

CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE DEL GRUPPO ZURICH IN ITALIA

Il giorno 29 luglio 2010

Tra

Il Gruppo Zurich Italia, rappresentato dal dott. Camillo Candia, dal dott. Alessandro Agosti e il dott. Donato Lacerenza

e

le Rappresentanze Sindacali Aziendali della Federazione Italiana Bancari e Assicurativi (FIBA) aderente alla CISL, in persona dei Sigg.: Claudio Zoppetti, Alessandro De Noia, Antonella Nardini, Massimo Ferrari, Loreta Gomiero, Giovanni Villa, Mara Atti;

- le Rappresentanze Sindacali Aziendali della Federazione Italiana Sindacale Lavoratori Assicurazioni Credito (FISAC) aderente alla CGIL, in persona dei Sigg.ri: Mariolina Barracchia, Sebastiano Schifano, Cornelia Scotti, Franco Caselin, Leonardo Paciotti, Franca Soraci, Annarita Zaffarano, Marcella Iorio, Alda Casini, Mauro Ursoleo;

- le Rappresentanze Sindacali Aziendali della UIL Credito e Assicurazioni (UILCA) in persona della sig.ra Floriana Pariboni;

- le Rappresentanze Sindacali Aziendali della Federazione Nazionale Assicuratori (FNA) in persona dei sigg.ri Rita Menesatti, Paola Ciccarelli, Roberto Zani,

- le Rappresentanze Sindacali Aziendali del Sindacato Nazionale Funzionari Imprese Assicurate (SNFIA) in persona della sig.ra Eliana Passoni.

È stato sottoscritto il Contratto Integrativo Aziendale che si applicherà a tutti i dipendenti del Gruppo Zurich in Italia

PREMESSA

Con la sigla del presente Contratto Integrativo Aziendale le Parti, a conclusione di un lungo periodo di lavoro, riconoscono la reciproca volontà che ha portato ad un risultato soddisfacente e ciò in un momento di grande crisi del settore assicurativo.

Ribadiscono che il Gruppo Zurich costituisce in Italia un'unica realtà aziendale strutturata in più imprese tra loro funzionalmente integrate. Riconoscono la piena validità ed operatività degli attuali livelli contrattuali, del CCNL, del CIA, di accordi particolari e di consuetudini consolidate, in una fase di sviluppo e trasformazione del Gruppo stesso ed in una realtà sempre più sovranazionale.

Da queste premesse si riconferma l'esigenza di una regolamentazione univoca degli istituti contrattuali, peraltro già raggiunta nei precedenti accordi, ed in questa logica si riconferma il ruolo delle RSA firmatarie del presente Contratto, convenzionalmente costituite per l'insieme del Personale a cui lo stesso si applica, a prescindere dal marchio di inquadramento dei rappresentanti e dei rappresentati.

Quanto precede vuole favorire le trasformazioni in atto in un contesto sereno ed essere lo strumento idoneo a evitare l'innescarsi di tensioni sociali. Per tale ragione, i rapporti tra le RSA firmatarie e l'Azienda saranno sempre volti alla condivisione delle informazioni ed alla risoluzione dei contrasti.

Art. 1 - SFERA DI APPLICAZIONE

Il presente Contratto Integrativo si applica a tutti i dipendenti, così come individuati dal C.C.N.L. del 2007 che disciplina i rapporti fra le imprese di assicurazione ed il personale amministrativo, di quello addetto alla organizzazione produttiva ed alla produzione, delle seguenti Società:

- Zuritel S.p.A.
- Zurich Investments Life S.p.A.
- Zurich Insurance Public Limited Company
- Zurich Società di Intermediazione Mobiliare S.p.A.
- Zurich Life Insurance S.p.A.
- Zurich Life and Pensions S.p.A.
- Zurich Insurance Company Ltd
- Zurich Life Assurance Public Limited Company
- Zurich Consortium S.c.ar.l.

Note a verbale:

1) In caso di ingresso nel Gruppo Zurich di nuove società assicurative che non avessero un proprio contratto integrativo aziendale, le Parti si incontreranno per verificare l'applicabilità del presente C.I.A..

2) Le Parti si impegnano, nel caso di nuove assunzioni che comportino l'applicazione della Parte Terza del CCNL, ad incontrarsi per definire le modalità di applicazione del presente CIA.

3) Al Personale di seguito specificato non si applicano alcuni istituti disciplinati dal presente Contratto:

- a) al personale in periodo di prova non si applicano gli artt. 9, 19,20,21,23, 24 e 25;
- b) Al personale assunto con contratto di lavoro a tempo determinato per un periodo inferiore ad 1 (un) anno, non si applicheranno gli artt. 9,19,20,21,24,25 e 31 (questo ultimo solo per la parte che riguarda il premio aziendale variabile).
- c) Al personale assunto, con contratto di lavoro a tempo determinato per un periodo uguale o superiore ad 1 (un) anno, non si applicheranno gli artt. 9,19,20,21,25.
- d) al Personale assunto con contratto di lavoro a tempo determinato per un periodo uguale o superiore a 2 (due) anni, non si applicheranno gli artt. 9 (per la sola parte riguardante i giorni di permesso),19,20 e 21.

Art. 2 ETICA SOCIALE

1. Con l'inserimento del presente articolo, il Gruppo intende ribadire l'importanza di continuare il proprio impegno nei confronti dei suoi principali interlocutori per il rispetto reciproco, nonché per la partecipazione responsabile alla tutela dell'ambiente ed alla cura dei rapporti sociali.

In particolare:

- ❖ rispetto dell'ambiente per uno sviluppo sostenibile che garantisca alle future generazioni un adeguato livello di qualità della vita in un contesto ambientale equilibrato. In tal senso Zurich intende proseguire la sua azione, ponendo in essere progetti ed iniziative che valorizzino la cultura della tutela dell'ambiente;
- ❖ riconoscimento della diversità e dell'integrazione sociale e culturale e sostegno di iniziative di solidarietà;
- ❖ affermazione e rispetto dei valori etici fondamentali nelle relazioni interne all'Azienda e nelle relazioni con i clienti.

2. Il Gruppo ribadisce la fondamentale importanza delle risorse umane quale chiave del proprio successo e della propria competitività, grazie alle sempre crescenti competenze, capacità e professionalità delle persone al suo interno, la cui valorizzazione è impegno del Gruppo perseguire.

A tal fine le Parti riconoscono:

- la centralità delle risorse e l'obiettivo della loro valorizzazione quale elemento indispensabile per il miglioramento della qualità dei servizi e dei prodotti offerti e, conseguentemente, per il successo dell'Azienda;
- la necessità di continuare e rafforzare un sistema di sviluppo/crescita professionale, attraverso un trasparente sistema di valutazione professionale ed un costante impegno nella formazione professionale delle proprie risorse;
- l'esigenza di garantire ambienti di lavoro adeguati, a tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori e la corretta gestione del rapporto di lavoro, volta a permettere alla risorsa di conciliare il duplice ruolo di persona e lavoratore;
- il rispetto reciproco delle regole di correttezza e trasparenza nei rapporti gerarchici, onde evitare situazioni ed iniziative contrarie a norme contrattuali e di legge.

3. L'Azienda si impegna a condividere con tutto il management aziendale le azioni volte al perseguimento di tali obiettivi.

Art. 3 - MECCANISMI GENERALI DI REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI INFRAGRUPPO PER IL PERSONALE DIPENDENTE

1. Il "Gruppo Zurich" costituisce un'unica realtà aziendale, ancorché strutturata in un contesto di più "marchi" societari.

2. Tutti gli uffici del Gruppo siti nel medesimo comune vengono considerati un'unica unità produttiva ad ogni effetto. Nell'ambito dell'unica unità produttiva così definita viene riconosciuta agibilità sindacale a tutte le R.S.A. firmatarie del presente Contratto. Restano invariati meccanismi di quantificazione e determinazione delle tutele spettanti ad ogni singola Rappresentanza Sindacale Aziendale.

3. Il passaggio infragruppo di dipendenti da una Società all'altra non costituisce alcuna novazione del rapporto di lavoro, restando immutati tutti gli istituti contrattuali ed i diritti acquisiti. Il T.F.R.

accantonato viene preso in carico dalla Società subentrante nel rapporto di lavoro. Dei passaggi verrà data comunicazione preventiva alle R.S.A..

4. Nel caso di cessione di una delle Società del Gruppo di cui all'art. 1, ai dipendenti che si trovassero nella Società ceduta per effetto di movimentazioni regolate dal presente articolo verrà data facoltà di proseguire il rapporto di lavoro nell'ambito del Gruppo Zurich, alle dipendenze di altra Società esistente su piazza.

5. Il Gruppo Zurich si impegna ad applicare le norme dello Statuto dei lavoratori in tutte le Società che lo compongono, anche se l'organico dovesse risultare inferiore alle 16 (sedici) unità.

Art. 4 - DIRITTO ALL'INFORMAZIONE

1. Le Parti ribadiscono che il diritto all'informazione rappresenta un elemento fondamentale per il corretto svolgimento delle relazioni industriali.

2. Il Gruppo Zurich pertanto rinnova il suo impegno a dare puntuale informazione delle nuove strategie, dei mutamenti delle tecnologie, dei processi riorganizzativi, dei nuovi prodotti, dei livelli occupazionali, degli effetti dell'integrazione sulle mansioni dei lavoratori, dei programmi di formazione mirati al miglioramento della professionalità, attraverso specifici incontri, da svolgersi con cadenza trimestrale.

Inoltre il Gruppo informerà annualmente le R.S.A. sui principi della politica di incentivazione aziendale.

3. Le informazioni di cui al presente articolo potranno essere fornite, su richiesta delle R.S.A., ad una commissione ristretta costituita dalle medesime, al fine di rendere più puntuale ed agevole il flusso delle informazioni stesse.

4. In particolare, nel mese di giugno di ogni anno, il Gruppo indirà un incontro con le RSA, nel corso del quale provvederà a fornire puntualmente le informazioni di cui all'art. 10 del CCNL vigente, che in questa sede si intende integralmente richiamato.

Per quanto attiene i dati di bilancio, ove non siano disponibili nel suddetto mese, le Parti convengono che saranno oggetto di apposito incontro da svolgersi entro la fine del mese di settembre.

5. Le Parti convengono che la distribuzione territoriale delle proprie risorse richiede l'utilizzo di strumenti tecnologici moderni capaci di assicurare una veloce diffusione delle informative sindacali. A tale scopo viene istituita una bacheca elettronica sindacale, le cui modalità di allestimento, gestione e fruizione, sulla intranet aziendale, saranno oggetto di apposito regolamento da definirsi entro 30 giorni dalla firma del presente Contratto.

6. Relativamente alle risorse inserite in Azienda con contratto di somministrazione di lavoro l'impresa indicherà, in aggiunta a quanto previsto dagli inerenti allegati del vigente CCNL, anche il nominativo del lavoratrice/tore.

Art. 5 – FORMAZIONE

1. Il Gruppo Zurich conferma il suo impegno al continuo potenziamento della formazione professionale nei confronti di tutti i dipendenti, sia interni che esterni.

2. Per i neo assunti, in particolar modo per coloro che non provengono dal settore assicurativo, sono previste sessioni di formazione volte all'inserimento ed alla comprensione delle attività di business oltre che della struttura organizzativa.

3. Le iniziative formative saranno mirate, oltre che a fornire le necessarie conoscenze per lo svolgimento delle mansioni cui i dipendenti sono preposti, ad accrescere la comprensione dell'insieme dei processi produttivi anche allo scopo di permettere e promuovere la mobilità professionale. In questa ottica il Gruppo si propone di privilegiare il ricorso a bandi interni a copertura delle posizioni lavorative con mansioni più qualificate, limitando, ove possibile, le assunzioni esterne.

4. Pertanto il Gruppo, tenuto conto delle proprie esigenze e delle attitudini personali dei lavoratori interessati, definirà adeguati programmi formativi per favorire l'arricchimento professionale e l'opportunità di cambiamento e/o miglioramento della mansione in essere, impegnandosi ad erogare almeno tante ore di formazione l'anno quanto quello previste dal CCNL.

5. Le Parti si impegnano a garantire a tutto il Personale dipendente la possibilità di accedere ai corsi di formazione, garantendo una partecipazione paritetica del personale femminile ai corsi, nonché ai dipendenti con orari di lavoro non compatibili con la formazione di aula.

Particolare attenzione sarà dedicata alla riqualificazione professionale del personale che, per effetto di riorganizzazioni e/o ristrutturazioni, muterà la propria mansione.

6. Le Parti confermano l'importanza della Commissione Formazione quale luogo di incontro deputato a condividere le azioni formative con maggiore impatto sulla popolazione aziendale. In particolare la Commissione, composta da 2 membri tra le RSA firmatarie del presente contratto e 2 membri della struttura di Personnel & Education, valuterà i progetti formativi per i quali il Gruppo chiederà i finanziamenti al Fondo Bancario Assicurativo (FBA) ovvero ad altri fondi destinati alla formazione continua, nonché a condividere la programmazione e le modalità di erogazione dei corsi ed i criteri di coinvolgimento delle risorse interessate.

7. Il Gruppo informerà annualmente le RSA circa le modalità e l'esito delle sessioni di valutazione in relazione a quanto previsto dall'art. 68 del CCNL 2007 per il Personale che abbia maturato 15 anni di permanenza nella posizione organizzativa 1 dell'Area Professionale B (4° livello).

A tale proposito, il Gruppo si impegna a incontrare le RSA per concordare i criteri e le modalità di valutazione del Personale coinvolto entro 60 giorni dalla sottoscrizione del presente Contratto.

Art. 6 - AZIONI POSITIVE PER LA REALIZZAZIONE DELLA PARITA' UOMO/DONNA

1. Le Parti, in armonia con le disposizioni di cui al D. Lgs. n. 198 del 2006, così come modificato dal D. Lgs. n. 5 del 2010 - emanato in attuazione della Direttiva Comunitaria 2006/54/CE -, dichiarano piena concordanza sull'importanza di ampliare le tutele volte alla rimozione di ogni forma di discriminazione, garantendo parità di accesso alla formazione, al lavoro ed alle opportunità di carriera ed impegnandosi a garantire anche la parità di trattamento retributivo, con l'eliminazione di differenze e discriminazioni, dirette ed indirette, tra uomini e donne.

2. Secondo quanto stabilito dall'art. 49 del CCNL del 2007, le Parti concordano che, nell'ambito della costituita Commissione Paritetica, prosegua l'esame congiunto della materia attraverso proposte di azioni positive volte alla rimozione di ogni forma di discriminazione.

3. Detta Commissione, composta da 2 rappresentanti dei lavoratori, tra le sigle firmatarie del presente CIA, e 2 rappresentanti di parte aziendale, deve essere considerata il naturale destinatario delle indicazioni provenienti dalla Commissione Paritetica Nazionale istituita presso l'ANIA e perseguirà l'obiettivo di:

- eliminare la disparità di fatto di cui le donne siano oggetto nella progressione di carriera;
- superare condizioni, organizzazione e distribuzione del lavoro che provochino effetti diversi, a seconda del sesso, nei confronti dei dipendenti con pregiudizio nella formazione, nell'avanzamento professionale e di carriera ovvero nel trattamento economico, retributivo e previdenziale;
- promuovere l'inserimento delle donne nelle attività, nei settori professionali e nei livelli nei quali siano attualmente sottorappresentate, in particolare nei settori d'avvenire e nei livelli di responsabilità;
- favorire, anche mediante una diversa organizzazione delle condizioni e dell'orario di lavoro, l'equilibrio tra responsabilità familiari e professionali ed una migliore ripartizione di tali responsabilità tra i due sessi.

4. Struttura e funzioni della Commissione potranno essere modificate per recepire compiutamente le istanze che dovranno pervenire dalla Commissione Nazionale suddetta.

5. La Commissione sottoporrà al Gruppo i programmi relativi alle iniziative che intende realizzare e il Gruppo valuterà conseguentemente l'entità dei finanziamenti da accordare al riguardo e la quantità dei permessi che potranno essere fruiti dai componenti di detta Commissione.

Art. 7 - AUTOMATISMI

Fermo quanto previsto dall'art. 121 del CCNL del 2007, l'automatismo è riconosciuto dopo 15 anni di permanenza del personale interessato nelle Aree Professionali C, D ed E.

Art. 8 - TUTELA DELLA SALUTE

1. Le Parti ribadiscono l'importanza della tutela della salute dei lavoratori e della loro sicurezza sul luogo di lavoro e rinnovano il loro impegno al perseguimento di una cultura aziendale che ponga al centro il pieno rispetto della persona e della sua integrità psico-fisica.
2. L'Azienda, nel dare piena attuazione agli adempimenti previsti dal D.Lgs. 81/08 e successive modificazioni ed integrazioni, in tema di salute e sicurezza dei lavoratori, conferma il proprio impegno al continuo miglioramento delle condizioni ambientali, igieniche e di sicurezza nei luoghi di lavoro, nonché ad una trasparente informazione delle azioni intraprese.
3. In particolare, le Parti ribadiscono che i lavoratori che operano in modo significativo e continuo, ancorché non prevalente, su apparecchiature elettroniche con video siano equiparati, esclusivamente per quanto riguarda la sorveglianza sanitaria prevista dall'art. 54 del D.lgs. 81/08, ai lavoratori così come individuati dal comma c) dell'art. 51 del medesimo D. lgs.. Pertanto le visite mediche previste dall'art. 52 del CCNL verranno sostituite dalla visita effettuata dal medico competente;
4. Le Parti, nel condividere quanto previsto dall'art. 51 del CCNL 2007 ed in considerazione delle evoluzioni legislative e delle figure di recente introduzione nell'ordinamento giuridico italiano, ribadiscono l'importanza dell'Osservatorio Interno sul Mobbing, costituito da rappresentanti della Direzione, delle R.S.A. e dei R.L.S.. A tale gruppo di lavoro, di natura paritetica, è affidato il compito di analizzare dati per una migliore comprensione e prevenzione del fenomeno, allo scopo di monitorare il fenomeno attraverso la raccolta di informazioni, nonché individuare le possibili cause, la diffusione e le caratteristiche di tali fenomeni nei luoghi di lavoro.

Nota a Verbale

Con riferimento al Rappresentante per la Sicurezza dei Lavoratori Le Parti convengono:

- a) il riconoscimento di un monte ore permessi per ciascun rappresentante per la sicurezza dei lavoratori pari a 80 ore annue;
 - b) l'individuazione di un ufficio, presso la sede di Via Benigno Crespi, dotato di arredi e di una postazione informatica;
 - c) il rimborso a piè di lista delle trasferte, secondo quanto previsto dal CIA in vigore per il personale interno in missione temporanea;
 - d) l'abbonamento ad una rivista specializzata, ove richiesto dal Rappresentante;
- Si precisa che le ore impiegate per effettuare riunioni e/o trasferte rientrano nel monte ore annuo;

Le visite presso gli uffici periferici, in seguito a segnalazioni dei dipendenti o per altre necessità devono essere effettuate preferibilmente dal Rappresentante per la Sicurezza avente sede di lavoro più vicina all'ufficio periferico di destinazione, salvo nel caso di impossibilità accertata o di particolari esigenze.

Le visite e le riunioni devono essere pianificate e/o effettuate in accordo con il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione dei rischi professionali.

Art. 9 - LAVORATORI STUDENTI

Ai lavoratori studenti di cui all'art. 10 della Legge 20 Maggio 1970 n. 300, in aggiunta a quanto stabilito dall'articolo stesso, saranno riconosciuti, nell'anno accademico o scolastico, i seguenti permessi e contributi in occasione degli esami o per la preparazione degli stessi:

A) STUDENTI SCUOLE SECONDARIE SUPERIORI:

100 ore lavorative retribuite per ogni anno per i primi 4 anni
120 ore lavorative retribuite per il solo 5° anno.

Sarà riconosciuto un contributo annuo lordo di € 400,00 solo se risulteranno sostenuti e superati gli esami per la promozione alla classe superiore, oltre al riconoscimento delle tasse di iscrizione.

Ai lavoratori studenti iscritti ad una scuola secondaria superiore, su richiesta, potrà inoltre essere concesso un permesso annuale non retribuito di 15 giorni anche non continuativi.

B) STUDENTI UNIVERSITARI e PARAUNIVERSITARI:

Laurea triennale - 120 ore per ogni anno accademico nel caso siano stati ottenuti almeno 30 crediti
Laurea biennale (o specialistica) -120 ore per ogni anno accademico nel caso siano stati ottenuti almeno 30 crediti.

Al termine di ogni anno accademico, gli studenti lavoratori di cui alla lettera B) dovranno presentare la certificazione comprovante la maturazione dei crediti formativi. Qualora da detta certificazione risulti un numero inferiore di crediti rispetto a quanto richiesto dal presente articolo, le ore in eccesso saranno trasformate in giornate di ferie o permessi non retribuiti.

I suddetti permessi per gli studenti universitari spettano per un numero di anni pari alla durata legale del corso di laurea e per un ulteriore periodo pari alla metà della durata legale del corso stesso.

Sarà riconosciuto, per un solo ciclo completo di studi universitari - intendendosi per tale 1 laurea triennale ed 1 laurea specialistica – e per l'intera durata legale del corso di laurea, un contributo annuo lordo di € 900,00, solo se risulteranno superati almeno tre esami per anno accademico. Il contributo verrà erogato al termine di ogni anno accademico, previa presentazione della certificazione comprovante il superamento degli esami necessari.

Tale contributo sarà riconosciuto e diminuito a € 800,00 per un periodo ulteriore pari alla metà della durata legale del corso.

Qualora durante il corso di studi si verificasse una modifica del numero dei crediti previsto dal Piano di Studi tali da non rendere realizzabile il conseguimento dei 30 crediti previsto, il caso sarà valutato in senso più favorevole per il dipendente relativamente ai permessi già accordati o al contributo dell'azienda.

Per la preparazione della tesi di laurea verrà concessa una aspettativa non retribuita fino a 30 giorni anche non continuativi in aggiunta alle 120 ore di permessi retribuiti già previsti, senza pregiudizio del periodo di ferie sia in caso di laurea triennale che di laurea biennale.

C) CORSI POST UNIVERSITARI E/O DI ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO DI UNA PROFESSIONE

Il Gruppo si riserva di valutare, caso per caso, l'eventuale concessione di permessi e/o contributi economici in caso di richiesta di partecipazione a corsi post universitari e/o esami di abilitazione e/o iscrizione agli albi professionali post laurea e comunque coerenti con le specificità del settore .

Modalità d fruizione.

I permessi di cui al presente articolo potranno essere fruiti secondo le seguenti modalità:

a) ad ore, fino ad un massimo di 4;

- b) a giornata intera (pari ad 8 ore ovvero riproporzionati sulla base delle riduzioni dell'orario)
- c) nel caso il dipendente lavoratore fruisca di 4 ore di permesso, potrà richiedere, per la stessa giornata, mezza giornata di ferie.

Art. 10 - TRASFERIMENTI

Si conviene che, il trasferimento dei dipendenti dalle piazze di Milano e Roma, ad eccezione del personale che svolge mansioni esterne, può essere disposto solo con il consenso dell'interessato.

Art. 11 - MISSIONI

1. L'Azienda per comprovate ragioni tecniche, organizzative e produttive può inviare, salvo il consenso dell'interessato, il lavoratore in missione temporanea.
2. Nell'arco dell'anno solare, le missioni non potranno superare, complessivamente, le 28 settimane lavorative.
Ciascuna missione non potrà avere una durata superiore a 12 settimane.
3. Terminata la missione di cui al capoverso precedente, il lavoratore non potrà essere inviato in una nuova missione prima che sia trascorsa almeno 1 settimana.
4. Le missioni di durata superiore a 2 settimane dovranno essere disposte, di norma, con un preavviso non inferiore a 3 giorni lavorativi.
5. Al personale inviato in missione spetta il rimborso delle spese di viaggio per il rientro in famiglia ogni fine settimana.
6. Si conviene che, qualora il lavoratore rifiuti senza giustificato motivo la missione, in violazione dei doveri di cui all'art. 100 del CCNL del 2007, l'Azienda ne darà notizia alle R.S.A. prima di adottare i provvedimenti del caso.

Art. 12 - ORARIO DI LAVORO

Con riferimento agli articoli 101 e seguenti del C.C.N.L. del 2007 si conviene che il personale effettuerà il seguente orario di lavoro per un totale di 37 ore settimanali:

Orario rigido:	Entrata	Intervallo	Uscita
DA LUN. A GIO.	9,00	13,00 – 14,00	18,00
VENERDI'	9,00		14,00

Orario flessibile:	Entrata	Intervallo	Uscita
DA LUN. A GIO.	8,00-9,30	①	16,45-18,15
VENERDI'	8,00-9,30		12,00-14,00

① 60 minuti di pausa con 15 minuti di flessibilità tra 45 e 60.

L'orario di lavoro si applica in base alle norme contenute nell'allegato regolamento (all. 1)

Art. 13 - ORARI PARTICOLARI E TURNI DI LAVORO

Premesso che tutti gli orari di lavoro particolari fanno riferimento all'orario rigido dell'art. 12.

Centralinisti:

Orario A	Entrata	Intervallo	Uscita
DA LUN. A GIO.	8,00-8,30	①	16,45-18,15
VENERDI'	8,00-8,30		12,00-14,00

Orario B	Entrata	Intervallo	Uscita
DA LUN. A GIO.	8,00-9,30	①	16,45-17,15
VENERDI'	8,00-9,30		12,00-14,00

① . 60 minuti di pausa con 15 minuti di flessibilità tra 45 e 60.

Commessi:

Orario	Entrata	Intervallo	Uscita
DA LUN. A GIO.	8,00-8,30	①	16,45-18,15
VENERDI'	8,00-8,30		12,00-14,00

① 60 minuti di pausa con 15 minuti di flessibilità tra 45 e 60.

Nota a Verbale

Con riferimento all'orario dei centralinisti, Le Parti confermano che è il risultato di un Accordo firmato tra Azienda e RSA in data 6 aprile 2010. Tale orario, a carattere sperimentale, potrà essere modificato o superato con apposito accordo.

Qualora dovessero intervenire esigenze di inserimento di figure professionali di portieri e turnisti, le Parti si incontreranno per definire gli orari da adottare.

Art. 14 - LAVORO STRAORDINARIO E BANCA DELLE ORE

1. Fatte salve le norme di legge e del CCNL, è consentita l'effettuazione di lavoro straordinario solo ed unicamente previa autorizzazione scritta del responsabile, tempo per tempo, in presenza di esigenze organizzative straordinarie e picchi di lavoro ed in assenza di debito di flessibilità nella giornata lavorativa.
2. Le Parti convengono di ridurre il limite massimo previsto dall'art. 109 del CCNL del 2007 a n. 80 (ottanta) ore annue.
3. Per il personale in regime di orario flessibile e con un saldo positivo del monte ore a cui venga richiesta la prestazione straordinaria, sarà consentito prestare tale attività anche nella fascia di flessibilità decorsi almeno 30 minuti dall'inizio della fascia stessa.

4. Le prime 50 ore di straordinario confluiranno, in applicazione a quanto previsto dall' art. 115 del CCNL del 2007, nella "banca delle ore" e potranno essere utilizzate per fruire di permessi secondo le seguenti modalità:

- a) durata non inferiore ad 1 (una) ora;
- b) per mezze giornate, esclusivamente dal lunedì al giovedì;
- c) per intere giornate, dal lunedì al giovedì;
- d) 4 (quattro) venerdì nell'arco di 1 (uno) anno solare, conteggiando 5 (cinque) ore; per ogni venerdì eccedente, il permesso comporterà l'utilizzo di 8 ore;

5. L'Azienda si impegna, su richiesta specifica delle RSA e con cadenza non inferiore a 3 mesi, a fornire i nominativi ed il numero delle ore di straordinario maturate.

6. In deroga a quanto previsto al punto 4., su richiesta espressa del dipendente e se lo straordinario è stato preventivamente e regolarmente autorizzato, le prime 50 ore di straordinario saranno retribuite.

Art. 15 - PART-TIME

1. Nel pieno rispetto del D. Lgs. 61/2000 e successive modificazioni, le Parti concordano nel regolare l'istituto del part – time come segue:

- a) il part-time potrà essere richiesto dal dipendente che abbia almeno due anni di anzianità;
- b) la concessione è limitata al personale con mansioni interne fino al 5° livello compreso; fino ad un totale del 10% del personale medesimo;
- c) il Gruppo potrà prendere in considerazione le richieste di part-time da parte di dipendenti inquadrati nel 6° e nel 7° livello;
- d) le domande saranno accolte compatibilmente con le esigenze organizzative dei singoli uffici o servizi;
- e) i richiedenti riceveranno comunque risposta entro un mese dalla domanda;
- f) i dipendenti interessati dovranno richiedere il part-time indicandone espressamente motivi e durata;
- g) la durata massima della richiesta non potrà essere superiore a 3 anni, salvo poi il diritto del lavoratore di chiedere il rinnovo;
- h) la decorrenza del part –time, ove la richiesta venga accolta, coinciderà con il primo giorno del mese, fatti salvi i casi di cui al punto 2);
- i) ove sia organizzativamente possibile, il dipendente che ottenga il part-time, o che rientri a tempo pieno, presterà la sua attività nell'ambito del medesimo ufficio;
- l) nel caso in cui la richiesta di part-time non venga accolta, il dipendente ha facoltà di chiedere un incontro con l'azienda assistito dalla R.S.A. cui conferisce mandato;
- m) la retribuzione e gli istituti contrattuali vengono ridotti nella stessa proporzione dell'orario ad eccezione di quelli per cui esistono specifiche previsioni nel presente C.I.A;
- n) eventuali proroghe del part-time, come pure il rientro anticipato, dovranno essere richieste con un preavviso di almeno due mesi.

2. Il Gruppo, in presenza di particolari situazioni familiari (quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, gravi patologie che determinano la temporanea riduzione di autonomia del coniuge/convivente more uxorio, dei figli o dei genitori), dietro richiesta documentata del lavoratore, potrà concedere un part –time per un periodo massimo di 1 anno. Tale richiesta sarà evasa di massima entro 7 giorni lavorativi dalla richiesta del lavoratore.

3. Il lavoratore di cui al punto 2 potrà richiedere, con un preavviso non inferiore a 15 giorni, di rientrare a tempo pieno anche prima della scadenza prevista.

4. Il part-time verrà concesso in base alle seguenti tipologie di orario:

		Orario rigido		Orario flessibile	
		Entrata	Uscita	Entrata	Uscita
A) 20 ore settimanali mattutine	DA LUN. A VEN.	9,00	13,00	8,00 - 9,30	12,00 - 13,30
B) 20 ore settimanali pomeridiane	DA LUN. A GIO.	13,30	17,30	12,30 - 14,00	16,45-18,15
	VENERDI'	9,00	13,00	8,00-9,30	12,00 - 13,30
C) 25 ore settimanali	DA LUN. A VEN.	9,00	14,00	8,00 - 9,30	13,00 - 14,30

Orario rigido				
28 ore settimanali	Entrata	Uscita	Entrata	Uscita
DA LUN. A GIO.	9,00	13,00	14,00	16,00
VENERDI'	9,00	13,00		

Orario flessibile			
28 ore settimanali	Entrata	Intervallo	Uscita
DA LUN. A GIO.	8,00-9,30	①	15,00 - 16,30
VENERDI'	8,00-9,30		12,00 - 13,30

- **60 minuti di pausa con 15 minuti di flessibilità tra 45 e 60.**

2. PART-TIME VERTICALE

20 h settimanali secondo i seguenti schemi orari:

LUN/MAR 8 ore - MER 4 ore al mattino

MER/GIO 8 ore - VEN 4 ore al mattino

L'orario rigido e l'orario flessibile saranno gli stessi previsti per il normale orario giornaliero.

Nota a Verbale

Casi particolari di part-time da regolare con una diversa distribuzione di orario potranno essere valutati dal Gruppo d'intesa con le RSA.

Art. 16 - VOLONTARIATO

Ai dipendenti che, facendo parte delle organizzazioni previste all'art. 41 CCNL del 2007, svolgano attività di volontariato è riconosciuta la possibilità di estendere la fascia di flessibilità, in entrata o in uscita, fino ad un massimo di 1 ora e con il limite complessivo mensile di 3 ore, dietro presentazione del modello 797.

ART. 17 – PERMESSI

Il Gruppo riconosce ai lavoratori i seguenti permessi retribuiti:

- a) **3 giorni**, da fruire in unica soluzione, per il decesso del genitore, del figlio, del coniuge o del convivente more uxorio, fratello, sorella;
- b) **2 giorni** per la nascita dei figli;
- c) **1 giorno** per il decesso, al di fuori dei casi di cui alla lettera a), di parenti entro il 3° grado e di affini fino al 2° grado;
- d) chiamata in giudizio, con esclusione dell'ipotesi in cui il lavoratore sia attore in giudizio, con presentazione di debita documentazione attestante la presenza in giudizio del lavoratore, nonché 2 ore a copertura del tempo necessario per raggiungere, rispettivamente, il Tribunale e la sede di lavoro.
- e) **n. 3 ore** per ogni visita medica, specialistica, analisi cliniche, cure e terapie dietro presentazione di apposito giustificativo.
Qualora l'assenza superi le 3 ore e non vi sia espressa indicazione della durata oraria sul documento giustificativo, i minuti eccedenti le 3 ore saranno addebitati al monte ore del lavoratore.
Qualora il giustificativo riporti l'effettiva durata oraria della visita, l'Azienda riconoscerà al lavoratore, complessivamente, 2 ore a copertura del tempo necessario al tragitto percorso per raggiungere, rispettivamente, il luogo di cura e la sede di lavoro. I minuti eccedenti tale flessibilità verranno addebitati sul monte ore del dipendente.
- f) a tutti i lavoratori con esclusione dei funzionari, **n. 50 ore** annue di permessi retribuiti (da ridurre in proporzione in caso di orario ridotto ovvero assunzione/cessazione nel corso dell'anno);
- g) per i solo funzionari, **n. 42 ore** annue di permessi retribuiti, fruibili ad ore o a mezze giornate;
- h) **n. 20 ore annue con recupero**. Detti permessi possono essere utilizzati nella misura massima di 30 minuti giornalieri a decorrere dalla fascia di flessibilità in uscita (dal lunedì al giovedì), previa autorizzazione da parte del responsabile. Tale meccanismo non si applica al personale part time
- i) delle ore di permesso retribuito di cui alle lettere f) e g), **n. 12 ore** annue (rapportate al periodo di effettiva presenza), da utilizzarsi preferibilmente in forma collettiva (ponti)
- l) in caso di donazione di midollo osseo ex Legge 52/2001, saranno riconosciuti i permessi:
 - orari per il tempo occorrente agli accertamenti ed ai prelievi preliminari, anche qualora non venga successivamente effettuata la donazione;
 - giornalieri per le giornate di degenza ospedaliera occorrenti al prelievo nonché per le seguenti giornate di convalescenza prescritte dalla struttura sanitaria pubblica presso la quale si è effettuata la donazione.
- m) in caso di donazione di sangue verrà riconosciuto, come previsto dalla normativa vigente, un giorno di permesso retribuito. Qualora non sia possibile effettuare la donazione, al dipendente sarà riconosciuto, dietro presentazione di giustificativo emesso dalla struttura sanitaria pubblica, un

permesso retribuito fino ad un massimo di 2 ore, a copertura del tragitto dalla struttura sanitaria alla sede dell'ufficio.

I permessi di cui alle lettere f) g) e h) potranno essere fruiti come segue:

- ad ore;
- a mezza giornate dal lunedì al giovedì;
- a 5 ore nelle giornate del venerdì, a condizione che siano unite a 4 giorni interi di ferie;

I permessi di cui ai punti a), b) e c) dovranno essere comunicati al verificarsi dell'evento;

I permessi di cui ai punti f), g), h) e i) dovranno essere preventivamente autorizzati dal responsabile;

I permessi di cui ai punti d), e), l) e m) dovranno essere preventivamente comunicati al responsabile.

Il Gruppo dichiara di recepire la raccomandazione dell'ANIA alle Imprese dell'art. 39 del CCNL vigente, estendendo anche alle malattie del bambino sino al compimento del 10° anno di età, quanto previsto dall'art. 47 comma primo del D. Lgs. 26.03.2001, n. 151, nella parte in cui stabilisce che il numero di giorni di assenza consentito al genitore è corrispondente ai giorni di malattia del figlio.

Nota a verbale

In caso di accordo ponti resta inteso che la Direzione valuterà l'opportunità di tenere aperte uffici direzionali e/o sedi periferiche (Centri Liquidazione Danni e Aree Commerciali) dandone preventiva comunicazione alle RSA. In tal caso le parti troveranno soluzioni alternative per i lavoratori interessati.

Art. 18 - ASPETTATIVA

1. L'aspettativa di cui all'art. 37 del C.C.N.L. del 2007 sarà concessa anche ai dipendenti in servizio da almeno due anni.
2. Tale aspettativa potrà essere nuovamente richiesta trascorsi almeno 3 anni dalla precedente.

Art. 19 - MUTUI CASA

1. Il Gruppo mette a disposizione dei dipendenti l'importo di € 1.200.000,00 per anno, finalizzato all'erogazione di prestiti per l'acquisto della "prima casa", secondo le modalità previste dall'allegato regolamento (Allegato n. 2) ed alle seguenti condizioni:

- a) importo massimo concedibile € 120.000,00, con il limite dell'80% del valore dell'unità immobiliare da acquistare;
- b) iscrizione di ipoteca di 1° o 2° grado (l'ipoteca di secondo grado sarà ammessa solo se il valore complessivo delle ipoteche iscritte e da iscrivere non superi il 70% del valore dell'immobile);
- c) il valore dell'ipoteca sarà uguale all'importo del prestito concesso;
- d) restituzione nel termine massimo di 25 anni, con il limite dell'anno di conseguimento dell'età pensionabile da parte del richiedente;
- e) contributo di € 900,00 lorde per le spese di iscrizione di ipoteca;
- f) stipula, da parte del richiedente il mutuo, di una polizza vita puro rischio per un capitale decrescente pari all'importo erogato (*al netto degli interessi*) e di durata uguale al piano di restituzione prescelto, con l'indicazione di Zurich quale unico beneficiario in caso di morte

dell'assicurato. Qualora l'interessato sia già contraente di polizza vita potrà porre vincolo sulla stessa a favore di Zurich per l'importo di mutuo richiesto.

2. Tali condizioni saranno applicate anche per l'acquisto di immobili adibiti a "prima casa" cointestati con il coniuge del dipendente;
3. Viene confermata la modalità di erogazione del mutuo con rata fissa – tasso Variabile/durata variabile. In questo caso la durata del mutuo non potrà superare i 20 anni ferma l'accensione di un'ipoteca per un periodo di tempo pari a 25 anni a prescindere dalla durata prescelta. Detto mutuo potrà quindi avere una durata diversa da quella originaria a seconda degli scostamenti (in più o in meno) del TUR (Tasso Ufficiale di Riferimento).
4. Il saggio di interesse da applicare ai mutui è pari al Tasso Ufficiale di Riferimento in vigore all'atto dell'erogazione. Tale saggio sarà adeguato ogni qualvolta si raggiunga uno scostamento, positivo o negativo, di 0,50 punti rispetto al Tasso Ufficiale di Riferimento, il primo gennaio e/o il primo luglio immediatamente successivo alla variazione.
5. I mutui di cui al punto 1. potranno essere erogati, secondo i termini e le condizioni previste, anche ai fini della c.d. portabilità, purchè l'importo residuo sia superiore a € 30.000,00. Quanto alle modalità ed ai punteggi, si rinvia all'Allegato 2;
6. In caso di cessazione del rapporto di lavoro, il prestito dovrà essere integralmente restituito. Zurich potrà consentire la prosecuzione del mutuo adeguando il saggio di interesse al prime rate.

Nota a verbale

Il presente articolo si applica al personale che alla data di firma del presente contratto integrativo non avesse ancora perfezionato il contratto di mutuo.

Art. 20 - ANTICIPAZIONE TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO e FONDO PENSIONE

Anticipazione T.F.R.

1. Si conferma il limite del 25% dei dipendenti in forza nella Società ammessi al beneficio per anno solare e dell' 80% la percentuale di T.F.R. anticipabile per i casi previsti dalle lettere a) e c) del seguente art. 21.
2. Per il calcolo di tale anticipazione si terrà in considerazione l'importo maturato al 31 dicembre dell'anno precedente la richiesta.
3. Le richieste saranno evase in ordine cronologico di presentazione tenendo conto dei requisiti previsti dalla Legge.

Anticipazione Fondo Pensione

L'anticipazione delle somme destinate al Fondo Pensione avverrà nelle modalità e nei termini previsti dall'art. 10 dello Statuto del Fondo stesso.

Art. 21 – PRESTITI

A)

Il Gruppo si dichiara disponibile a concedere ai dipendenti prestiti fino ad un massimo di € 15.000,00, ad un interesse pari al T.U.R. (Tasso Ufficiale di Riferimento) in vigore all'atto dell'erogazione, restituibili in un periodo massimo di 5 anni (60 rate). Il saggio di interesse sarà

adeguato ogni qualvolta raggiungerà uno scostamento, positivo o negativo, di 0,50 punti rispetto al T.U.R.; il primo gennaio e/o il primo luglio immediatamente successivo alla variazione.

I prestiti potranno essere erogati per i seguenti motivi:

- a) documentati motivi di salute del dipendente o dei familiari conviventi;
- b) matrimonio, separazione legale, divorzio;
- c) acquisto, costruzione o ristrutturazione prima o seconda casa, anche per interventi che comportino l'installazione di impianti per il risparmio energetico;
- d) nascita di figli;
- e) decesso di parenti di 1° grado;
- f) acquisto mobili in caso di matrimonio o di trasloco;
- g) spese per asili nido e scuola materna privata in mancanza di strutture pubbliche disponibili (qualora i figli non abbiano trovato posto nelle strutture pubbliche);

B)

Il Gruppo mette, inoltre, a disposizione un plafond annuo di € 700.000,00 per l'erogazione, ai dipendenti che ne facciano richiesta, di prestiti dell'importo massimo di € 7.000,00 ad un interesse pari al T.U.R. (Tasso Ufficiale di Riferimento) in vigore all'atto dell'erogazione, restituibili in un periodo massimo di tre anni (36 rate). Il saggio di interesse sarà adeguato ogni qualvolta raggiungerà uno scostamento, positivo o negativo, di 0,50 punti rispetto al T.U.R., il primo gennaio e/o il primo luglio immediatamente successivo alla variazione.

Per i prestiti di cui alle lettere A) e B) è richiesta la copertura a garanzia del T.F.R. o della posizione individuale maturata alla data della richiesta presso il Fondo Pensioni Dipendenti Gruppo Zurigo.

Il Gruppo si dichiara, comunque, disponibile a valutare ed accogliere richieste presentate da dipendenti cosiddetti nuovi iscritti al Fondo Pensione, anche se privi di garanzia T.F.R., totale o parziale, anche tramite richiesta di garanzie diverse da quelle sopra indicate.

C)

Il personale con funzioni esterne potrà usufruire di un prestito per l'acquisto dell'autovettura, alle condizioni che seguono:

- importo massimo di € 18.000,00, con il limite del valore commerciale del veicolo riferito alla valutazione massima prevista da EUROTAX;
- interesse annuo pari al T.U.R. (Tasso Ufficiale di Riferimento) in vigore all'atto dell'erogazione. Il saggio di interesse sarà adeguato ogni qualvolta raggiungerà uno scostamento, positivo o negativo, di 0,50 punti rispetto al tasso Ufficiale di Riferimento, il primo gennaio e/o il primo luglio immediatamente successivo alla variazione;
- rimborso: possibilità di optare, all'atto dell'erogazione del prestito, per un piano di restituzione compreso tra 36 e 60 rate con trattenuta sulla retribuzione delle 12 mensilità solari;
- Sarà possibile un prestito successivo (con eventuale riscatto e nuova erogazione) a condizione che siano trascorsi almeno 36 mesi dalla precedente erogazione.

I richiedenti dovranno fornire idonea documentazione comprovante l'acquisto del veicolo e la sua intestazione a nome del dipendente.

Note relative ai prestiti A e B :

I prestiti di cui alla presente nota sono tra loro cumulabili, con il limite massimo di € 15.000,00. Ulteriori prestiti potranno essere concessi alla scadenza del periodo previsto per la restituzione della prima erogazione.

Art. 22- POLIZZE DIPENDENTI

1. Sulle polizze intestate ai dipendenti ed aventi per oggetto assicurato beni (non professionali) di proprietà del dipendente stesso e/o di un familiare convivente, come risultante da stato di famiglia (coniuge, convivente more uxorio, figli non coniugati e genitori) sono applicate le condizioni contenute nell' All. 4 del presente contratto.
2. In caso di lancio di nuovi prodotti, anche in sostituzione di quelli attuali, le Parti si incontreranno, per esaminare eventuali modifiche rispetto a quanto fino ad oggi praticato.
Non è prevista retrocessione di trattamento provvigionale.
3. Si conviene che entro il 30 giugno di ogni anno, le Parti si incontreranno per esaminare gli andamenti tecnici relativi alle polizze intestate ai dipendenti.
4. Per le polizze Vita si applica quanto contenuto nell' Allegato 4 del presente contratto.

Nota valevole per tutte le polizze:

I premi annuali verranno addebitati sullo stipendio dei singoli dipendenti in 12 rate mensili.
Ai dipendenti in quiescenza verranno applicate le condizioni tariffarie previste per i dipendenti in servizio relative alle polizze R.C.A., ARD, ExtraAuto e Vita.
La norma di cui sopra troverà inoltre applicazione nel caso un dipendente sottoscrivesse con l'azienda un accordo volontario per l'incentivazione all'esodo mancando, alla data della cessazione (e a legislazione vigente in tale data), non oltre 18 mesi alla maturazione di un requisito pensionistico.

Art. 23- PREVIDENZA INTEGRATIVA

A) Fondo Pensione dei dipendenti del Gruppo Zurigo

Quanto previsto dai capoversi che seguono si applica ai dipendenti delle Compagnie del Gruppo Zurich che hanno superato il periodo di prova e che risultano attualmente iscritti o che si iscriveranno al Fondo Pensione Dipendenti del Gruppo Zurigo. Ai soci iscritti si applicherà, oltre quanto di seguito elencato, la normativa che disciplina i Fondi Pensione Aziendali.
La retribuzione "imponibile" sulla quale verranno calcolati i contributi "percentuali" è quella prevista dall'attuale CCNL.

Il contributo annuo a carico del datore di lavoro, per i dipendenti non in prova, con contratto di lavoro a tempo indeterminato e con contratto a tempo determinato uguale o superiore ad un anno, viene elevato al:

- **5,10 % per il 2010**
- **5,20 % con effetto dal gennaio 2011**

- a) il contributo minimo annuo a carico del dipendente è dell'1,75%.
- b) il contributo massimo annuo a carico dei dipendenti che gli stessi potranno versare, dal 1° Gennaio 2006, viene elevato al 10% della "retribuzione imponibile";

La Commissione Previdenza Aziendale proporrà le modalità di adesione al Fondo per i lavoratori a tempo determinato con contratto di lavoro inferiore ad un anno, tenuto conto di quanto stabilito e previsto dalle Leggi in materia, dal CCNL e dal presente CIA.

Modalità di versamento

- il versamento al Fondo della quota a carico dipendente, con trattenuta sulla busta paga, potrà essere effettuato adottando le seguenti percentuali:
- 1.75%-2%-4%-6%-8%-10% della “retribuzione imponibile”;
 - il versamento potrà essere effettuato con trattenuta sulle dodici mensilità, o periodo minore per assunzioni o cessazioni in corso d’anno, ovvero in due rate con trattenuta sulla mensilità di marzo e sulla gratifica natalizia;

La quota di TFR destinata al Fondo verrà dal Servizio Personale versata al Fondo medesimo con valuta 29 dicembre di ogni anno e recuperata pro-rata in caso di dimissioni del dipendente.

E' data facoltà al dipendente di utilizzare l'accantonamento del T.F.R., se capiente, per l'intero importo del contributo a suo carico.

Limitatamente alla vigenza del presente contratto, i dipendenti al compimento del 30° anno di servizio potranno versare un ulteriore contributo al Fondo che stipulerà una polizza vita di capitalizzazione il cui premio unico (corrisposto "una tantum") sarà costituito da 2 quote: una a carico del dipendente, l'altra a carico del datore di lavoro, di pari importo, ma con il limite di € 600,00.

Ai dipendenti viene garantita una retrocessione del 98% del rendimento ottenuto dal Fondo.

B) Polizza VITA VIS - Convenzioni 106009/107119

1. Le convenzioni in oggetto sono riservate ai dipendenti e loro familiari (coniuge e/o figli conviventi), che hanno aderito entro il 31.12.2000.
2. Il Gruppo si dichiara disponibile a continuare la gestione della convenzione polizza vita n. 107119 (contraente RSA) alla quale hanno aderito il coniuge e/o i figli conviventi del dipendente
3. Viene garantita ai dipendenti una retrocessione del 97% del rendimento ottenuto dal Fondo Vita VIS.
4. I premi annuali potranno, su richiesta del dipendente, essere addebitati sullo stipendio in 12 rate mensili.

Nota a verbale:

Le Parti si riservano di incontrarsi, anche su invito della Commissione Previdenza Aziendale, per valutare soluzioni atte a garantire a tutti i dipendenti una adeguata e uniforme copertura previdenziale.

Art. 24 - POLIZZA VITA PURO RISCHIO

1. Viene garantita ai dipendenti, una copertura assicurativa nella forma Temporanea Caso Morte, alle seguenti condizioni:

- dipendenti inquadrati sino al 6° livello compreso: un capitale di € 60.000,00
- dipendenti inquadrati nel 7° livello: un capitale di € 70.000,00

2. Il contributo per la copertura assicurativa di cui sopra sarà versato per il 70% dall'azienda e per il 30% dal dipendente.

3. E' data facoltà ai dipendenti fino al 6° livello di incrementare fino a € 220.000,00 l'importo assicurato ed ai dipendenti di 7° livello di incrementare fino a € 250.000,00 l'importo assicurato (le integrazioni di cui sopra dovranno essere effettuate con scaglioni di € 10.000,00).

4. Il contributo da versare relativo al maggior capitale assicurato verrà integralmente versato dal dipendente.

5. La tariffa da applicare sarà quella in vigore al 1° gennaio 2001 n. 550G, con emissione nel mese di marzo, e prevederà la possibilità di un bonus da retrocedere sui premi versati (sia dall'Azienda che dai dipendenti) in caso di andamento tecnico positivo.

Si conviene che l'Azienda si attiverà per contattare i dipendenti (precedentemente assicurati e con polizza in scadenza) assenti al momento della richiesta di rinnovo.

ART. 25 – ASSISTENZA SANITARIA

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

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

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

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Contraente: CASSA DI ASSISTENZA DIPENDENTI DEL GRUPPO ZURICH

Compagnia: l'Impresa Assicuratrice;

Scoperto/

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

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

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

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

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

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

- Ricovero:** la degenza, comprendente pernottamento, in Istituto di Cura autorizzato ad erogare l'assistenza ospedaliera;
- Gravidanza:** una condizione fisiologica e non patologia;
- Rischio:** la probabilità che si verifichi il sinistro;
- Sinistro:** il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

CONDIZIONI GENERALI:

1. La copertura sanitaria base gratuita è garantita a tutti i dipendenti in forza o assunti successivamente al 1° Gennaio 2011 con le esclusioni di cui all'art. 1 del presente CIA;
2. Le prestazioni opzionali a pagamento saranno riconosciute, alle condizioni stabilite, fino al 31.12.2012;
3. Le coperture di cui al presente articolo sono riservate esclusivamente al dipendente, al coniuge, al convivente more uxorio, ai figli (non coniugati) ed ai genitori del contraente purché conviventi come da stato di famiglia, esclusi fratelli e sorelle;
4. All'atto dell'adesione della polizza base il dipendente dovrà indicare quali tra i componenti il nucleo familiare aventi diritto devono intendersi assicurati;
5. I componenti del nucleo familiare dichiarati in polizza base saranno assicurati automaticamente qualora venga sottoscritta da parte del dipendente la polizza opzionale;
6. L'adesione al Piano sanitario dovrà pervenire all'ufficio del personale entro il 15 gennaio di ogni anno;
7. I neo assunti, che abbiano superato il periodo di prova nel corso dell'anno, avranno la facoltà di aderire alla polizza opzionale entro 30 giorni dalla conclusione del periodo di prova versando il premio annuale, ovvero di aderire entro il 1° gennaio dell'anno successivo;
8. Le eventuali variazioni della composizione del nucleo familiare in ingresso dovranno essere comunicate a cura del dipendente entro 30 giorni dal verificarsi delle medesime, con contestuale versamento del premio da gennaio a dicembre, ovvero di aderire entro il 1° gennaio dell'anno successivo;
9. Le eventuali variazioni della composizione del nucleo familiare in uscita dovranno essere comunicate a cura del dipendente all'atto della modifica ed avranno decorrenza dal 1° gennaio dell'anno successivo alla comunicazione;
10. E' altresì consentito mantenere inclusi nella polizza opzionale, fino alla scadenza dell'anno assicurativo, i soggetti che dovessero uscire dalla composizione del nucleo familiare precedentemente comunicato fermo restando la mancata restituzione del premio annuo pagato per l'opzionale;
11. Il dipendente che abbia aderito alla polizza sanitaria opzionale avrà la facoltà di uscire a scadenza CIA nella sola ipotesi si verifichi una modifica delle tariffe superiore al 20% del contributo;
12. I familiari dei dipendenti inseriti nella polizza sanitaria potranno, invece, uscire solo a scadenza del CIA e non potranno essere reinseriti in futuro, salvo il caso in cui siano fiscalmente a carico e o in mobilità;
13. I nuovi massimali di spesa sia odontoiatrici che extraospedaliere ed i nuovi contributi a carico dei dipendenti, previsti dal presente contratto integrativo, verranno applicati dal 1° gennaio 2011;
14. Il pagamento del contributo annuo dovuto avverrà con trattenuta mensile sul cedolino paga del dipendente relativamente all'intera annualità, anche in caso di ingresso in corso d'anno;

15. Tutte le prestazioni riportate nei capitoli “*Prestazioni BASE*” e “*Prestazioni OPZIONALI*” devono essere corredate, ad esclusione delle prestazioni emesse dal SSN, da impegnativa o fattura resa dal medico di base o curante e riportare la patologia per la quale è richiesta la prestazione sanitaria.

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

PRESTAZIONI BASE

Premessa

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

Per i soli Funzionari è garantita l'assistenza sanitaria anche ai familiari non a carico purché non godano di un reddito annuo superiore al doppio del limite previsto dall'allegato 5 al CCNL 2007 ed ai successivi adeguamenti ISTAT, salvo il caso dei grandi interventi (vedi All. 1 CCNL 2007).

1 - RICOVERI IN GENERE

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

- Limite per anno, per nucleo e per sinistro € 105.000,00;
- In caso di grandi interventi il massimale si intende raddoppiato;
- Nessun limite per la retta di degenza.

Le preesistenze si intendono ricomprese.

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

1. Il rimborso delle spese sostenute, sino a concorrenza delle somme previste alla voce 1, come segue:

- a) onorari dell'equipe medica partecipante all'intervento e diritti di sala operatoria ;
- b) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante il ricovero o l'intervento chirurgico;
- c) rette di degenza;
- d) vitto e pernottamento dell'eventuale accompagnatore nell'istituto di Cura presso il quale si trova ricoverato l'Assicurato con il massimo di € 1.300,00 per ogni sinistro;
- e) esami, accertamenti diagnostici, onorari medici, effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero o la data dell'intervento chirurgico;
- f) esami, accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e l'acquisto, fino ad un massimo di € 200,00, di piccoli supporti ortopedici o il noleggio di altri supporti o apparecchiature rese necessarie dalla patologia, nonché l'applicazione e la rimozione;
- g) cure termali con indicazione specifica del tipo di cura termale e di acqua da utilizzarsi (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera);

h) tutte le voci di cui sopra dovranno essere indicate nella lettera di dimissioni o nella cartella clinica (da produrre sempre in fotocopia) ovvero prescritte dal medico curante purché riconducibili all'evento indicato nella cartella clinica ed effettuate nei 100 giorni successivi la cessazione del ricovero o la data dell'intervento chirurgico;

i) parto cesareo con il limite massimo di € 7.000,00;

l) parto non cesareo, con il limite massimo di € 3.000,00;

m) Nei massimali per il parto sono da ritenersi incluse le spese sostenute nei 100 giorni pre e post ricovero

Nonché il rimborso delle medesime spese sostenute:

- per il prelievo sul donatore;
- per il prelievo sull'Assicurato in qualità di donatore vivente.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia riconoscerà in caso di ricovero con intervento chirurgico a totale carico del SSN una diaria di € 120,00 giornaliera senza franchigia. Qualora l'intervento subito richieda successivamente cure riabilitative indicate nella lettera di dimissioni (che deve contenere data di ingresso, data di dimissioni e patologia) o in cartella clinica, presso strutture riconosciute dal SSN, verrà liquidata una diaria giornaliera di € 50,00 fino ad un massimo di 30 giorni di degenza.

Si precisa che in caso di ricovero:

- con intervento o cura riabilitativa in struttura privata l'assicurato non avrà diritto ad alcuna diaria.
- senza intervento è prevista l'applicazione di una franchigia fissa di 3 (tre) giorni.
- La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di Cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora di ricovero e della dimissione.

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

1.2 Altre Garanzie (sempre operanti)

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

a) Spese Ambulatoriali

In caso di cure ambulatoriali a seguito di infortunio che non comporti ricovero, la Compagnia rimborsa le spese sostenute, con il massimo di € 2.600,00 annui;

b) Spese di trasporto

Viene riconosciuto il rimborso per il trasporto mediante autoambulanza, elisoccorso o automedica per il raggiungimento dell'istituto di cura per il ricovero e/o per l'accesso al Pronto Soccorso con il limite massimo di € 1.800 per ogni sinistro;

Viene, altresì, riconosciuto per il raggiungimento dell'istituto di cura per il ricovero e/o per l'accesso al Pronto Soccorso il rimborso delle spese di taxi fino ad un massimo di € 50,00 per ogni sinistro.

c) Terremoto all'estero

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

d) Rischio Guerra

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

1.3 Prestazioni Aggiuntive per i dipendenti fino al 6° livello compreso

Il Gruppo Zurich mette a disposizione dei propri dipendenti in servizio, una copertura sanitaria che copra le seguenti prestazioni, rimborsabili, dietro presentazione di richiesta del medico di base o curante

- a) rimborso pari all' 80% delle spese sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie e specialistiche:

agopuntura prestata da medico, angiografia, colposcopia, diagnostica radiologica, dialisi, doppler, ecografia (escluse quelle in stato di gravidanza regolate al punto 3), elettrocardiografia, elettroencefalografia, endoscopia, mammografia, logopedia, mineralogia ossea computerizzata (MOC), pap test, RMN, scintigrafia, TAC, telecuore, tomografia ad emissione di positroni, urografia, laserterapia.

Acquisto apparecchi protesici esclusi occhiali, lenti e protesi dentarie.

Le prestazioni di cui al punto a) e la visita specialistica dovranno essere oggetto della stessa prescrizione del medico di base o curante. L'impegnativa dovrà riportare la patologia che ha dato luogo alla prestazione. In assenza non verrà riconosciuta come unico sinistro in fase di liquidazione.

Il ticket per prestazioni rese dal SSN incluse nella presente copertura verrà rimborsato al 100%.

- b) rimborso integrale delle spese sostenute per le terapie relative a malattie oncologiche (cobaltoterapia, etc.) con il limite massimo per anno assicurativo, per persona e per nucleo familiare, di € 17.500,00

Il limite massimo di rimborso per anno assicurativo, per persona e per nucleo familiare per le garanzie di cui alla lettera a) è di € 3.000;

1.4 Prestazioni odontoiatriche per i soli funzionari

Sono rimborsate le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche con il limite massimo per anno assicurativo per il complesso delle prestazioni riferite al nucleo familiare pari a € 1.750,00 aumentato di € 950,00 per i primi due carichi familiari e di € 400,00 per ciascuno dei carichi successivi.

Il massimale previsto dal CCNL è aumentato di € 520 per sinistro, anno assicurativo e per il complesso delle prestazioni riferite al nucleo familiare.

A titolo esemplificativo i massimali in base alle teste assicurate sono i seguenti:

Nucleo iscritto in polizza	CCNL	CIA	TOTALE
1 = dipendente	€ 1.750	€ 520	€ 2.270
2	€ 2.700	€ 520	€ 3.220
3	€ 3.650	€ 520	€ 4.170
4	€ 4.050	€ 520	€ 4.570
5	€ 4.450	€ 520	€ 4.970
6	€ 4.850	€ 520	€ 5.370
7	€ 5.250	€ 520	€ 5.770

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

Le spese effettivamente sostenute verranno liquidate con una franchigia assoluta del 10% a far data dal 1° gennaio 2011.

Nella fattura dovrà comunque essere indicato in modo analitico il tipo di prestazione.

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

PRESTAZIONI OPZIONALI

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

1. Rimborso delle spese odontoiatriche

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

Sono rimborsate le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e tutti gli accertamenti radiologici inerenti l'arcata dentale, con i massimali sotto indicati in funzione dei componenti il nucleo familiare assicurato:

Nucleo iscritto in polizza	CIA
1=dipendente	€ 1.000
2	€ 1.200
3	€ 1.300
4 e oltre	€ 1.500

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

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

2. Rimborso delle spese specialistiche extraospedaliere

(per i dipendenti sino al 7° livello compreso e relativi nuclei familiari)

2.1 Rimborso delle spese specialistiche extraospedaliere con i massimali sottoindicati:

€ 1.100,00	per 1 testa
€ 1.350,00	per 2 teste
€ 1.600,00	per 3 teste
€ 1.900,00	da 4 teste in poi

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

2.2 La garanzia opera per le seguenti prestazioni sanitarie, rese necessarie da malattia o infortunio, dietro presentazione di richiesta del medico di base o del curante con specifica indicazione riportata anche in fattura della patologia che ha dato luogo alla prestazione:

- a) onorari medici per visite specialistiche (escluse le visite pediatriche, psichiatriche odontoiatriche, ortodontiche, chirurgia estetica e plastica, dietologiche non comprovate da patologia) comprese le prestazioni di agopuntura, chiropratica e osteopatia, se effettuate da personale laureato in medicina e chirurgia con titolo riconosciuto in Italia o Europa ;
- b) prestazioni di fisioterapia prescritte da medico specialista in ortopedia o fisiatria ed eseguite da fisioterapista abilitato all'esercizio della professione, conseguenti ad infortunio o malattia, fino ad un massimale annuo di € 500,00 deducibile dal totale sopra indicato ;
- c) analisi di laboratorio ed esami diagnostici ;

2.3 Il ticket su prestazioni rese dal SSN incluse nelle presenti coperture (base e opzionale) verrà rimborsato al 100%

2.4 E' rimborsata esclusivamente la prestazione effettuata dal medico specialista con applicazione di uno scoperto del 30% per sinistro con franchigia fissa di € 50,00.

3. Gravidanza

3.1 Con riferimento a questa condizione fisiologica si precisa che è garantito il rimborso con il limite massimo di € 1.000 del 70% dell'importo delle spese sostenute per visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici con il limite massimo di n. 3 eco standard sulla gestante.

3.2 La gravidanza dovrà essere dichiarata alla presentazione della prima richiesta di rimborso e superato il terzo mese di gestazione.

3.3 Si precisa che il feto non è assicurato. Sono pertanto esclusi tutti i trattamenti terapeutici e/o interventi chirurgici sul feto, ad eccezione di amniocentesi, villocentesi, il bitest e il tritest, integralmente rimborsati se effettuati presso il SSN e rimborsati fino ad un massimo di € 500,00 se effettuati in strutture private.

Per il solo caso di visite mediche specialistiche (2.1) si conviene che il rimborso avverrà – fermi i plafond di cui sopra – senza applicazione di scoperto e franchigia se le prestazioni saranno effettuate presso strutture mediche convenzionate il cui elenco è disponibile sulla intranet aziendale. Sarà cura del dipendente chiedere, al momento del rilascio della fattura, che quest'ultima riporti gli estremi della convenzione.

Le “**Prestazioni OPZIONALI**” possono essere acquisite versando alla Cassa di Assistenza i seguenti contributi annui in relazione al numero dei componenti il nucleo familiare:

- A) spese odontoiatriche e spese specialistiche extraospedaliere per i dipendenti sino al 6° livello compreso:
€ 160,00 per una testa
€ 100,00 per la seconda testa,
€ 100,00 per la terza testa,
€ 50,00 per ogni ulteriore testa.
- B) spese specialistiche extraospedaliere per dipendenti del 7° livello:
€ 52,00 per una testa
€ 35,00 per ogni testa in più

DELIMITAZIONI

Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- a) le malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- b) le procedure, gli interventi e le terapie per la cura dell'infertilità' o finalizzati alla fecondazione assistita o alla cura della sterilità' e/o impotenza;
- c) gli infortuni conseguenti a delitti dolosi o atti temerari dell'Assicurato, restando operante l'assicurazione per gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per la legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;
- d) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad alcoolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e) la cura dell'A.I.D.S.
- f) l'aborto volontario non terapeutico;
- g) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia neoplastica);
- h) le protesi dentarie in ogni caso e le cure dentarie e delle paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio;
- i) la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
- l) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.);
- m) le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, insurrezioni, guerre e terremoti (salvo quanto previsto alla voce "Altre Garanzie");
- n) gli infortuni derivanti da sport aerei e dalle partecipazioni a corse o gare motoristiche ed alle relative prove ed allenamenti;
- o) il rimborso delle spese per telefono, televisione, servizio di bar, ristorante e simili
- p) le prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. 78-11-1991

pubblicato sulla G.U. 262 e s.m. ed i.) non esplicitamente indicate in polizza.

Persone non assicurabili - Cessazione delle garanzie

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenze, A.I.D.S., se preesistenti al rapporto di lavoro, o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute.

L'assicurazione cessa dalla successiva scadenza annuale senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, che in tal caso verranno restituiti al Contraente al netto delle imposte.

Durata - Limite di età

Per quanto concerne le garanzie "Prestazioni BASE" e "Prestazioni OPZIONALI", l'assicurazione cessa automaticamente per tutto il nucleo assicurato con la cessazione del rapporto di lavoro dipendente/socio assicurato, salvo quanto previsto all'allegato 5, art. 10 del CCNL 2007 per i funzionari.

Per quanto concerne i familiari assicurati, l'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 80 anni e cessa alla scadenza annuale della polizza successiva alla data di compimento di tale età.

INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Viene riconosciuta, a titolo di assicurazione per invalidità permanente conseguente a malattia, la seguente somma:

- capitale assicurato € 90.000,00 per i Funzionari;
- capitale assicurato € 80.000,00 per i dipendenti inquadrati fino al 6° livello

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

IN CASO DI SINISTRO

L'assicurato, per fruire del "SERVIZIO CARTA SANITARIA" deve:

- 1) segnalare preventivamente all'Ufficio Assistenza Sanitaria la necessità della cura;
- 2) mettersi in contatto con il gestore della convenzione, i cui riferimenti sono rilevabili nella intranet aziendale, che provvederà all'apertura del sinistro.

La Compagnia, provvederà direttamente, a condizione che l'evento sia indennizzabile a termini di polizza ed entro il limite del massimale disponibile, al pagamento agli Istituti di Cura ed ai medici convenzionati delle fatture, distinte o notule intestate all'Assicurato, per le spese sopra specificate, al netto dell'eventuale importo previsto in polizza come franchigia a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato dovrà invece provvedere direttamente al pagamento delle spese per prestazioni ricevute non rientranti fra quelle di cui sopra e sarà tenuto a rimborsare alla Compagnia le somme che questa dovesse richiedergli per pagamenti effettuati agli Istituti di Cura ed ai medici, allorché si dovesse accertare la non validità o l'inoperatività e/o inefficacia dell'assicurazione, nonché per pagamenti eccedenti il massimale disponibile o sui quali non sia stata applicata l'eventuale franchigia.

Obblighi a cura del dipendente

La denuncia del ricovero con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto all'Ufficio Assistenza Sanitaria entro cinque giorni dal ricovero o dal momento in cui l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Il sinistro dovrà essere presentato per la liquidazione completo di tutta la documentazione richiesta allo scadere dei 100 giorni post-ricovero, salvo il rimborso dell'evento principale.

Se la patologia da curare richiede più visite, analisi, ecc, la documentazione dovrà essere inoltrata in unica soluzione al termine del percorso medico.

Le fatture di spesa dovranno pervenire esclusivamente in originale e verranno restituite quietanzate a liquidazione avvenuta.

L'Assicurato o i suoi familiari devono consentire la visita di medici della Compagnia ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso: devono altresì provvedere alla presentazione, ove richiesta, della copia della cartella clinica. Si precisa che le spese relative ai certificati medici, cartelle cliniche e le spese non inerenti le prestazioni (bolli) sono a carico dell'Assicurato.

Criteri di indennizzabilità

Salvo quanto previsto al capitolo "**Servizio Carta Sanitaria**" la Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato od ai suoi eredi, su presentazione di fattura o ricevuta fiscale in originale. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata, salvo quanto previsto alla voce che segue "**Pagamento dell'indennizzo**".

La liquidazione viene fatta in Italia con valuta corrente.

Pagamento dell'indennizzo

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

Controversie

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sulla natura e origine della malattia, le Parti conferiscono mandato, con scrittura privata, di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte, ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico risiede, a scelta della Parte più diligente presso la sede della Direzione della Compagnia o nella città sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicina al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Qualora non ci sia immediato accordo fra le Parti sull'ammontare dell'indennizzo, la Compagnia, nell'attesa che questo sia determinato dal Collegio medico, provvederà al pagamento dell'importo da essa stimato, salvo eventuale conguaglio successivo alla decisione del suddetto Collegio medico.

Foro competente

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

Validità territoriale

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

Rinvio alle norme di legge

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

Termine di prescrizione

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

SERVIZIO CARTA SANITARIA

Convenzione (valevole esclusivamente per il rimborso spese sanitarie di cui alle Prestazioni BASE con l'esclusione di quanto previsto al punto 1.2 "Prestazioni aggiuntive").

La Compagnia mette a disposizione dell'Assicurato il servizio di assistenza realizzato attraverso una specifica convenzione rintracciabile sulla intranet aziendale.

Tessera Sanitaria

Le Parti si incontreranno entro 90 giorni dalla firma del presente contratto per definire i termini, i contenuti e la gestione della tessera sanitaria.

Art. 26 - POLIZZA INFORTUNI CONTRO I RISCHI PROFESSIONALI ED EXTRA PROFESSIONALI

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

Dipendenti inquadrati fino al 6° livello compreso

- caso morte - capitale € 125.000,00;
- invalidità permanente - capitale € 150.000,00;
- franchigia relativa 3% (scompare dopo 13 punti di IP);
- IP. 66% = 100%
- applicazione tabella INAIL;
- condizioni generali come da allegato n. X

Dipendenti inquadrati nel 7° livello

- caso morte - un capitale corrispondente a 5 volte la retribuzione annua lorda;
- invalidità permanente - 6 volte la retribuzione annua lorda con il limite di € 200.000,00
- per IP accertate oltre il 25% la garanzia opera senza limite e con l'applicazione della variante prevista nell'allegato;
- franchigia relativa del 3% (scompare dopo 13 punti di IP);
- applicazione della tabella INAIL;
- condizioni generali come da allegato n. X

Per tutti i dipendenti (dal 1° al 7° livello compreso) la franchigia non opera in caso di infortuni professionali o di infortuni tecnicamente riconosciuti dall'INAIL "in itinere".

Per coloro che prestano attività part-time i capitali assicurati vengono proporzionalmente ridotti.

Art. 27 - FONDO SPESE

1. Il Gruppo attribuisce un fondo "UNA TANTUM" al personale con funzioni esterne a copertura dell'esposizione finanziaria per il periodo intercorrente tra il sostenimento delle spese di trasferta ed il relativo rimborso.

2. L'importo corrisponderà alla media mensile delle spese sostenute nell'anno precedente e sarà adeguato, se necessario, su segnalazione dell'interessato.

3. Per il primo anno di assunzione verrà erogato un anticipo in linea con la media aziendale.

Il fondo dovrà essere restituito in caso di risoluzione del rapporto di lavoro o nel caso di passaggio a mansioni interne.

Art. 28 - SPESE DI TRASFERTA

Il rimborso delle spese di trasferta viene così regolamentato:

PERSONALE ESTERNO

1) Trasferta senza pernottamento

Gli interessati potranno optare, una volta l'anno entro il mese di dicembre dell'anno precedente con applicazione per l'anno successivo, per una delle forme sottodescritte:

- a) diaria di € 25,00 per ciascuna giornata (elevata a € 30,00 se la trasferta prevede una percorrenza giornaliera complessivamente superiore ai 400 Km.);
- b) piè di lista fino a € 37,00 per il pasto (più una indennità di € 8,00 se la trasferta prevede una percorrenza giornaliera complessivamente superiore ai 400 Km.);

Nel caso la trasferta si protragga, per giustificati motivi, oltre il normale orario di lavoro ricomprendendo anche il pasto serale quest'ultimo sarà rimborsato, in aggiunta alla diaria o al piè di lista di cui sopra, con il limite previsto dal precedente punto b).

Il rimborso dovrà essere espressamente e preventivamente autorizzato dal Dirigente responsabile.

2) Trasferta con pernottamento

Rimborso delle spese di pernottamento.

Rimborso a piè di lista fino a € 37,00 per il pranzo.

Rimborso a piè di lista fino a € 37,00 per la cena.

Qualora la trasferta comporti la fruizione sia del pranzo che della cena, l'importo massimo riconosciuto sarà pari a € 74,00 euro.

Sarà inoltre riconosciuta una indennità di € 8,00 per gli impiegati e di € 14,00 per i funzionari per ogni notte di trasferta

PERSONALE INTERNO

Per il personale interno in missione temporanea è previsto il rimborso delle spese a piè di lista come indicato al punto 2).

Sarà inoltre riconosciuta una indennità di € 8,00 per gli impiegati e di € 14,00 per i funzionari per ogni notte di trasferta. Detta indennità viene corrisposta anche in caso di trasferta giornaliera che comporti il raggiungimento di una località distante più di 500 Km.

Note

Resta inteso che dovrà sempre e comunque essere rispettata la Travel Policy del Gruppo in vigore al momento della trasferta.

Le richieste di rimborso a piè di lista devono essere idoneamente documentate secondo le disposizioni fiscali vigenti.

Art. 29 - RIMBORSO CHILOMETRICO

Il Personale, che utilizzi previa autorizzazione del responsabile, l'autovettura per motivi di servizio avrà diritto al rimborso chilometrico secondo le seguenti fasce:

KM	€ x Km
0 - 10000	€ 0,471
10001- 20000	€ 0,341
20001- 30000	€ 0,297
30001- 40000	€ 0,275
> 40000	€ 0,262

Le percorrenze chilometriche verranno sempre conteggiate con partenza dalla sede di lavoro.

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

Aggiornamento

Il rimborso chilometrico verrà aggiornato annualmente sulla base dei parametri ACI.

Note

Si precisa che il calcolo del rimborso sulla base dei parametri ACI per singola fascia deriva dal costo chilometrico di una autovettura di marca italiana, alimentata a gasolio, e precisamente:

- Fiat Nuova Bravo 1.6 16V MJT - 105CV.

La voce relativa alla tariffa RCA prevista dalla tabella ACI è abbattuta al 30% per effetto del coefficiente correttivo applicato.

Il rimborso di cui al presente articolo è applicabile esclusivamente alle autovetture.

Art. 30 – TICKET RESTAURANT – SERVIZIO DI MENSA

Personale in servizio presso Sedi dotate di mensa:

Verrà corrisposto un ticket dell'importo di € 6,00 per ogni giornata intera di effettiva presenza (dal lunedì al venerdì) dal 1° ottobre 2010.

Per coloro che usufruiscono del Servizio Mensa il Gruppo si accollerà il costo dell'eventuale differenza tra il prezzo del pasto standard ed il valore del ticket.

Viene confermata la Commissione mista per il Servizio Mensa che ha il compito di trattare con il Gestore della stessa al fine di ottenere un'elevata qualità del servizio.

Personale in servizio presso Sedi prive di Servizio Mensa e Personale Esterno

Il buono pasto viene fissato in € 8,20 giornalieri e corrisposto per ogni giornata di effettiva presenza dal lunedì al venerdì (vedi regolamento orario di lavoro – allegato n. 4) dal 1° ottobre 2010.

Resta inteso che detti importi si intendono comprensivi (fino a concorrenza) degli eventuali aumenti che dovessero essere decisi in sede di contrattazione collettiva nazionale.

Art. 31 - PREMI AZIENDALI DI PRODUTTIVITA'

Il presente articolo si applica al solo personale Amministrativo.

a) P.A.P - Premio Aziendale di Produttività

Il Premio Aziendale di Produttività viene elevato di:

- € 85,00 per l'anno 2010 da corrispondere con la mensilità di settembre 2010;
- ulteriori € 95, 00 per l'anno 2011
- ulteriori € 115,00 per l'anno 2012

Detti importi sono riferiti al 4° livello 7[^] classe e saranno parametrati sugli altri livelli e classi secondo la tabella P.A.P. (Allegato 7).

Gli importi si riferiscono all'intero anno solare e verranno corrisposti con la mensilità di marzo, facendo riferimento all'inquadramento contrattuale in atto al momento dell'erogazione.

b) P.A.V. – Premio Aziendale Variabile

In relazione a quanto previsto dall'art. 85 del C.C.N.L. del 2007 viene istituito un Premio Aziendale

Variabile correlato parametri di produttività e miglioramento dell'efficienza delle Società di Assicurazione del Gruppo Zurich.

Il raggiungimento degli obiettivi di seguito evidenziati darà luogo alla corresponsione di importi UNA TANTUM lordi; tali importi verranno erogati il mese di marzo successivo all'esercizio preso come riferimento.

Parametri

1) BUSINESS OPERATING PROFIT. (B.O.P.)

Il Business Operating Profit può essere definito come l'utile pre-imposte normalizzato, cioè depurato delle componenti finanziarie straordinarie e delle spese di progetto/ristrutturazione.

Inoltre il BOP esprime la cosiddetta vista "gestionale", cioè non tiene conto dei trattati riassicurativi di Gruppo (WAQS).

In dettaglio il BOP è dato dalla somma algebrica delle componenti che seguono:

- Risultato della gestione tecnico-assicurativa (al lordo del trattato di Gruppo WAQS)
- Rendimento ordinario degli investimenti (esclude plusvalenze-minusvalenze da realizzo e svalutazioni titoli)
- Ricavi e spese non tecniche (prevalentemente riaddebiti di spese da Casamadre ed altre)

2) ANNUAL PREMIUM EQUIVALENT (A.P.E.)

Sono pari alla somma dei seguenti componenti:

$$\text{APE} = \boxed{\text{Prima annualità dei premi annui}} + \boxed{1/10 \text{ premi unici}}$$

Premio annuo
 premio versato periodicamente all'inizio di ciascun periodo assicurativo.

Premio unico
 premio versato in un'unica soluzione al momento della stipula del contratto

Nuovo P.A.V.							
PARAMETRI							
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">INCIDENZA su Obiettivo e Consuntivo</th> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">B.O.P.</td> <td style="text-align: center;">80%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">A.P.E.</td> <td style="text-align: center;">20%</td> </tr> </table>	INCIDENZA su Obiettivo e Consuntivo		B.O.P.	80%	A.P.E.	20%
INCIDENZA su Obiettivo e Consuntivo							
B.O.P.	80%						
A.P.E.	20%						
OBIETTIVO = valore definito in occasione della chiusura del mese di marzo (Q1) dell'anno di competenza <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-top: 5px;"> $[(BOP \times 80\%) + (APE \times 20\%)] = \text{OBIETTIVO}$ </div>							
CONSUNTIVO = valore rilevato in sede di consuntivo (Q4) relativo all'anno di competenza <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-top: 5px;"> $[(BOP \times 80\%) + (APE \times 20\%)] = \text{CONSUNTIVO}$ </div>							
TARGET A CONSUNTIVO - 2011 - (riferito 4° livello)							
% <small>consuntivo</small> <small>obiettivo</small> d > 120%	€ 625,00 target + 25%						
c >110<120%	€ 575,00 target + 15%						
TARGET 100%	€ 500,00						
b >80<90%	€ 425,00 target - 15%						
a >60<80%	€ 350,00 target - 30%						
SOGLIA <60%	0,00						
TARGET A CONSUNTIVO - 2012 - (riferito 4° livello)							
% <small>consuntivo</small> <small>obiettivo</small> d > 120%	€ 750,00 target + 25%						
c >110<120%	€ 690,00 target + 15%						
TARGET 100%	€ 600,00						
b >80<90%	€ 510,00 target - 15%						
a >60<80%	€ 420,00 target - 30%						
SOGLIA <60%	0,00						

La parametrizzazione sui livelli avverrà come da tabella di seguito riportata:

Tabella PAV							
F3	F2	F1	L6	L5	L4	L3	L2
197,00	184,00	169,00	123,00	110,00	100,00	84,00	77,00

Il target, riferito al 4° livello, è fissato a 500€ per il 2010 pagato nel 2011 e a 600€ per il 2011 pagato nel 2012;

L'inquadramento contrattuale considerato, ai fini della quantificazione dell'importo del PAV, è quello che il dipendente ha alla data del 31 dicembre precedente l'anno di erogazione.

Nel caso di assunzioni nel corso dell'anno di cui si considerano i risultati, il PAV verrà erogato proporzionalmente al periodo di effettiva presenza.

Il PAV verrà riconosciuto, per i mesi interi lavorati, ai dipendenti in servizio nell'anno in cui si riferiscono i risultati e a condizione che lo siano ancora alla data della sua effettiva erogazione (quale che sia stata la causa della cessazione dal servizio).

Non sono previsti consolidamenti, anche parziali, degli importi erogati.

Per i dipendenti a tempo determinato, con contratto di assunzione uguale o superiore ad un anno, il PAV verrà riconosciuto, per i mesi interi lavorati, a condizione che siano ancora in servizio alla data della sua effettiva erogazione (quale che sia stata la causa della cessazione dal servizio).

Nota a verbale

Si precisa che per l'anno di competenza 2010 si farà riferimento al dato obiettivo del secondo trimestre (Q2).

L'Azienda si impegna a fornire alle RSA i dati di BOP e APE alle scadenze di ciascun trimestre.

Art. 32 – DECORRENZA E DURATA

Il presente Contratto ha efficacia dal 29 luglio 2010 e scadenza il 31 dicembre 2011, salvo quanto diversamente indicato in alcuni articoli.

Si rinnoverà automaticamente per altri quattro anni salvo disdetta che le Parti dovranno notificare con un preavviso non inferiore ai tre mesi.

NOTA A VERBALE

RUOLO DEI FUNZIONARI

Il Gruppo riconosce l'importante ruolo svolto dai propri Funzionari nell'ambito aziendale, sia sotto il profilo della professionalità che dell'autonomia connessa alla funzione ed intendono - in adesione al desiderio da essi manifestato - valorizzarne e svilupparne la professionalità coinvolgendoli, col grado di responsabilità compatibilmente con le proprie esigenze organizzative e gestionali, riconoscerli nell'ambito dei loro piani di sviluppo delle risorse, in specie per quanto attiene al loro accesso a più alti livelli di responsabilità.

FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

Il Gruppo si impegna a promuovere corsi di formazione ed aggiornamento professionale che saranno a totale carico dello stesso e saranno organizzati direttamente dal Gruppo o attraverso primari istituti specializzati.

In aggiunta a tali corsi, al Funzionario che desideri partecipare a corsi di istruzione, formazione ed aggiornamento che abbiano attinenza con la materia assicurativa o con materie di cultura generale d'impresa e/o di gestione d'azienda, verranno riconosciuti un massimo di 5 giorni all'anno di permesso retribuito purché tali corsi, il cui costo resterà a carico dell'interessato, siano concordati con il Gruppo e la partecipazione agli stessi venga adeguatamente documentata.

Allegati al Contratto Integrativo Aziendale

REGOLAMENTO ORARIO DI LAVORO

Le norme contenute nel presente regolamento si applicano a tutti i dipendenti del Gruppo Zurich

Orario di lavoro

L'orario di lavoro è regolato:

- per tutto il personale amministrativo dall'art. 101 e seguenti del C.C.N.L. / 2007 nonché dall'art. 12 del CIA / 2010
- per i Funzionari dall'art. 130 del C.C.N.L. / 2007;
- per il personale con orario di lavoro a tempo parziale dall'art. 15 del presente CIA.

E' prevista una breve pausa pranzo nella giornata del venerdì. La pausa potrà essere fruita, tra le ore 13:30 e le 14:00 (13:00 – 13:30 altre sedi), dal personale di cui sopra (escluso personale part time 20 e 25h settimanali).

Qualsiasi variazione a quanto previsto dagli articoli precedenti deve essere comunicata in via preventiva mediante compilazione del modello 797. Ove motivi di urgenza non lo consentano, telefonicamente, ovvero con una comunicazione via e.mail all' Ufficio Presenze.

Timbrature

Tutto il personale amministrativo deve registrare il proprio accesso al tornello, dove questo è presente, e timbrare ai rilevatori di presenza in entrata, all'inizio ed al termine dell'intervallo per il pranzo, in uscita ed in entrata in caso di permessi.

Il personale amministrativo di 6° livello deve registrare il proprio accesso al tornello, dove questo è presente, e segnalare la propria presenza in azienda mediante timbratura in entrata.

Il personale di cui all'art. 93 del CCNL non deve effettuare alcuna timbratura se non registrare il proprio accesso al tornello ove questo sia presente.

Per il personale a cui si applica l'orario flessibile il saldo della flessibilità viene effettuato entro la fine di ogni mese, consentendo un riporto positivo/negativo al mese successivo di +/- :

- n. 8 ore per il personale a tempo pieno,
- n. 6 ore per il personale con contratto di lavoro part-time pari o superiore a 28 ore settimanali,
- n. 4 ore per il personale con contratto di lavoro part-time pari a 20/25 ore settimanali.

Le ore eventualmente eccedenti il saldo positivo ammesso per il riporto non saranno retribuite mentre sarà trattenuta la retribuzione relativa alle ore eccedenti il saldo negativo.

Ritardi

Viene concordata una tolleranza mensile di 15 minuti valevole anche per i dipendenti ai quali non si applica l'orario flessibile.

I ritardi che superino complessivamente il limite di tolleranza contrattuale danno luogo a corrispondente trattenuta dalla retribuzione.

La ripetuta inosservanza dell'orario di lavoro costituisce inadempienza contrattuale che può determinare sanzioni disciplinari in aggiunta alla trattenuta sulla retribuzione.

Permessi

Sono quelli previsti dall'art. 16 e devono essere autorizzati/comunicati secondo quanto previsto all'articolo stesso.

In nessun caso possono essere utilizzati a copertura di eventuali ritardi.

In occasione di permessi viene ripristinato l'orario rigido. L'irrigidimento dell'orario riguarderà la fascia di flessibilità interessata dal permesso.

Sciopero

L'effettuazione e la durata dello sciopero viene comunicata dalle R.S.A..

In tale occasione viene ripristinato l'orario rigido per la fascia di flessibilità (in entrata o in uscita o in entrambe le situazioni) interessata all'agitazione.

In concomitanza con scioperi dichiarati dalle R.S.A. non verranno concessi ferie e/o permessi se non richiesti antecedentemente alla dichiarazione di sciopero.

Straordinari

Il lavoro straordinario deve essere preventivamente autorizzato dal diretto responsabile, deve essere contenuto nei limiti di quanto previsto dal CIA e si applica al personale amministrativo soggetto alle quattro timbrature giornaliere dal lunedì al giovedì e alle due timbrature il venerdì e le semifestività.

Lo straordinario decorre, di norma, dopo la fine della fascia di flessibilità in uscita.

Sarà consentito, nei termini previsti dall'art. 13 del presente CIA, l'inizio della prestazione straordinaria decorsi almeno 30 minuti dall'inizio della fascia di flessibilità.

Servizio

Le assenze per servizio, autorizzate dal responsabile, vanno comunicate compilando il modello 797.

Il personale di 6° e 7° livello potrà segnalare tali assenze, se impreviste, anche telefonicamente all'Ufficio Gestione Presenze.

Malattia

Tutti i dipendenti devono comunicare entro le ore 9.30 l'assenza per malattia all'Ufficio Gestione Presenze in uno dei seguenti modi:

- lasciando comunicazione registrata alla segreteria telefonica al n.
- inviando un fax al numero 02-26622316 ;
- inviando e-mail alla all'indirizzo (dall'esterno): rilevazione.presenze@it.zurich.com

Di norma sarà cura del dipendente avvisare anche il proprio responsabile.

Nota a Verbale

In caso di indisposizione il dipendente che dovesse uscire prima della fine del regolare orario di lavoro compilerà il modello 797.

Tale assenza parziale non verrà considerata giorno di malattia ai fini della produzione della certificazione medica.

Le Parti concordano che si incontreranno entro la scadenza del presente Contratto Integrativo per una complessiva verifica, anche alla luce di eventuali modifiche che dovessero intervenire a livello di CCNL.

REGOLAMENTO MUTUI CASA

CONDIZIONI DI ACCESSO:

- 1.1 I prestiti sono riservati ai dipendenti del Gruppo Zurich che, assunti a tempo indeterminato, abbiano superato il periodo di prova;
- 1.2 Tali dipendenti devono trovarsi nella condizione prevista dalla Legge per poter prestare ancora almeno cinque anni di attività lavorativa prima della quiescenza;
- 1.3 L'immobile a cui si riferisce il prestito deve essere considerato "prima casa", secondo i requisiti previsti dalle norme di Legge vigenti;
- 1.4 Le rate previste dal piano di ammortamento non devono essere superiori ad un terzo del reddito netto del nucleo familiare risultante dal CUD e/o 730 o modello UNICO. In caso di mancato adempimento, il Gruppo farà valere l'ipoteca di primo o secondo grado accesa sull'immobile a suo favore a garanzia del prestito concesso;
- 1.5 Nel caso di domande presentate da dipendenti legati tra loro da vincolo di convivenza il Gruppo prenderà in considerazione solo una domanda per nucleo familiare;
- 1.6 Il mutuo dovrà essere garantito da ipoteca di primo grado. E' consentita l'accensione di ipoteca di 2° grado se il valore complessivo delle ipoteche iscritte e da iscrivere non superi il 70% del valore (come in seguito precisato) dell'immobile.

MODALITA' DI GESTIONE

- 2.1 La domanda, come da fac-simile allegato, deve essere presentata all'Ufficio Amministrazione del Personale entro i termini previsti dal bando;
- 2.2 Entro un mese dal termine stabilito per la presentazione delle domande si riunirà la Commissione Mutui composta da un rappresentante designato dalla Direzione e da tre rappresentanti sindacali, per la disamina delle domande pervenute;
- 2.3 la Commissione stilerà una graduatoria degli aspiranti sulla base dei punteggi spettanti a ciascuno, come previsto dal paragrafo successivo; la graduatoria formata seguirà il principio del c.d. "scorrimento" e la sua validità coinciderà con quella del bando;
- 2.4 Tale graduatoria sarà resa pubblica mediante affissione in bacheca e contestuale comunicazione agli interessati;
- 2.5 Entro due mesi dalla comunicazione gli interessati dovranno confermare all'ufficio Amministrazione del Personale la volontà di acquistare l'immobile. Nel caso di mancata conferma o mancato rispetto della tempistica prevista, il dipendente decadrà automaticamente dal diritto di accedere al mutuo;

- 2.6 Entro quattro mesi dalla comunicazione di cui al punto 2.4, il dipendente dovrà presentare all'Ufficio Amministrazione del Personale la documentazione relativa all'immobile che intende acquistare al fine di consentire la valutazione sull'importo da erogare. Detta documentazione conterà del preliminare di vendita sottoscritto o dell'originale dell'accettazione della proposta di acquisto
- 2.7 Il contratto di acquisto dovrà essere stipulato entro 12 (dodici) mesi dalla comunicazione dell'importo di cui al punto 2.4;
- 2.8 L'importo del mutuo sarà consegnato contestualmente alla stipulazione dell'atto di acquisto e dell'atto ipotecario.
- 2.9 E' prevista la stipula da parte del dipendente di una polizza Vita puro rischio per un capitale decrescente pari all'importo erogato (al netto degli interessi) e di durata uguale al piano di restituzione prescelto con l'indicazione del Gruppo quale unico beneficiario in caso di morte dell'assicurato.

ASSEGNAZIONE DEI PUNTEGGI PER L'ACCESSO AL BANDO MUTUI

- 3.1 Provvedimento dell'Autorità Giudiziaria divenuto esecutivo, purché non conseguente a morosità (punti 15);
- 3.2 Ingiunzione di sfratto purché non dovuta a morosità (punti 10);
- 3.3 Vendita dell'immobile con offerta di acquisto all'inquilino dipendente del Gruppo (punti 8);
- 3.4 Familiari a carico (1 punto per ogni familiare);
- 3.5 Sovraffollamento dell'abitazione (1 punto, ove il rapporto stanza/familiare convivente sia inferiore a uno);
- 3.6 Anzianità di servizio: fino a 5 anni - punti 1
da 6 a 10 anni – punti 2
da 11 a 15 anni - punti 3
da 16 a 20 anni - punti 4
oltre i 20 anni – punti 5
- 3.7 Matrimonio o Convivenza (more uxorio): punti 1;
- 3.8 Ai soli fini della portabilità, residuo mutuo: da € 30.000,00 a € 60.000,00 – punti 1
da € 60.001,00 a € 90.000,00 – punti 2
da € 90.001,00 a € 120.000,00 – punti 3
- 3.9 Per l'acquisto della prima casa: punti 7
- 3.10 A parità di punteggio sarà preferito il reddito familiare meno alto.

Ai fini dell'assegnazione del punteggio per la portabilità, saranno presi in considerazione i punteggi di cui ai punti 3.4, 3.5 e 3.8.

FAC-SIMILE DI DOMANDA

Il sottoscritto in riferimento a quanto previsto dall'art. 18 del Contratto Integrativo Aziendale 2010 e dal relativo regolamento, chiede di poter utilizzare il mutuo previsto per l'acquisto della prima casa di abitazione.

Il sottoscritto dichiara che:

- la somma richiesta è di € _____ da restituirsì in anni _____;
 - la somma richiesta è di € _____ da restituirsì con la metodologia rata fissa – tasso variabile in anni _____;
- il reddito netto del nucleo familiare è di €
- l'anzianità di servizio prestata è di anni
- intende acquistare un'abitazione del costo approssimativo di €

Il sottoscritto riconosce che le disposizioni contenute nel Contratto Integrativo Aziendale 2010 e conseguente regolamento sono le uniche operanti per la concessione e la restituzione delle somme richieste.

Si impegna a fornire tutta la documentazione necessaria per l'esame della richiesta.

Data

Firma

Il sottoscritto è a conoscenza che l'accertata falsità delle informazioni e delle notizie fornite nella domanda potrà comportare l'automatica decadenza del beneficio richiesto, con l'obbligo di rifondere alla compagnia tutte le spese e oneri sostenuti per l'istruzione della pratica.

Sin d'ora autorizza irrevocabilmente il Gruppo ad operare le trattenute relative alla restituzione del mutuo a far data dal mese successivo a quello della concessione, con trattenute mensili sulla busta paga.

In caso di risoluzione del rapporto di lavoro, a qualsiasi causa dovuta, compresa la quiescenza, si impegna a rimborsare immediatamente ed in unica soluzione il debito residuo in linea capitale risultante dal piano di ammortamento, autorizzando fin d'ora il Gruppo a trattenere in garanzia la liquidazione maturata, fatta salva la facoltà del Gruppo di consentire la prosecuzione del mutuo adeguando il saggio di interesse al prime rate.

Data

Firma

Documenti allegati: 1,2,3,4,5,6,7,8,9 (barrare i numeri interessati)

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL BANDO MUTUO

1. Modelli CUD e/o 730 o modello UNICO relativi agli emolumenti nell'anno precedente da parte di tutti i componenti il nucleo familiare;
2. Eventuale provvedimento di sfratto esecutivo;
3. Eventuale ingiunzione di sfratto;
4. Proposta di vendita dell'immobile all'inquilino dipendente della Società;
5. Stato di famiglia
6. Planimetria dell'immobile attualmente abitato dal dipendente
7. Contratto di affitto dell'appartamento occupato;
8. *Eventuale copia contratto di mutuo acceso presso altro Istituto;*
9. *Eventuale copia residuo mutuo acceso presso altro Istituto.*

DOCUMENTI DA ALLEGARE EX 2.6

1. Contratto preliminare o atto d'acquisto;
2. Eventuale planimetria dell'immobile da acquistare.

TARIFFA AUTO RISCHI DIVERSI

Garanzia RCA Settore I Tariffa Bonus Malus, comprensiva di estensione guida e conducenti di età inferiore a 25 anni e rinuncia alla rivalsa (tariffa escludo SSN e mposte).

Massimale RCA € 50.000.000

Settore V Tariffa Bonus Malus, comprensiva di rinuncia alla rivalsa

TABELLE PREMI ANNUI IMPONIBILI

(per mille)
escluso le imposte

Garanzie	Dipendenti Esterni	Dipendenti Interni			Franchigia
	Autovetture	Autovetture	Ciclomotori Motocicli	Camper	
INCENDIO/FURTO/PERDITE PECUNIARIE AUTOVETTURA	10 ‰	12 ‰		7 ‰	€ 200,00
KASKO	6 ‰	17 ‰		18 ‰	€ 200,00
EVENTI SPECIALI	0,8 ‰	1 ‰		1 ‰	€ 200,00
EVENTI SOCIOPOLITICI	0,8 ‰	1 ‰		1 ‰	€ 200,00
CRISTALLI	€ 17,62	€ 17,62		€ 17,62	
RITIRO PATENTE:					
FORMA "A"	€ 20,00	€ 20,00		//	
FORMA "B"	€ 40,00	€ 40,00		//	
ASSISTENZA:					
FORMA "A"	€ 5,65	€ 6,65		€ 5,65	
FORMA "V"	€ 9,30	€ 9,30		€ 9,30	
FORMA "C"	€ 19,63	€ 19,63		€ 19,63	
FORMA "G"	€ 29,54	€ 29,54		€ 29,54	
GUASTI MECCANICI	€ 48,46	€ 48,46			
TUTELA LEGALE:					
AUTOVETTURE Forma BASE	€ 13,33	€ 13,33	€ 11,11		
AUTOVETTURE Forma GOLD			€ 16,16		
GARANZIA AGGIUNTIVA "Patente a punti"	€ 8,89	€ 8,89			

Franchigia: non applicabile in caso di auto usata per servizio o utilizzo di carrozzerie convenzionate/carglass non applicabile ai ciclomotori ed ai motocicli

Esterni: condizioni applicabili solo 1 autovettura indicata come auto utilizzata per servizio

Da inserire

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Contraente: CASSA DI ASSISTENZA DEL GRUPPO ZURIGO

Assicurati: I SOCI DELLA CASSA DI ASSISTENZA DEI DIPENDENTI DEL GRUPPO ZURIGO più esattamente identificati come dipendenti in forza a ciascuna Compagnia del Gruppo Zurigo, esclusi i Dirigenti.

Invalidità

Permanente: La perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità di svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla professione degli assicurati.

Malattia: Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

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

Art. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La presente assicurazione vale per il caso di invalidità permanente conseguente a malattia insorta successivamente alla data di effetto dell'assicurazione stessa, secondo quanto previsto dalle condizioni che seguono. La percentuale di invalidità permanente viene accertata, con le modalità che seguono, tra i 6 ed i 18 mesi dalla data di denuncia della malattia.

Art. 2 - DELIMITAZIONE DELLA GARANZIA

Nessuna indennità viene corrisposta quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore o pari al 25% della totale. Quando l'invalidità permanente accertata sia invece di grado superiore al 25%, la Società liquida una indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle percentuali seguenti:

La valutazione dell'invalidità permanente viene effettuata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alle disposizioni contenute nel testo unico disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30 Giugno 1965 n. 1124.

Percentuale di "Invalidità Permanente"

% ACCERTATA	% DA LIQUIDARE	% ACCERTATA	% DA LIQUIDARE
25	-	48	46
26	2	49	48
27	4	50	50
28	6	51	53
29	8	52	56
30	10	53	59
31	12	54	62
32	14	55	65
33	16	56	68
34	18	57	71
35	20	58	74
36	22	59	77
37	24	60	80
38	26	61	83
39	28	62	86
40	30	63	89
41	32	64	92
42	34	65	95
43	36	66-100	100
44	38		
45	40		
46	42		
47	44		

Nei casi di Invalidità Permanente non previsti dal T.U. la valutazione è concordata tra il Medico dell'Assicurato ed il Consulente Medico della Compagnia che terranno conto, con riguardo ai casi di Invalidità Permanente previsti, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

Art. 3 - SOMMA ASSICURATA

L'assicurazione è prestata per ciascun assicurato fino alla concorrenza di una somma pari a:

- dipendenti sino al 6° livello compreso € 80.000,00;
- dipendenti di 7° livello € 90.000,00.

Art. 4 - CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

L'indennizzo è liquidato per le sole conseguenze dirette ed esclusive cagionate dalla malattia denunciata, come se essa avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Nel caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un arto o di un organo già minorato le percentuali di invalidità permanente accertata verranno ridotte tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 5 - ESCLUSIONI

Sono escluse dall'assicurazione:

- le invalidità permanenti da malattie preesistenti alla data di decorrenza dell'assicurazione;
- le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti ed allucinogeni;
- invalidità permanenti conseguenti a trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- le malattie mentali;
- le conseguenze delle trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.);
- le malattie professionali riconosciute per l'attività espletata dalle Società del Gruppo Zurich dal D.P.R. del 30.6.1965 n. 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione della presente assicurazione.

Art. 6 - DENUNCIA DELLA MALATTIA ED OBBLIGHI RELATIVI

Nel caso di malattia che sembri comportare una invalidità permanente indennizzabile ai sensi delle presenti condizioni deve essere presentata denuncia scritta indirizzata alla sede della Società, all'Ufficio Gestione Diretta. Alla denuncia deve essere unita, o far seguito, la seguente documentazione:

- certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze della malattia;
- certificato medico attestante l'avvenuta guarigione medica della malattia;
- copia della cartella clinica ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti.

L'Assicurato deve fornire ogni informazione e consentire la visita dei medici della Società a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Se dolosamente non viene adempiuto agli obblighi previsti dal presente articolo, l'Assicurato perde il diritto all'indennizzo; se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente, la Società ha diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 7 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE

La Società, compiuti gli accertamenti del caso, liquida l'indennizzo che risulta dovuto e provvede al pagamento.

Ove, a giudizio sia del medico dell'Assicurato che del consulente medico della Società, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente la prognosi della malattia oggetto di denuncia e qualora l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi da invalidità permanente che residuerebbero se l'Assicurato stesso si sottoponesse a detto trattamento, senza riguardo quindi al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni di salute in atto.

Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e quindi non trasferibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'ammontare dell'indennizzo sia stato determinato tra le parti, la Società liquida l'importo stabilito agli eredi.

Art. 8 - CONTROVERSIE - COMPETENZA TERRITORIALE

In caso di controversia sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente da malattia le parti si obbligano a conferire mandato di decidere ad un collegio arbitrale composto da tre medici.

La Società, la Contraente o l'Assicurato nomineranno due medici, uno per ciascuno, mentre il terzo verrà scelto dai primi due medici, di comune accordo ed in caso contrario, dall'Ordine dei Medici di Milano.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di Legge e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei due medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Ciascuna delle Parti sostiene la spese del proprio medico, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico.

La richiesta per l'istituzione di un collegio arbitrale deve essere inoltrata alla Società nel momento in cui la Società stessa ha rifiutato o ha offerto la liquidazione del sinistro.

Le Parti rinunciano espressamente a valersi del disposto degli artt. 282 e 640 del Codice di Procedura Civile.

Art. 9 - VALIDITA' TERRITORIALE

L'assicurazione di cui alla presente polizza è valida in tutto il mondo.

Art. 10 - FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello del luogo dove ha sede la Società.

Art. 11 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non qui diversamente regolato, valgono le norme di Legge.

Polizza Infortuni “Azienda”

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

- Assicurato:** Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
- Assicurazione:** Il contratto di assicurazione.
- Contraente:** Il soggetto che stipula il contratto nell'interesse proprio e di altre persone.
- Compagnia:** L'Impresa Assicuratrice.
- Franchigia:** La percentuale o la somma prestabilita che in caso di sinistro l'Assicurato tiene a suo carico e per la quale la Compagnia non riconosce l'indennizzo.
- Indennizzo:** La somma dovuta dalla Compagnia.
- Infortunio:** Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
- Invalidità Permanente:** Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.
- Polizza:** Il documento che prova l'assicurazione.
- Premio:** La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.
- Rischio:** La probabilità che si verifichi il sinistro.
- Sinistro:** Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato/Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 2 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia.

Art. 3 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 4 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 5 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Compagnia è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 6 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto o dal rifiuto dell'indennizzo, la Compagnia ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di trenta giorni.

In tal caso, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la Compagnia rimborsa la parte di premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 7 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 3 mesi prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata di un anno e così successivamente.

Art. 8 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 9 - FORO COMPETENTE

Foro competente, a scelta della Parte attrice, è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria dove ha sede la Direzione della Compagnia o l'Agenzia cui è assegnata la polizza o dove il Contraente ha la sua residenza.

Art. 10 - ASSICURAZIONE STIPULATA INDIPENDENTEMENTE DA OGNI OBBLIGO DI LEGGE

La presente polizza è stipulata indipendentemente da ogni obbligo di legge per l'assicurazione infortuni e malattia in vigore nel caso in cui tale obbligatorietà risultasse o fosse stabilita successivamente.

Art . 11 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve dare avviso scritto alla Compagnia dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Se il Contraente omette di dare l'avviso di cui sopra, la Compagnia non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

Art. 12 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

A. VARIAZIONE DEL CONTRAENTE

Se il Contraente è una persona Giuridica organizzata in forma di Società di persone, lo stesso Contraente stipula per sé e per i suoi eredi, i quali sono solidalmente obbligati a continuare il contratto fino alla divisione dell'eredità. Dopo la divisione il contratto continua con l'erede o gli eredi cui siano state assegnate le attività alle quali sono addette le persone assicurate.

In caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente, fermo l'onere del pagamento del premio per il periodo di assicurazione in corso, deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di mantenere il contratto per la parte che lo riguarda.

Nel caso di fusione della Società Contraente, il contratto continua con la Società che rimane sussistente o che risulta dalla fusione. Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con la Società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale.

Nei casi di scioglimento della Società Contraente o della sua messa in liquidazione il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate per iscritto dal Contraente, i suoi eredi od aventi causa, entro il limite di quindici giorni dal loro verificarsi, alla Compagnia la quale nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto dandone comunicazione con preavviso di quindici giorni.

B. RESPONSABILITA' CIVILE DEL CONTRAENTE

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari di cui al capitolo "**COSA E COME ASSICURIAMO**" voce "**Caso morte**", o soltanto qualcuno di essi non accettino a completa tacitazione per l'infortunio l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori ed ulteriori pretese a titolo di responsabilità civile, l'indennità nella sua totalità, a richiesta del Contraente, viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione delle spese di difesa sostenute dal Contraente.

C. ASSICURAZIONE IN BASE ALL'AMMONTARE DELLE RETRIBUZIONI

Il premio viene anticipato in via provvisoria dal Contraente in base al preventivo annuo delle retribuzioni dallo stesso denunciate.

- Per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni: oltre lo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi comprese le provvigioni, i premi di produzione ed ogni altro compenso di indennità, anche se non di ammontare fisso, con esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere eccezionale.

Fa parte della retribuzione anche l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti al dipendente nella misura convenzionalmente concordata.

- Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione quella che l'infortunato ha percepito per i titoli di cui sopra, nei dodici mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio, comprese le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese, purchè su esse sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.
- Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non ha raggiunto il primo anno di servizio, la retribuzione annua verrà calcolata sulla base di quanto percepito fino al giorno dell'infortunio, moltiplicando per 365 la retribuzione media giornaliera attribuibile all'infortunato per il periodo compreso tra la data di assunzione e quella dell'infortunio.
- Entro sessanta giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione, o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Compagnia l'ammontare complessivo delle retribuzioni erogate al personale assicurato, affinché la Compagnia stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro quindici giorni dalla relativa comunicazione della Compagnia al Contraente.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Compagnia.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Compagnia può fissargli un ulteriore termine, non minore di 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto e a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Compagnia di agire giudizialmente e/o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Compagnia, fermo il diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistro accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora all'atto della regolazione annuale, il premio consuntivo risulti maggiore di oltre il doppio rispetto a quello anticipato, quest'ultimo è aumentato con decorrenza dall'inizio del periodo annuo successivo a quello della comunicazione, fino alla concorrenza del 75% dell'ultimo consuntivo.

- Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio, si fa riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire in qualsiasi momento insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Compagnia di fare accertamenti e controlli.

COSA E COME ASSICURIAMO

D. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Le conseguenze degli infortuni che abbiano causato la Morte o l'Invalidità Permanente, subiti:

- nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata; tuttavia in caso di infortunio conseguente all'esercizio di altre attività professionali, per le quali ricorrono i termini di cui all'art. 4 delle Norme, la Compagnia riconosce il 70% delle prestazioni assicurative concordate, a condizione che l'Assicurato o i beneficiari dimostrino che tali attività non erano svolte all'atto della stipulazione della polizza o dei suoi successivi aggiornamenti;
- nello svolgimento di normali attività del tutto estranee per circostanze di tempo, modo e luogo all'esercizio di qualsiasi professione, arte o mestiere cui l'Assicurato si dedichi abitualmente;
- nella guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- nell'uso come passeggero, esclusi i mezzi subacquei, di qualsiasi mezzo di locomozione e trasporto sia pubblico che privato, compresi i viaggi aerei effettuati come passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile nonché voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le transvolate oceaniche;
- in occasione di prestazioni anche manuali attinenti al governo della casa, a lavori di ordinaria manutenzione e ad hobbies, di giardinaggio e di orticoltura;
- nell'esercizio di giochi ed attività sportive e relativi allenamenti a carattere ricreativo, che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore (salvo quanto previsto al capitolo "DELIMITAZIONI") compresa però la partecipazione a raduni motociclistici e cicloturistici, regate veliche;
- nell'esercizio di attività sportive e relativi allenamenti a carattere non professionistico, svolte sotto l'egida delle relative Federazioni, che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore.

Limitatamente al calcio, calcetto, ciclismo, pallacanestro, ginnastica, sports equestri, tuffi e pentathlon moderno l'assicurazione è prestata con una franchigia assoluta del 10% sul grado di Invalidità Permanente accertata secondo quanto disposto al punto Ga) che segue e senza tenere conto della tabella di cui al punto Gb) che segue.

E. EQUIPARAZIONE ED INFORTUNIO

Sono considerati come infortuni anche:

- l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- l'avvelenamento, le intossicazioni e/o lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere;
- le morsicature, le punture escluse la malaria e le malattie tropicali (salvo quanto previsto alla voce "**ALTRE GARANZIE**") , le ustioni provocate da animali o da vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni a termine di polizza;
- l'affogamento;
- le lesioni determinate da sforzi (esclusi gli infarti, le ernie e le rotture sottocutanee dei tendini, salvo quanto previsto alla voce "**ALTRE GARANZIE**";

- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio;
- gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche e l'improvviso contatto con corrosivi;
- quelli sofferti in stato di malore e/o incoscienza;
- quelli conseguenti ad imperizia, imprudenza o negligenza anche dovuti a colpa grave;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di vandalismo, terrorismo, attentati, aggressioni od atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva o volontaria.

F. CASO MORTE

La Compagnia corrisponde ai beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi dell'Assicurato non oltre il quarto grado, in parti uguali, la somma assicurata:

- se entro due anni dall'infortunio, ed in conseguenza delle lesioni subite, l'Assicurato muore;
- se a seguito di affogamento o di incidente della circolazione terrestre o navigazione marittima o aerea, il corpo dell'Assicurato non viene più ritrovato e a condizione che siano trascorsi almeno sei mesi dalla presentazione di domanda di Morte presunta a' termini degli artt.60 e 62 del Codice Civile.

Qualora sia stato effettuato il pagamento dell'indennizzo ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Compagnia ha diritto alla restituzione della somma pagata.

L'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma di polizza.

G. CASO INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'Invalidità Permanente si verifica entro due anni dal giorno dell'infortunio,

La Compagnia

- determina** il grado di Invalidità Permanente sulla base delle percentuali stabilite nella tabella di cui all'allegato 1) del D.P.R. 30.6.1965 n. 1124 ("Tabella INAIL") e successive modificazioni; il testo di tale allegato è riportato alle pagine 14 e 15 della presente polizza;
- liquida** un'indennità in percentuale sulla somma assicurata, calcolata come da tabelle seguenti:

TABELLA RIMBORSO INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO PER DIPENDENTI SINO AL 6° LIVELLO (incluso)

Grado di invalidità Accertata %	Indennità da liquidare sulla somma Assicurata € 125.000,00) %
1 - 2 - 3	0
4	1
5	2
6	3
7	4
8	5
9	6
10	7
11	8
12	9
13	10

Dal 14% al 65% il grado di invalidità accertata corrisponde alla percentuale di invalidità da liquidare.

Oltre il 65% di invalidità accertata verrà liquidato il 100% della somma assicurata.

Resta inoltre pattuito che se l'infortunio avviene in occasione di lavoro o per servizio non si applicherà alcuna franchigia.

**TABELLA RIMBORSO INVALIDITA' PERMANENTE DA
INFORTUNIO PER DIPENDENTI DI 7° LIVELLO**

Grado di invalidità accertata %	Indennità da liquidare sulla somma Assicurata € 170.000,00 %
1 - 2 - 3	0
4	1
5	2
6	3
7	4
8	5
9	6
10	7
11	8
12	9
13	10
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25

L'indennità viene liquidata in base alla suesposta tabella per invalidità accertata fino al 25%.
Per invalidità superiori al 25% la liquidazione avverrà in base alla tabella successiva, con riferimento al capitale assicurato pari a 6 volte la retribuzione annua.

Grado di invalidità Accertata %	Indennità da liquidare %	Grado di invalidità Accertata %	Indennità da liquidare %
26	28	63	165
27	31	64	170
28	34	65	175
29	37	66	180
30	40	67	185
31	43	68	190
32	46	69	195
33	49	70	200
34	52	71	205
35	55	72	210
36	58	73	215
37	61	74	220
38	64	75	225
39	67	76	230
40	70	77	235
41	73	78	240
42	76	79	245
43	79	80	250
44	82	81	255
45	85	82	260
46	88	83	265
47	91	84	270
48	94	85	275
49	97	86	280
50	100	87	285
51	105	88	290
52	110	89	295
53	115	90	300
54	120	91	305
55	125	92	310
56	130	93	315
57	135	94	320
58	140	95	325
59	145	96	330
60	150	97	335
61	155	98	340
62	160	99	345
	100 350

Resta inoltre pattuito che se l'infortunio avviene in occasione di lavoro o per servizio non si applicherà alcuna franchigia.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di Invalidità Permanente vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite del 100%.

Nei casi non specificati nella tabella di cui al precedente punto a), il grado di invalidità si determina secondo la loro gravità comparata a quella dei casi elencati.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

H. RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Compagnia rinuncia a favore dell'Assicurato o degli aventi diritto ad ogni azione di regresso verso gli autori o terzi responsabili dell'infortunio per le prestazioni da essa effettuate in virtù del presente contratto.

I. SERVIZIO MILITARE

L'assicurazione vale durante:

- il servizio militare in tempo di pace, o di quello sostitutivo dello stesso;
- il richiamo per ordinarie esercitazioni.

L'assicurazione non vale durante:

- l'arruolamento volontario non sostitutivo del servizio di leva;
- il richiamo per mobilitazioni o motivi di carattere eccezionale;
- l'uso e guida di mezzi aerei militari ed esercizio del paracadutismo.

Entro il 15° giorno successivo alla prima scadenza rateale di premio, posteriore all'inizio del servizio militare, è facoltà del Contraente di richiedere la sospensione dell'assicurazione sino al termine del servizio stesso.

L. VALIDITA' TERRITORIALE

L'assicurazione vale per gli infortuni avvenuti in ogni Paese del Mondo con l'intesa che gli accertamenti del grado di Invalidità Permanente nonché la liquidazione dei relativi sinistri saranno fatti in Italia ed in Lire italiane.

ALTRE GARANZIE (sempre operanti)

In aggiunta a quanto previsto al capitolo "**COSA E COME ASSICURIAMO**" la garanzia vale anche per:

1. Ernie traumatiche

A parziale deroga del capitolo "**DELIMITAZIONI**", la garanzia è estesa alle ernie traumatiche con l'intesa che:

- la garanzia prende effetto dalle ore 24 del 180° giorno seguente al perfezionamento della polizza;
- se in base al parere medico l'ernia non è operabile, verrà riconosciuto un grado di Invalidità Permanente non superiore al 10%;
- in caso di contestazioni circa la natura e la operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico secondo la procedura prevista dalla voce "**Controversie**" del capitolo "**IN CASO DI SINISTRO**".

2. Rapina, tentata rapina, estorsione e tentativo di sequestro

La Compagnia paga ai figli e/o al coniuge non legalmente separato dall'Assicurato, che risultino beneficiari dell'assicurazione, la somma convenuta per il caso di Morte aumentata del 50% quando l'Assicurato muore in conseguenza di un infortunio subito a seguito di reato di rapina,

tentata rapina, estorsione, tentativo di sequestro, messi in opera nei confronti dell'Assicurato stesso.

Per questa specifica prestazione l'esposizione massima della Società non potrà in ogni caso essere superiore a € 258.228,45 indipendentemente dall'eventuale maggior somma assicurata per il caso di morte.

3. Ulteriori rimborsi

In caso di infortunio liquidabile a termini di polizza la Compagnia riconosce un ulteriore rimborso, sino ad un massimo di € 2.582,28 per evento, per le spese documentate sostenute, relativamente a:

- **TRASPORTO** dal luogo dell'infortunio all'ospedale o casa di cura, per il pronto soccorso;
- **RIMPATRIO** se l'infortunio è avvenuto all'estero;
- **AZIONI DI SALVATAGGIO O DI RICERCA** dell'Assicurato stesso;
- **TRASPORTO DELLA SALMA** a seguito di decesso avvenuto al di fuori del comune di residenza.

4. Malattie tropicali - Malaria

La garanzia è estesa alle malattie tropicali, intendendosi come tali quelle diagnosticate dai medici curanti, fino a concorrenza delle somme assicurate e con un massimo indennizzo di € 10.329,14. La malaria si intende parificata alle malattie tropicali.

Si conviene che non si darà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 15% della totale; se invece essa risulterà pari o superiore al 15% della totale, l'indennità verrà corrisposta soltanto per la parte eccedente, senza tener conto della tabella di cui al punto G/b) che precede.

La validità di questa garanzia è subordinata al fatto che l'Assicurato si trovi in perfette condizioni di salute e che si sia sottoposto alle prescritte pratiche di profilassi richieste dalle Autorità sanitarie dei Paesi dove si reca.

In caso di divergenza sulla diagnosi della malattia la decisione è rimessa al Collegio Medico secondo la procedura prevista alla voce "Controversie" del capitolo "**IN CASO DI SINISTRO**".

5. Terremoto all'estero

A parziale deroga del capitolo "**DELIMITAZIONI**", la garanzia assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli infortuni derivanti da terremoto.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

6. Rischio guerra

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

DELIMITAZIONI

1. Esclusioni

Salvo quanto previsto al capitolo "**COSA E COME ASSICURIAMO**" sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni conseguenti:

- a. alla partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assicurato svolga tale attività a livello professionistico o a carattere internazionale o comunque in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;
- b. all'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai, pugilato, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, bobsleigh (guidoslitta), bob, skeleton (slittino), snowboard e skateboard, rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo, parapendio e sports aerei in genere (compreso deltaplani e ultraleggeri);
- c. a stato di ubriachezza quando l'Assicurato è alla guida di veicoli e natanti a motore;
- d. all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
- e. a delitti dolosi o atti temerari dell'Assicurato restando coperti da garanzia gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;

Sono inoltre esclusi dall'assicurazione:

- f. gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo (salvo quanto previsto alla voce "**ALTRE GARANZIE**") e le rotture sottocutanee dei tendini;
- g. inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, insurrezioni, fatti di guerra e terremoti (salvo quanto previsto alla voce "**ALTRE GARANZIE**");
- h. trasformazioni, dirette o indirette, o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.).

2. Persone non assicurabili - cessazione delle garanzie

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenze, A.I.D.S., insulinodipendenza, o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

3. Limiti di età - cessazione delle garanzie

Per le persone che nel corso del contratto raggiungano l'80° anno di età, l'assicurazione cessa dalla successiva scadenza annuale del premio senza che in contrario possa essere opposto eventuale incasso di premi scaduti, che in tal caso verranno restituiti al Contraente al netto delle imposte.

IN CASO DI SINISTRO

1. Obblighi

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione delle cause che lo determinarono corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Sede della Compagnia od all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, entro cinque giorni dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità e comunque non oltre un anno dalla data di cessazione della polizza.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato, o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso telegrafico alla Compagnia.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Compagnia ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso; devono altresì provvedere alla presentazione, ove richiesta, della copia della cartella clinica. Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

2. Criteri di indennizzabilità

La Compagnia corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se l'infortunio colpisce una persona che non è fisicamente integra o sana, non è indennizzabile quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute.

3. Controversie

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, le Parti si obbligano a conferire mandato con scrittura privata, di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte, ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico risiede, a scelta della Parte più diligente, presso la Sede della Compagnia stessa o presso la Sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro un anno. La decisione del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei Medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

4. Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione (cartelle cliniche, esami specialistici, certificazione medica, ricevute o fatture di pagamento in originale) espletate tutte le indagini richieste dalla Compagnia e verificata la validità delle garanzie, la Compagnia si impegna a provvedere al pagamento dell'indennizzo entro 15 giorni dalla data di ricevimento della quietanza debitamente sottoscritta dall'Assicurato.

Qualora non ci sia immediato accordo fra le Parti sull'ammontare dell'indennizzo, la Compagnia, nell'attesa che questo sia determinato dal Collegio Medico, provvederà al pagamento dell'importo da essa stimato, salvo eventuale conguaglio successivo alla decisione del suddetto Collegio Medico.

5. Cumulo di indennità

Se dopo il pagamento di un'indennità per Invalidità Permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Compagnia corrisponde alle persone indicate alla voce "Caso Morte" del capitolo "**COSA E COME ASSICURIAMO**" la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di Morte ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario. Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Compagnia paga alle persone di cui al capoverso precedente l'importo liquidato od offerto.

CONDIZIONI PARTICOLARI

(Valide solo se espressamente richiamate in polizza)

1. Limitazione della garanzia ai soli rischi extraprofessionali

A parziale modifica del capitolo "**COSA E COME ASSICURIAMO**", si conviene che:

- la garanzia è limitata agli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di normali attività del tutto estranee per circostanze di tempo, modo e luogo all'esercizio di qualsiasi professione, arte o mestiere cui si dedichi abitualmente;
- la garanzia non vale per gli infortuni derivanti dall'uso di mezzi di locomozione aerea.

2. Limitazione della garanzia ai soli rischi professionali

A parziale modifica del capitolo "COSA E COME ASSICURIAMO" si conviene che la garanzia è limitata agli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle occupazioni dichiarate in polizza.

3. Condizioni speciali per dirigenti

A parziale deroga dei capitoli "COSA E COME ASSICURIAMO" e "DELIMITAZIONI" si conviene quanto segue:

3a) Esonero denuncia infermità, mutilazioni, difetti fisici

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Compagnia eventuali infermità, mutilazioni e difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire, fermo restando che in caso di infortunio che abbia colpito un organo od un arto già minorato, le indennità dovute secondo le percentuali previste dalla presente polizza verranno diminuite del degrado corrispondente alle infermità ed ai difetti fisici preesistenti.

3b) Esonero denuncia altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Compagnie.

3c) Sports pericolosi

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sports, escluso comunque il paracadutismo e gli sports aerei in genere.

3d) Malattie professionali

L'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali (intendendosi come tali quelle indicate nella tabella annessa al D.P.R. 30 Giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza), che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% della somma totale; quando la silicosi e l'asbestosi siano associate a tubercolosi polmonare in fase attiva, anche se iniziale, e semprechè il quadro morboso complessivo sia tale da determinare l'abbandono del lavoro, la franchigia predetta si intende abolita.

Resta confermata l'esclusione delle conseguenze dirette e indirette di trasmutazione provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

3f) Invalidità permanente grave

Qualora l'Invalidità Permanente conseguente ad infortunio e a malattia professionale, accertata con i criteri di indennizzabilità previsti in polizza, comporti l'abbandono del lavoro in qualità di dirigente ed una riduzione permanente delle capacità lavorative in misura non inferiore al 50%, verrà indennizzata con il 100% del capitale assicurato.

4. Calamità naturali - terremoto

A parziale deroga del capitolo "**DELIMITAZIONI**", l'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti da inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche e terremoto, ovunque nel mondo.

5. Assicurazione infortuni dei quali sia responsabile il Contraente

Qualora in conseguenza di un infortunio compreso nella garanzia assicurativa il Contraente, come civilmente responsabile secondo le leggi vigenti, debba all'Assicurato o ai suoi aventi diritto un risarcimento per danni corporali superiori all'indennità fondamentalmente prevista dalla polizza per l'infortunio, la Compagnia si assumerà - in sostituzione di detta indennità - il risarcimento per responsabilità civile sino a concorrenza del DOPPIO dell'ammontare dell'indennità medesima, ma comunque con il massimo di € 1.032.913,80.

La presente garanzia non è prestata:

- per la responsabilità civile derivante da impegni particolari assunti oltre la responsabilità civile legale;
- quando l'Assicurato sia lo stesso Contraente o, nel caso di Società, un suo amministratore o un suo socio a responsabilità illimitata;
- quando l'Assicurato sia un prossimo congiunto (coniuge, ascendente, discendente, fratello, sorella) delle persone indicate nel precedente comma.

Il Contraente deve informare prontamente la Compagnia delle pretese per responsabilità civile avanzate da un Assicurato o dai suoi aventi diritto in relazione ad un infortunio liquidabile ai sensi della presente polizza, e trasmettere al più tardi entro tre giorni dal ricevimento tutti gli altri documenti, domande e richieste giudiziali e stragiudiziali, relativi all'infortunio stesso, come pure fornire tutti i chiarimenti utili a facilitare ogni ricerca. La Compagnia, a cui sono conferiti dal Contraente i più ampi poteri per la trattazione e liquidazione diretta del sinistro, assume e dirige la causa a nome del Contraente, nel caso di azione civile, per mezzo dei legali da essa scelti.

Nel caso di un procedimento penale, la Compagnia si riserva la facoltà di assumere e dirigere la difesa dell'imputato.

Salvo che sia formalmente autorizzato dalla Direzione della Compagnia, il Contraente deve astenersi da qualsiasi riconoscimento anche parziale della propria responsabilità civile o dell'ammontare dei danni, come pure da qualsiasi transazione.

TABELLA DI LEGGE PER I CASI DI INVALIDITA' PERMANENTE
Allegato 1 del D.P.R. 30/06/1965 N. 1124

DESCRIZIONE PERCENTUALI

	Destro	Sinistro
Sordità completa da un orecchio		15%
Sordità completa bilaterale		60%
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazioni di protesi		40%
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedasi relativa tabella)		-
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		-
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto di posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
	Destro	Sinistro
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio	12%	
Perdita totale dell'anulare	8%	
Perdita totale del mignolo	12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°:		

a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
Anchorilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchorilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
a) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchorilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
Anchorilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione Favorevole	45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	
perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	
perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
perdita totale del solo alluce	7%	

Destro

Sinistro

per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità: ma, ove occorra perdita di più dita, ogni altro dito perduto è valutato il 3%
Anchorilosi completa rettilinea del ginocchio 35%
Anchorilosi tibio-tarsica ad angolo retto 20%
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri 11%

N.B. - In caso di constatato mancinismo le percentuali stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

Visus perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio Con acutezza visiva minore (occhio peggiore) %	Indennizzo dell'occhio Con acutezza visiva maggiore (occhio migliore) %
1/10	9/10	1	2
2/10	8/10	3	6
3/10	7/10	6	12
4/10	6/10	10	19
5/10	5/10	14	26
6/10	4/10	18	34
7/10	3/10	23	42
8/10	2/10	27	50
9/10	1/10	31	58
10/10	0	35	65

Note:

- 1) In caso di menomazione binoculare, si procede al conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
- 2) La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
- 3) Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di Invalidità Permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di rifrazione.
- 4) La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
- 5) In caso di afachia monolaterale:

con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10	15%
con visus corretto di 7/10	18%
con visus corretto di 6/10	21%
con visus corretto di 5/10	24%
con visus corretto di 4/10	28%
con visus corretto di 3/10	32%
con visus corretto inferiore a 3/10	35%

In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressochè uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15%, per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

TABELLA P.A.P. – PREMIO AZIENDALE DI PRODUTTIVITA'

2010

CLASSE	F3	F2	F1	L6	L5	L4	L3	L2	L1
1	131,76	126,50	114,94	82,42	73,25	62,41	54,50	49,10	43,13
2	136,59	131,09	119,31	84,84	75,42	64,37	56,15	50,61	44,33
3	141,57	135,85	123,80	87,40	77,70	66,43	57,91	52,21	45,61
4	154,96	149,02	135,87	96,43	85,74	73,10	63,80	57,49	50,40
5	160,27	154,09	140,62	99,32	88,31	75,44	65,76	59,30	51,86
6	164,71	158,33	144,61	102,35	91,03	77,89	67,85	61,21	53,38
7	176,43	169,78	155,75	106,53	99,25	85,00	74,12	66,80	58,45
8	181,42	174,55	160,24	109,94	102,33	87,77	76,47	68,96	60,16
9				114,35	105,81	90,69	78,98	71,24	61,97
10				118,20	109,62	98,27	85,65	77,23	67,34
11				122,27	113,27	101,57	88,43	79,78	69,38
12				126,57	117,13	105,07	91,41	82,48	71,54
13				131,16	121,24	108,78	94,54	85,35	73,83

85

2011

CLASSE	F3	F2	F1	L6	L5	L4	L3	L2	L1
1	147,26	141,38	128,46	92,12	81,86	69,75	60,91	54,88	48,20
2	152,66	146,51	133,35	94,82	84,29	71,95	62,76	56,57	49,54
3	158,23	151,83	138,36	97,68	86,84	74,24	64,72	58,36	50,98
4	173,19	166,55	151,85	107,77	95,82	81,70	71,30	64,25	56,33
5	179,13	172,22	157,17	111,00	98,70	84,31	73,50	66,27	57,96
6	184,09	176,96	161,63	114,39	101,74	87,05	75,84	68,41	59,66
7	197,19	189,76	174,08	119,07	110,93	95,00	82,84	74,66	65,32
8	202,76	195,09	179,09	122,88	114,37	98,09	85,47	77,07	67,23
9				127,81	118,26	101,36	88,27	79,62	69,26
10				132,10	122,52	109,83	95,73	86,31	75,27
11				136,65	126,60	113,52	98,84	89,17	77,54
12				141,46	130,92	117,43	102,16	92,18	79,95
13				146,59	135,50	121,57	105,66	95,39	82,51

95

2012

CLASSE	F3	F2	F1	L6	L5	L4	L3	L2	L1
1	178,26	171,14	155,51	111,51	99,10	84,44	73,74	66,43	58,35
2	184,80	177,36	161,42	114,79	102,04	87,09	75,97	68,48	59,97
3	191,54	183,79	167,49	118,25	105,12	89,87	78,35	70,64	61,71
4	209,65	201,61	183,82	130,46	116,00	98,91	86,32	77,78	68,19
5	216,84	208,48	190,26	134,37	119,48	102,06	88,97	80,23	70,16
6	222,85	214,22	195,65	138,47	123,15	105,38	91,80	82,82	72,22
7	238,70	229,71	210,73	144,13	134,28	115,00	100,29	90,38	79,08
8	245,45	236,16	216,80	148,75	138,45	118,74	103,46	93,30	81,39
9				154,71	143,16	122,70	106,85	96,38	83,84
10				159,92	148,31	132,95	115,88	104,48	91,11
11				165,42	153,25	137,42	119,65	107,94	93,87
12				171,24	158,48	142,16	123,67	111,59	96,79
13				177,45	164,03	147,17	127,91	115,48	99,89

115

2010

CLASSE	F3	F2	F1	L6	L5	L4	L3	L2	L1
1	4.469,02	4.290,57	3.898,51	2.795,66	2.484,42	2.116,79	1.848,54	1.665,39	1.462,83
2	4.632,91	4.446,30	4.046,75	2.877,65	2.558,13	2.183,42	1.904,58	1.716,73	1.503,44
3	4.801,80	4.607,72	4.198,95	2.964,42	2.635,43	2.253,09	1.964,17	1.770,99	1.546,98
4	5.255,88	5.054,35	4.608,42	3.270,73	2.908,05	2.479,54	2.163,94	1.949,93	1.709,51
5	5.436,20	5.226,58	4.769,70	3.368,70	2.995,36	2.558,63	2.230,59	2.011,29	1.758,85
6	5.586,76	5.370,36	4.904,96	3.471,40	3.087,46	2.641,80	2.301,43	2.076,20	1.810,49
7	5.984,28	5.758,72	5.282,87	3.613,41	3.366,46	2.883,04	2.514,15	2.265,77	1.982,41
8	6.153,36	5.920,51	5.435,06	3.729,09	3.470,94	2.976,88	2.593,79	2.338,93	2.040,43
9	-	-	-	3.878,68	3.588,97	3.075,98	2.678,78	2.416,27	2.101,89
10	-	-	-	4.009,06	3.718,07	3.333,13	2.905,10	2.619,36	2.284,20
11	-	-	-	4.147,17	3.842,00	3.445,22	2.999,49	2.706,11	2.353,27
12	-	-	-	4.292,90	3.972,98	3.563,84	3.100,38	2.797,58	2.426,42
13	-	-	-	4.448,70	4.112,27	3.689,50	3.206,60	2.894,95	2.504,13

2011

CLASSE	F3	F2	F1	L6	L5	L4	L3	L2	L1
1	4.616,28	4.431,95	4.026,97	2.887,78	2.566,28	2.186,54	1.909,45	1.720,27	1.511,03
2	4.785,57	4.592,81	4.180,10	2.972,47	2.642,42	2.255,37	1.967,34	1.773,30	1.552,98
3	4.960,03	4.759,55	4.337,31	3.062,10	2.722,27	2.327,33	2.028,89	1.829,35	1.597,95
4	5.429,07	5.220,89	4.760,27	3.378,51	3.003,87	2.561,25	2.235,24	2.014,18	1.765,84
5	5.615,33	5.398,81	4.926,87	3.479,70	3.094,06	2.642,94	2.304,10	2.077,56	1.816,80
6	5.770,85	5.547,32	5.066,59	3.585,78	3.189,19	2.728,85	2.377,27	2.144,62	1.870,15
7	6.181,47	5.948,48	5.456,95	3.732,48	3.477,39	2.978,04	2.597,00	2.340,43	2.047,73
8	6.356,12	6.115,60	5.614,15	3.851,97	3.585,32	3.074,97	2.679,26	2.416,00	2.107,66
9	-	-	-	4.006,49	3.707,23	3.177,34	2.767,05	2.495,89	2.171,15
10	-	-	-	4.141,16	3.840,58	3.442,96	3.000,83	2.705,67	2.359,47
11	-	-	-	4.283,82	3.968,60	3.558,75	3.098,33	2.795,28	2.430,81
12	-	-	-	4.434,35	4.103,90	3.681,28	3.202,54	2.889,76	2.506,37
13	-	-	-	4.595,29	4.247,78	3.811,07	3.312,26	2.990,34	2.586,64

2012

CLASSE	F3	F2	F1	L6	L5	L4	L3	L2	L1
1	4.794,54	4.603,09	4.182,48	2.999,30	2.665,38	2.270,98	1.983,19	1.786,70	1.569,38
2	4.970,37	4.770,17	4.341,51	3.087,26	2.744,46	2.342,46	2.043,31	1.841,78	1.612,95
3	5.151,56	4.943,34	4.504,80	3.180,35	2.827,39	2.417,20	2.107,24	1.899,99	1.659,66
4	5.638,71	5.422,50	4.944,10	3.508,97	3.119,87	2.660,15	2.321,56	2.091,96	1.834,03
5	5.832,18	5.607,29	5.117,13	3.614,07	3.213,54	2.745,00	2.393,07	2.157,79	1.886,96
6	5.993,70	5.761,54	5.262,24	3.724,25	3.312,35	2.834,23	2.469,07	2.227,43	1.942,36
7	6.420,18	6.178,19	5.667,68	3.876,61	3.611,68	3.093,04	2.697,28	2.430,81	2.126,80
8	6.601,57	6.351,76	5.830,95	4.000,72	3.723,77	3.193,71	2.782,72	2.509,30	2.189,05
9	-	-	-	4.161,21	3.850,39	3.300,03	2.873,90	2.592,27	2.254,99
10	-	-	-	4.301,08	3.988,89	3.575,91	3.116,71	2.810,15	2.450,59
11	-	-	-	4.449,25	4.121,85	3.696,17	3.217,98	2.903,23	2.524,68
12	-	-	-	4.605,59	4.262,38	3.823,43	3.326,21	3.001,36	2.603,16
13	-	-	-	4.772,74	4.411,81	3.958,24	3.440,17	3.105,82	2.686,53