestazione", che costituisce la prima denuncia del sinistro.

Al momento della dimissione l'Assicurato deve sostenere in proprio le eventuali spese di sua competenza (scoperto, franchigia, prestazioni non contemplate dalla garanzia).

Blue Assistance S.p.A. provvede al pagamento delle spese nei termini previsti dalla polizza, disponendo anche la raccolta della relativa documentazione presso la struttura sanitaria; Blue Assistance S.p.A. curerà in seguito la restituzione all'Assicurato della documentazione delle spese con annotazione della avvenuta liquidazione.

Resta inteso che:

- qualora l'Assicurato utilizzi una struttura convenzionata ma scelga una equipe medico chirurgica anestesiologicala non convenzionata, deve provvedere in proprio al pagamento delle spese sostenute per l'equipe medico chirurgica anestesiologicala non convenzionata, che, al ricevimento della relativa documentazione, sono rimborsate da Blue Assistance S.p.A. a termini di polizza.

Invece la componente di spesa relativa alla struttura sanitaria (convenzionata Blue Ass.ce) viene pagata direttamente da Blue Assistance S.p.A. stessa a termini di polizza.



- le spese relative alle prestazioni sanitarie garantite nei giorni precedenti e successivi al ricovero o all'intervento chirurgico previste al punto 1.3, non sono pagate direttamente, ma rimborsate al ricevimento della relativa documentazione di spesa, con indicazione del ricovero o dell'intervento chirurgico cui si riferiscono;
- nel caso in cui Blue Assistance S.p.A. non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'Assicurato deve sostenere in proprio le relative spese;
- l'Assicurato che si avvale delle prestazioni di Blue Assistance S.p.A., delega Reale Mutua a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dal contratto;
- qualora il sinistro risultasse non risarcibile, l'Assicurato si impegna a restituire gli importi eventualmente pagati direttamente per suo conto da Reale Mutua.

Qualora l'Assicurato non utilizzi una struttura convenzionata tramite Blue Assistance S.p.A., le norme per la denuncia e liquidazione dei sinistri sono indicate al punto F (Condizioni di accesso alla garanzia – Documentazione – Obblighi dell'Assicurato).

#### **B – PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE - Punti 2.0 e 2.1 della lettera F.**

Presso la struttura sanitaria, l'Assicurato deve farsi riconoscere e sostenere in proprio le spese di sua competenza (scoperto, franchigia, prestazioni non contemplate dalla garanzia).

Reale Mutua provvede al pagamento delle altre spese nei termini previsti dalla polizza, disponendo anche la raccolta della relativa documentazione presso la struttura sanitaria; Blue Assistance S.p.A. curerà in seguito la restituzione all'Assicurato della documentazione delle spese con annotazione della avvenuta liquidazione.

Qualora l'Assicurato non utilizzi una struttura convenzionata tramite Blue Assistance S.p.A., le norme per la denuncia dei sinistri sono indicate al punto F (Condizioni di accesso alla garanzia – Documentazione – Obblighi dell'Assicurato).

**POLIZZA LONG TERM CARE  
(polizza assistenza a lungo termine)**

Le parti si danno atto che attualmente è attivo il Fondo Unico Nazionale per l'assicurazione contro i rischi di non autosufficienza (LTC) dei dipendenti del settore assicurativo, come previsto dall'art. 88 del vigente C.C.N.L.

**DICHIARAZIONE DELLE PARTI IN MERITO  
ALL'ARTICOLO 51 DEL VIGENTE C.C.N.L.**

In relazione alla rilevanza ed alla delicatezza delle problematiche di cui all'articolo 51 del vigente C.C.N.L., le parti firmatarie convengono di porre la massima attenzione alla questione e di monitorare con continuità la situazione nel corso degli incontri periodici.