

//

**Accordo 16 settembre 2015
in materia di assistenza sanitaria integrativa
per i dipendenti da proprietari di fabbricati**

Visto

- l'art. 100 del c.c.n.l. per i dipendenti da proprietari di fabbricati, firmato il 12 novembre 2012 da Confedilizia e FILCAMS-CGIL/FISASCAT-CISL/UILTUCS;
- il nuovo "Fondo di assistenza sanitaria integrativa per i dipendenti da proprietari di fabbricati";
- la Convenzione del 28 luglio 2015 sottoscritta tra l'INPS e la Cassa portieri, attraverso la quale è stato affidato all'Istituto il servizio di riscossione, tramite il modello F24, dei contributi per il finanziamento del Fondo anzidetto, quale sezione autonoma della Cassa portieri;
- la risoluzione dell'Agenzia delle Entrate n. 79/E del 3 settembre 2015;
- che le parti hanno avviato il confronto per il rinnovo del c.c.n.l. anzidetto;

Considerata

- l'importanza che riveste per il comparto l'attivazione di detto Fondo;

Decidono quanto segue

- il Fondo sarà attivo dal 1° novembre 2015 e, conseguentemente, sulla base di quanto previsto dal regolamento dello stesso, le prestazioni saranno erogate agli iscritti a partire dal terzo mese successivo alla loro iscrizione e quindi dal 1° febbraio 2016.

A copertura del periodo intercorrente dal 1° gennaio 2015 al 30 ottobre 2015 i datori di lavoro verseranno entro il 16 novembre 2015, per ciascun lavoratore cui si applica il c.c.n.l. anzidetto, in forza al 1° gennaio 2015, un importo forfettario pari a 2 mensilità del contributo stabilito dall'art. 100 in questione oltre all'"una tantum" per l'iscrizione al Fondo pari a 0,50 euro, e cioè complessivamente:

- per i lavoratori fino a 28 ore settimanali: 4 euro x 2 mesi + 0,50 euro = 8,50 euro;
- per i lavoratori sopra le 28 ore settimanali: 6 euro x 2 mesi + 0,50 euro = 12,50 euro.

Tale versamento va effettuato tramite modello F24, utilizzando il codice ASPO.

Per i versamenti da effettuarsi dalla data di avvio del Fondo (e cioè dal 1° novembre 2015 in poi), è previsto, per i lavoratori come sopra individuati (e per quelli assunti successivamente al 1° gennaio 2015, per i quali si dovrà procedere al versamento dell'"una tantum" a titolo di iscrizione pari a 0,50 euro), un pagamento del contributo mensile a carico del datore di lavoro, sempre con le modalità previste dall'art. 100 più volte menzionato e, cioè, pari a 6 euro.

Tale adeguamento è da considerarsi quale anticipazione nell'ambito del rinnovo contrattuale.

Il primo versamento a regime verrà effettuato, quindi, entro il 16 dicembre 2015 sempre tramite modello F24, utilizzando il codice ASPO (con inserimento del codice ASPO anche nella denuncia INPS UniEmens). Quelli relativi alle mensilità susseguenti verranno effettuati entro il giorno 16 del mese successivo a quello di competenza, sempre tramite il modello F24 con codice ASPO.

Cassa portieri

**REGOLAMENTO ATTUATIVO
SEZIONE "FONDO MALATTIA PORTIERI E ASSISTENZA INTEGRATIVA"**

**Capitolo I
SEZIONE "FONDO MALATTIA PORTIERI"**

Istituita ai sensi dell'art. 2 del c.c.n.l. 30 giugno 1988 e dell'art. 41 del c.c.n.l. 25 maggio 1992 sottoscritti tra la Confedilizia e FILCAMS-CGIL, FISASCAT-CISL e UILTUCS.

Art. 1

(Costituzione della sezione)

1. Nell'ambito della Cassa portieri viene istituita, ai sensi dell'art. 2 dello Statuto, una autonoma e separata sezione contabile e patrimoniale, denominata "Fondo malattia portieri e Assistenza integrativa", o più brevemente "Fondo malattia".

Art. 2

(Scopo)

1. In assenza di tutela da parte degli istituti pubblici di assistenza, il Fondo malattia, ispirandosi a criteri di solidarietà e di mutualità tra gli iscritti, ha lo scopo di provvedere alla corresponsione della

indennità economica ai portieri in caso di malattia, nonché ad altre provvidenze ad elevato contenuto sociale.

Art. 3
(Iscritti - Beneficiari)

1. Sono iscritti alla sezione Fondo malattia della Cassa portieri tutti i dipendenti da proprietari di fabbricati, nei confronti dei quali vengono applicati i cc.cc.nn.l. a partire da quello stipulato il 30 giugno 1988, ed i successivi rinnovi contrattuali, sottoscritti tra la Confedilizia e FILCAMS-CGIL, FISASCAT-CISL, e la UILTUCS, i quali non fruiscano già dell'indennità economica di malattia da parte dell'Istituto assistenziale pubblico competente per legge.

2. Beneficiari delle prestazioni sono i medesimi dipendenti iscritti ed i loro aventi causa.

Art. 4
(Obbligatorietà della contribuzione)

1. L'applicazione dei cc.cc.nn.l. indicati al precedente art. 3 e dei successivi rinnovi contrattuali comporta l'obbligo di iscrizione dei dipendenti al Fondo malattia della Cassa portieri, nonché l'obbligo del versamento dei contributi a carico dei datori di lavoro.

2. L'obbligo della iscrizione e della contribuzione non ricorre unicamente nei confronti di quei dipendenti che, pur essendo destinatari dei citati cc.cc.nn.l., già fruiscono dell'indennità economica di malattia da parte dell'Istituto assistenziale pubblico competente per legge.

3. Il versamento dei contributi al Fondo malattia è effettuato dai datori di lavoro.

Art. 5
(Contribuzione)

1. Il Fondo malattia si alimenta, per il perseguimento dei propri fini istituzionali e nel rispetto della normativa civilistica previdenziale fiscale vigente "pro-tempore", con contributi obbligatori a carico del datore di lavoro nella misura prevista dal c.c.n.l. in vigore per i dipendenti da proprietari di fabbricati, calcolata sulla retribuzione mensile lorda per tredici mensilità.

Art. 6
(Versamento dei contributi)

1. I contributi, calcolati con le modalità indicate al precedente art. 5, vanno versati con periodicità mensile all'INPS (Istituto nazionale della previdenza sociale), Ente con il quale viene stipulata apposita convenzione per la riscossione: il versamento dei contributi deve essere effettuato entro gli stessi termini di scadenza dei contributi sociali obbligatori.

Art. 7
(Definizione di malattia)

1. I dipendenti iscritti al Fondo, in caso di malattia, hanno diritto alla corresponsione della indennità economica relativa: a tale scopo, si intende per malattia la alterazione dello stato di salute che comporti incapacità alla prestazione lavorativa.

2. Non rientrano nel concetto di malattia:

a) le assenze per infortunio sul lavoro, per le quali già sussiste per legge l'obbligo della copertura assicurativa pubblica in favore del dipendente;

b) i periodi di assenza dal lavoro per parto, aborto, gravidanza e puerperio;

c) i periodi di effettuazione di cure elio-balneo-termali.

Art. 8
(Prestazioni)

1. Indennità di malattia

Durante il periodo di malattia il Fondo malattia provvede alla corresponsione di una indennità giornaliera (con esclusione della giornata di riposo settimanale), nelle seguenti misure:

a) fino al 20° giorno: una indennità pari al 56% della retribuzione media globale lorda giornaliera così come stabilito al successivo art. 9, con un minimo di € 28,00.

In caso di malattia di durata continuativa non superiore ai 14 giorni l'indennità giornaliera di cui sopra decorrerà dal 4° giorno di malattia. La stessa indennità decorrerà dal primo giorno di malattia in caso di durata della stessa superiore ai 14 giorni. I primi tre giorni di malattia sono comunque compresi, e quindi computati, nel limite dei 180 giorni di cui al successivo comma 3 del presente articolo, ancorché restino esclusi dalla indennità;

b) dal 21° giorno di malattia, compreso, al 60° giorno di malattia, compreso: un'indennità pari al 68% della retribuzione media globale lorda giornaliera, così come stabilita al successivo art. 9, con un

minimo di € 31,00;

c) dal 61° giorno di malattia, compreso, in poi: un'indennità pari al 73% della retribuzione media globale lorda giornaliera, così come stabilita al successivo art. 9, con un minimo di € 31,00.

Per i lavoratori con rapporto di lavoro a tempo parziale le indennità di cui sopra verranno proporzionalmente ridotte, sulla base dell'effettivo orario medio settimanale prestato nei sei mesi precedenti quello di inizio della malattia. In particolare verranno così proporzionalmente ridotti gli importi minimi delle indennità, quali sopra indicati.

La predetta indennità sarà corrisposta al lavoratore dal datore di lavoro. I datori di lavoro in regola con il pagamento dei contributi di cui all'art. 6 del c.c.n.l. secondo le modalità di cui all'art. 11 del presente regolamento otterranno il rimborso di tale somma previa richiesta in conformità a quanto stabilito dal successivo art. 16 (punto 1).

2. Oneri contributivi previdenziali

In caso di malattia il Fondo malattia rimborserà al datore di lavoro, sempre che lo stesso risulti in regola con il pagamento dei contributi di cui all'art. 6 c.c.n.l. secondo le modalità di cui al successivo art. 11 del presente regolamento, una parte degli oneri contributivi previdenziali (senza indennità connesse) a carico del datore di lavoro e dallo stesso effettivamente versati in relazione all'indennità di malattia corrisposta al lavoratore a partire dalla data di inizio della malattia stessa ai sensi del precedente comma 1 del presente art. 8 e del successivo art. 9 del presente regolamento.

Tale rimborso sarà:

- pari al 35% degli oneri stessi - in caso di malattia continuativa compresa tra gli 80 e i 120 giorni;
- pari al 45% degli oneri stessi - in caso di malattia continuativa superiore i 120 giorni.

Tali oneri contributivi previdenziali saranno rimborsati solo se l'indennità di malattia alla quale sono relativi sarà considerata rimborsabile.

3. Indennità di rilascio alloggio

in caso ai morte del lavoratore che usufruisca dell'alloggio di servizio, il Fondo rimborserà al datore di lavoro del lavoratore deceduto, sempre che risulti in regola, sino al decesso del lavoratore stesso, con il pagamento dei contributi di cui all'art. 6 del c.c.n.l. secondo le modalità di cui all'art. 11 del presente regolamento, l'indennità di rilascio alloggio prevista dall'art. 128 del c.c.n.l. che sia stata effettivamente corrisposta in conformità a quanto stabilito da quest'ultimo articolo, con un massimo quindi di € 1.600,00.

Tale rimborso non competerà qualora non sia stato rispettato il termine del rilascio dell'alloggio previsto nel medesimo art. 128 c.c.n.l., indipendentemente dalla causa che abbia determinato tale evenienza.

Art. 9

(Determinazione della retribuzione media globale lorda giornaliera ai fini del calcolo dell'indennità di malattia - come da c.c.n.l.)

1. La retribuzione media globale lorda giornaliera sulla quale viene calcolata l'indennità giornaliera di malattia è costituita da:

a) per i lavoratori con profili professionali di cui alla lett. A) dell'art. 18:

- il salario mensile di cui all'art. 101;
- gli scatti di anzianità di cui all'art. 111;
- l'eventuale terzo elemento di cui all'art. 103;
- le eventuali indennità a carattere continuativo;

b) per i lavoratori con profili professionali C dell'art. 18:

- lo stipendio mensile di cui all'art. 109;
- gli scatti di anzianità di cui all'art. 113;
- le eventuali indennità a carattere continuativo;

c) per i lavoratori con profili professionali D dell'art. 18:

- il salario mensile di cui all'art. 110;
- gli scatti di anzianità di cui all'art. 114;
- le eventuali indennità a carattere continuativo.

2. Per la determinazione della retribuzione media globale lorda giornaliera non si tiene conto dei ratei di mensilità aggiuntive.

3. La retribuzione media globale lorda giornaliera, come definita ai precedenti commi 1 e 2, è determinata come segue:

- si considera la retribuzione lorda, composta dagli elementi di cui sopra, percepita dal lavoratore nei sei mesi precedenti quello di inizio della malattia;
- si divide l'importo di cui sopra per 6 e successivamente per 26 e ciò anche in caso di tempo parziale verticale.

Art. 10

(Durata delle prestazioni)

1. L'indennità giornaliera di malattia viene corrisposta dal Fondo malattia per un massimo di 180 giorni di calendario per ogni evento morboso.

2. Il limite di 180 giorni di corresponsione dell'indennità giornaliera, non potrà comunque essere superato, nell'arco di un anno civile, inteso come periodo dal 1° gennaio al 31 dicembre di ogni anno, anche in caso di concorso di più eventi morbosi.

Art. 11

(Prima iscrizione e regolarità contributiva)

1. I proprietari di fabbricati o i condomini hanno diritto al rimborso delle indennità anticipate a condizione che i contributi risultino versati in modo regolare e continuativo fin dalla data di 1^a iscrizione.

2. Il Fondo non rimborsa le indennità e le prestazioni di cui al precedente art. 8 maturate nei primi tre mesi successivi alla data di iscrizione al Fondo.

Art. 12

(Esclusione dal rimborso dell'indennità di malattia)

1. Fermo restando quanto previsto all'art. 92 c.c.n.l., il Fondo malattia non eroga l'indennità giornaliera, quando la malattia dipenda dai seguenti eventi:

a) applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni);

b) infortuni e intossicazioni conseguenti ad etilismo o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;

c) uso e/o guida di trattori e macchine agricole, mezzi di locomozione aerei e subacquei;

d) pratica di: pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, rugby, bob, salto dal trampolino con sci e idrosci, guidoslitta, immersioni con autorespiratore, speleologia, alpinismo con scalate di rocce ed accesso a ghiacciai (salvo che vi sia accompagnamento da parte di guida alpina), paracadutismo, deltaplano e sport aerei in genere;

e) partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche e ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;

f) guida ed uso di veicoli o natanti a motore nella partecipazione a corse e gare (e relative prove) salvo che si tratti di regolarità pura;

g) guerra e insurrezione;

h) tumulti popolari cui il portiere abbia preso parte attiva;

i) dolo o delitti dolosi compiuti o tentati dal portiere.

Art. 13

(Comunicazioni al Fondo)

1. Le modalità pratiche, a carico dei datori di lavoro e dei loro dipendenti, per le comunicazioni al Fondo malattia vengono deliberate dal Fondo unitamente alla relativa modulistica da impiegare.

2. Il contenuto di tali deliberazioni viene comunicato mediante pubblicazione sul notiziario della Cassa portieri.

Art. 14

(Comunicazione dati)

1. I dati del dipendente iscritto al Fondo e le relative variazioni (es. cessazione del rapporto) devono essere tempestivamente comunicati dal datore di lavoro mediante l'invio dell'apposito stampato (mod. MRD) allegato al presente regolamento, debitamente compilato in ogni sua parte.

Art. 15

(Comunicazione della dichiarazione di consenso ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003)

1. Il datore di lavoro deve trasmettere al Fondo la dichiarazione di consenso ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 (privacy) e la relativa informativa (modd. LP/A e LP/B), allegati al presente regolamento, debitamente firmate dal dipendente. Tali documenti devono essere inviati una sola volta per ogni dipendente. Essi sono indispensabili perché il Fondo possa provvedere alle prestazioni di rimborso.

Art. 16

(Richiesta di rimborso)

1. Indennità di malattia

La richiesta di rimborso viene inviata dal datore di lavoro al Fondo al termine della malattia e comunque entro 2 mesi da tale evento.

Nel caso in cui la malattia si protragga per più mesi la richiesta di rimborso deve essere effettuata entro e non oltre il secondo mese successivo a quello per il quale si richiede il rimborso.

Per la richiesta di rimborso si deve utilizzare l'apposito stampato (mod. MRR.81), allegato al presente regolamento, debitamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto, allegando allo stesso la seguente documentazione:

- a) copia del cedolino paga firmato per ricevuta dal dipendente dal quale risulti l'avvenuto pagamento al dipendente stesso dell'indennità di cui si chiede il rimborso;
- b) copia dei cedolini paga relativi ai sei mesi precedenti quello di inizio della malattia (che possono non essere inviati in caso di richiesta di indennità che non superi il minimo stabilito nel c.c.n.l.);
- c) copia delle ricevute di pagamento (quietanza F24) relative ai mesi nei quali ricade la malattia e/o per i quali si richiede il rimborso;
- d) i seguenti documenti originali, qualora essi non siano stati inviati al Fondo direttamente dal lavoratore e sempre che essi non siano già stati inviati precedentemente:
 - 1) certificato medico con diagnosi;
 - 2) certificato di ricovero, certificato di dimissione con diagnosi, in caso di ricovero ospedaliero;
 - 3) verbale del pronto soccorso, nei casi di infortunio;
 - 4) sempre nei casi di infortunio, idonea documentazione dalla quale risultino le modalità dell'infortunio stesso (ad esempio verbale dell'incidente).

Il Fondo ha il diritto di richiedere la cartella clinica relativa al ricovero.

2. Oneri contributivi previdenziali

La richiesta di rimborso di parte degli oneri contributivi previdenziali deve essere inoltrata dal datore di lavoro al Fondo al termine della malattia e comunque entro due mesi da tale evento.

Per la richiesta di rimborso deve utilizzarsi l'apposito stampato (MRR.82) allegato al presente regolamento debitamente compilato e sottoscritto, allegando allo stesso la seguente documentazione:

- a) copia della ricevuta di pagamento (quietanza F24) dei mesi interessati dal periodo di malattia.

Il diritto al rimborso decade qualora la richiesta, completa della documentazione prescritta, non pervenga al Fondo entro un anno dal termine della malattia.

3. Indennità di rilascio alloggio

La richiesta di rimborso dell'indennità rilascio alloggio di cui all'art. 8, punto 3 del presente regolamento deve essere inoltrata dal datore di lavoro al Fondo al quale deve pervenire entro 3 mesi dalla data dell'effettivo rilascio dei locali.

La richiesta di rimborso dell'indennità di rilascio alloggio viene effettuata inoltrando l'apposito stampato (mod. MRR.83) allegato al presente regolamento, debitamente compilato e sottoscritto, con allegata la seguente documentazione:

- a) certificato di morte del dipendente;
- b) stato di famiglia del dipendente;
- c) copia della ricevuta di pagamento (quietanza F24) relativa al mese precedente a quello in cui è avvenuto il decesso;
- d) fotocopia del documento comprovante l'avvenuto pagamento agli aventi diritto dell'indennità di rilascio alloggio, conforme al modulo allegato contenente anche l'autorizzazione ai sensi della legge sulla privacy;
- e) dichiarazione del datore di lavoro, sotto la propria personale responsabilità, di aver corrisposto l'indennità in questione alle persone conviventi nell'alloggio rilasciato da almeno sei mesi precedenti il decesso con piena manleva della Cassa portieri al riguardo.

Si considera decaduto il diritto al rimborso qualora la richiesta, completa della documentazione come sopra prescritta, non pervenga al Fondo entro il termine di tre mesi dalla data dell'effettivo rilascio dell'alloggio.

Art. 17

(Comunicazione della malattia)

1. Le comunicazioni di malattia o di ricovero ospedaliero devono essere effettuate dal dipendente al datore di lavoro con le modalità e nei termini stabiliti dalla contrattazione collettiva.

2. Il datore di lavoro, entro tre giorni da quando ha ricevuto da parte del dipendente la notizia della malattia o del ricovero ospedaliero, deve darne comunicazione al Fondo trasmettendo il certificato medico dal quale risulti la prognosi, oppure il numero di protocollo identificativo del certificato inviato in via telematica dal medico, oppure, in caso di ricovero ospedaliero, trasmettendo il certificato di ricovero.

3. Tale comunicazione può essere effettuata per raccomandata o per fax o per e-mail. In tali ultimi casi viene trasmessa la copia del certificato medico o del certificato di ricovero. L'originale di tale documento (salvo il caso di certificato medico telematico) verrà inviato successivamente insieme alla richiesta di rimborso.

4. Le eventuali continuazioni del periodo di malattia vengono comunicate da parte del datore di lavoro con le stesse modalità di cui sopra.

5. Perché il Fondo possa provvedere al rimborso al datore di lavoro della indennità di malattia da questi anticipata al dipendente, è necessario che i documenti sanitari (certificato medico completo di diagnosi ed eventuali successive diagnosi redatte dal medico in caso di continuazione di malattia;

certificato di ricovero e certificato di dimissione completi di diagnosi, in caso di ricovero ospedaliero; cartella clinica, nel caso in cui venga esplicitamente richiesta dal Fondo; verbale del pronto soccorso in caso di infortunio non sul lavoro) pervengano tempestivamente in originale al Fondo stesso.

6. Il dipendente ha il dovere di inviare, direttamente, o, a sua scelta, tramite il datore di lavoro (al quale in questo caso dovrà consegnare dichiarazione liberatoria ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003), entro 3 giorni dall'inizio della malattia, o, rispettivamente, dalla sua prosecuzione, o dal ricovero ospedaliero, o dalla successiva dimissione, l'originale (salvo il caso di certificato medico telematico) del rispettivo documento sanitario quale sopra indicato. Parimenti il dipendente, qualora il Fondo ne abbia fatto richiesta, è tenuto ad inviare il più tempestivamente possibile e con le medesime modalità di cui sopra, la cartella clinica. In caso di infortunio non sul lavoro, il lavoratore dovrà altresì trasmettere in originale, sempre con la massima tempestività possibile e con le stesse modalità di cui sopra, l'idonea documentazione dalla quale risulti la dinamica e le modalità dell'infortunio stesso (ad esempio dichiarazione di responsabilità con descrizione dell'incidente).

7. Nel caso in cui la trasmissione dei documenti di cui sopra avvenga direttamente da parte del dipendente al Fondo, quest'ultimo, qualora si tratti di malattia per la quale il c.c.n.l. esclude l'indennità a favore del lavoratore, lo comunica tempestivamente al datore di lavoro e al dipendente stesso.

8. Nei casi nei quali il dipendente non invii al Fondo alcuna documentazione o invii documentazioni incomplete, il Fondo provvede al sollecito, dandone contestuale comunicazione al datore di lavoro; sarà cura del Fondo avvisare il datore di lavoro dell'avvenuto successivo completamento della documentazione.

9. Il datore di lavoro, nel caso in cui decada dal diritto al rimborso di cui al successivo art. 19 a causa della mancata trasmissione dei documenti di cui sopra da parte del dipendente o a causa dell'incompletezza della documentazione da questi trasmessa, potrà rivalersi nei confronti del dipendente stesso.

Art. 18

(Corresponsione della prestazione)

1. Di norma il Fondo procede ai rimborsi dovuti entro il mese successivo a quello in cui è pervenuta la richiesta di rimborso completa della documentazione come sopra indicata ovvero entro il mese successivo a quello in cui la documentazione stessa è stata completata.

2. L'erogazione delle prestazioni avverrà esclusivamente tramite accredito (bonifico) su c/c bancario o postale intestato al datore di lavoro (condominio o proprietà).

3. Nel caso in cui venga richiesta la cartella clinica, di norma il Fondo procede al rimborso dovuto entro il mese successivo a quello nel quale tale cartella clinica sia pervenuta.

Art. 19

(Decadenza dal diritto al rimborso dell'indennità di malattia)

1. Tardiva comunicazione

Il diritto al rimborso decade nel caso in cui la malattia non venga comunicata entro 2 mesi dall'inizio della malattia stessa.

2. Tardiva richiesta di rimborso o tardivo completamento della documentazione

Il diritto al rimborso decade nel caso in cui, entro l'anno dal termine della malattia, non sia stato inoltrato lo stampato di richiesta del rimborso (attualmente: mod. MRR.81) oppure nel caso in cui lo stesso sia stato trasmesso ma risulti compilato in modo incompleto, nonché infine nel caso in cui, entro l'anno dal termine della malattia, il Fondo non sia venuto in possesso dello stampato di richiesta dei dati (mod. MRD), debitamente compilato in ogni sua parte (art. 14) e/o del consenso (art. 15).

Il diritto al rimborso decade comunque nel caso in cui la documentazione, come sopra indicata, non pervenga al Fondo entro un anno dal termine della malattia.

Nel caso in cui il Fondo richieda la cartella clinica relativa al ricovero ospedaliero del dipendente, il diritto al rimborso decade qualora tale cartella non pervenga al Fondo entro un anno dalla richiesta, se tale richiesta viene effettuata successivamente al termine della malattia, o entro 1 anno dal termine della malattia, se la richiesta viene effettuata prima del termine della stessa.

Art. 20

(Controlli sull'assenza per malattia)

1. I controlli sulle malattie e sulle assenze vanno effettuati con le modalità previste dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

2. Il dipendente è tenuto a sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dal Fondo direttamente o dalla/e società assicuratrice/i convenzionata/e con il Fondo malattia, secondo le leggi e le norme vigenti.

Art. 21

(Decadenza delle prestazioni)

1. Il dipendente, che non giustifichi la malattia nei termini e con le modalità previste, o che, salvo giustificato motivo, non sia reperito nelle fasce orarie al domicilio dichiarato, o che non sia ritenuto ammalato al controllo da parte dei medici di enti o di istituti pubblici a ciò incaricati, decade dal diritto alla prestazione.

2. Analogamente, decade dal diritto alla prestazione il dipendente che non fornisca la documentazione, o che non si sottoponga agli eventuali accertamenti e controlli medici richiesti come sopra dal Fondo malattia direttamente o dalla/e società assicuratrice/i convenzionata/e.

3. Sono in ogni caso fatti salvi i provvedimenti disciplinari previsti dalla contrattazione collettiva e le prerogative dell'Autorità giudiziaria penale.

Art. 22
(Esercizio finanziario)

1. L'esercizio finanziario inizia il 1° gennaio e si chiude il 31 dicembre di ogni anno.

2. Il rendiconto annuale deve essere redatto secondo le disposizioni civilistiche e fiscali previste dalla legislazione vigente.

Art. 23
(Contabilità del Fondo malattia)

1. La contabilità della sezione può essere redatta direttamente, ovvero può essere affidata ad una società di servizi, attraverso una convenzione appositamente sottoscritta dagli Organi della Cassa.

Art. 24
(Costi di amministrazione)

1. Le spese di funzionamento e di amministrazione del Fondo malattia, nonché quelle di funzionamento degli Organi sociali, quando non diversamente stabilito, vanno prelevate dai contributi versati ai sensi del precedente art. 5, prima che essi vadano trasferiti ai gestori finanziari delle risorse.

Art. 25
(Gestione finanziaria delle risorse)

1. Le finalità mutualistiche ed assistenziali del Fondo malattia vanno raggiunte senza alcun intento speculativo, di norma tramite il ricorso a forme assicurative.

Art. 26
(Convenzioni)

1. Il Comitato esecutivo decide la sottoscrizione, con una o più compagnie di assicurazione, di apposite convenzioni atte a conseguire vantaggiose condizioni ed un adeguato servizio individuando la/e compagnia/e di assicurazione e definendo le condizioni di convenzione.

Art. 27
(Clausola compromissoria)

1. Tutte le controversie comunque relative alle interpretazioni del presente regolamento, soprattutto sulle contribuzioni e sulle prestazioni individuali, sono deferite alla decisione di un Collegio irrituale di equità composto di 3 arbitri. Ciascuna parte nomina un arbitro; e gli arbitri così designati nomineranno il terzo con funzione di Presidente del Collegio.

2. Se il terzo arbitro non viene nominato entro 30 giorni dalla nomina dei primi due, la nomina è effettuata - a richiesta di una qualunque delle parti - dal Presidente del Tribunale di Roma, il quale provvede altresì alla nomina dell'arbitro della parte che non vi abbia provveduto entro 30 giorni dalla comunicazione pervenuta ad essa, della nomina dell'arbitro dell'altra parte.

3. Gli arbitri designati decidono - anche a maggioranza, come mandatari comuni delle parti amichevoli compositive, senza alcuna formalità di procedura, entro 90 giorni dall'ultima accettazione della loro nomina, salvo comunque il principio del contraddittorio.

4. Essi comunicano congiuntamente la loro decisione, sinteticamente motivata, alle parti. Le parti sono impegnate a considerare la decisione degli arbitri quale espressione della loro volontà contrattuale.

Art. 28
(Sostituto del portiere)

1. Limitatamente ai periodi per i quali è stato assunto, e compatibilmente con il rapporto di lavoro a termine instaurato, le disposizioni contenute nel presente regolamento si applicano anche nei confronti del sostituto del portiere.

Art. 29
(Modifiche al regolamento)

1. Le disposizioni contenute nel presente regolamento, potranno essere riesaminate per volontà consensuale delle Organizzazioni stipulanti che lo richiederanno con preavviso di sei mesi ovvero nel corso della contrattazione di rinnovo del contratto collettivo, e comunque nel caso in cui, per effetto di leggi o provvedimenti, si determinino situazioni nuove che incidano sull'attuale assetto normativo della indennità economica di malattia, a favore dei dipendenti da proprietari di fabbricati, in modo da conformarsi a tali leggi e provvedimenti.

Art. 30
(Entrata in vigore)

1. Il presente regolamento sostituisce integralmente i precedenti ed entra in vigore il

Capitolo II
REGOLAMENTO ATTUATIVO
DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA INTEGRATIVA

Art. 1
(Le prestazioni di assistenza integrativa)

Il Fondo malattia eroga:

A) un contributo "una tantum" pari a € 1.000,00 lordi in favore dei dipendenti da proprietari di fabbricati iscritti alla Cassa ed in regola con i versamenti per ogni figlio nato (Assegno per nascita);

B) un contributo "una tantum" pari a € 258,23 lordi in favore degli eredi diretti conviventi con i dipendenti da proprietari di fabbricati iscritti alla Cassa ed in regola con i versamenti, deceduti in costanza di rapporto di lavoro (Contributo per spese funerarie);

C) un contributo annuo pari a € 1.291,14 lordi in favore dei dipendenti da proprietari di fabbricati iscritti alla Cassa ed in regola con i versamenti, per il coniuge e/o parenti di primo grado a proprio carico e con una invalidità riconosciuta non inferiore al 70% (Contributo per familiari portatori di invalidità);

D) un contributo annuo pari a € 2.000,00 lordi in favore dei dipendenti da proprietari di fabbricati iscritti alla Cassa ed in regola con i versamenti, per ogni figlio a carico portatore di una invalidità riconosciuta non inferiore al 70% (Contributo per figli portatori di invalidità).

Art. 2
(Ambito di applicazione)

Hanno diritto alla prestazione di cui al precedente articolo 1, i dipendenti da proprietari di fabbricati con rapporto di cui ai profili professionali A), C) e D) della classificazione dell'art. 18 del c.c.n.l. in regola con i versamenti del contributo di assistenza contrattuale di cui all'art. 6 del c.c.n.l.

Si intendono in regola con i versamenti, i dipendenti per i quali il contributo sopra richiamato sia versato in modo regolare e continuativo sin dal momento della prima iscrizione al Fondo malattia portieri.

Art. 3
(Modalità di domanda e documentazione da allegare)

L'erogazione del contributo avviene direttamente a favore dell'avente diritto (prestazione diretta) dietro presentazione di apposita domanda da indirizzare a: Cassa portieri - C.so Trieste, 10 - 00198 ROMA - utilizzando l'apposito modulo MAI ed allegando la seguente prescritta documentazione.

Ai fini della domanda di contributo di cui al punto A) dell'art. 1 (Assegno per nascita):

- a) certificato di nascita del nuovo nato;
- b) stato di famiglia;
- c) dichiarazione di regolarità contributiva firmata dal proprio datore di lavoro.

Ai fini della domanda di contributo di cui al punto B) dell'art. 1 (Contributo per spese funerarie):

- a) certificato di morte;
- b) stato di famiglia;
- c) dichiarazione di regolarità contributiva firmata dal proprio datore di lavoro.

La domanda di contributo per spese funerarie deve necessariamente essere presentata dal coniuge convivente e solo in mancanza di esso, da uno qualsiasi degli altri eredi diretti conviventi.

Ai fini della domanda di cui ai punti C) e D) dell'art. 1 (Contributo per figli e familiari portatori di invalidità):

- a) certificazione della competente ASL attestante i requisiti minimi di invalidità civile richiesti;
- b) stato di famiglia;
- c) fotocopia ultima certificazione fiscale rilasciata dal proprio datore di lavoro (modello CUD) od altra idonea documentazione fiscale da dove risulti il carico fiscale del soggetto richiedente il contributo;
- d) dichiarazione di regolarità contributiva firmata dal datore di lavoro.

Qualora il soggetto invalido raggiunga la maggiore età si deve procedere alla richiesta di rinnovo della documentazione medica attestante i requisiti di invalidità che dovrà essere pertanto prodotta con l'indicazione della percentuale di invalidità.

In tutti gli altri casi, qualora la documentazione medica attestante i requisiti di invalidità sia stata rilasciata da più di 5 anni, si deve procedere alla richiesta di rinnovo della certificazione stessa.

Per la dichiarazione della regolarità contributiva del datore di lavoro si allega il modulo MRC6.

L'erogazione del contributo avviene tramite accredito (bonifico) su c/c bancario o postale intestato all'avente diritto.

Art. 4

(Termini di presentazione)

La domanda per l'ottenimento delle prestazioni di Assistenza integrativa di cui all'art. 1 deve necessariamente essere inoltrata:

- nelle ipotesi previste alla lettere A), (Assegno per nascita) e B) (Contributo per spese funerarie) entro 3 mesi dal verificarsi dell'evento;

- nelle ipotesi prevista alle lettere C) ed D) (Contributo per figli e familiari portatori di invalidità) entro 3 mesi dalla fine dell'annualità per la quale si richiede il contributo.

Qualora venga richiesto dalla Cassa il rinnovo della certificazione medica, la stessa deve pervenire entro i 3 mesi successivi la data della richiesta.

Art. 5

(Lavoro a tempo parziale)

Nel caso di rapporto di lavoro a tempo parziale (artt. 51, 61 e 70 c.c.n.l.) o di lavoro ripartito (art. 36 c.c.n.l.) gli importi dei contributi spettano in misura intera.

Un medesimo fatto o accadimento può essere oggetto di contributo una sola volta anche in presenza di più rapporti di lavoro a tempo parziale intrattenuti dal medesimo dipendente presso diversi datori di lavoro.

Art. 6

(Entrata in vigore)

Il presente regolamento di Assistenza Integrativa entra in vigore il e sostituisce integralmente i precedenti.

SEZIONE "SANITÀ PORTIERI"

Piano di assistenza, sanitaria integrativa
e di assistenza sociale a rilevanza sanitaria
(o nomenclatore delle prestazioni garantite)

Il presente Piano sanitario costituisce parte integrante del regolamento della Sezione "Sanità portieri" come previsto dall'art. 9 dello stesso.

1. Garanzie prestate e modalità di usufruizione

Le garanzie sono prestate in caso di malattia e in caso di infortunio, a favore dei lavoratori iscritti al Fondo Sanità portieri in regola con i versamenti per le spese sostenute per:

- indennità giornaliera per ricovero per grande intervento chirurgico (garanzia operante solamente per i ricoveri a seguito degli interventi contenuti nell'allegato in calce);

- ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio (garanzia operante solamente per i ricoveri a seguito degli interventi contenuti nell'allegato in calce);

- prestazioni di alta specializzazione;

- visite specialistiche presso rete convenzionata;

- tickets per accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati presso il SSN;

- rimborso lenti ed occhiali;

- pacchetto maternità;

- trattamenti fisioterapici riabilitativi solo a seguito di infortunio;

- prestazioni odontoiatriche particolari;

- prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate;

- prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione);

- servizi di consulenza.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'iscritto può rivolgersi a seconda dei casi presso:

a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con il Fondo

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con il Fondo è necessario contattare la centrale operativa e prenotare la prestazione (si veda la procedura al punto 11.1). Il pagamento avviene

direttamente a cura del Fondo (prestazione erogata in forma diretta).

b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con il Fondo

Nel caso, invece di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con il Fondo, ivi comprese quelle pubbliche tramite il Servizio sanitario nazionale, sarà cura dell'interessato effettuare la prestazione e successivamente chiedere il rimborso (si veda la procedura al punto 11.2) (prestazione erogata in forma rimborsuale).

ATTENZIONE: Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. Ricovero

2.1. Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per grande intervento chirurgico (vedi elenco allegato)

In caso di ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato), l'iscritto avrà diritto a un'indennità di € 40,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

La garanzia viene erogata indipendentemente dal fatto che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata.

La prestazione viene erogata all'iscritto dietro apposita domanda (si veda la procedura di cui al punto 11.2 - richiesta della prestazione tramite centrale operativa).

2.3. Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio (per ricovero per grande intervento chirurgico come da elenco allegato)

Il Fondo, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, per ricovero indennizzabile, e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, mette a disposizione tramite rete convenzionata, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica.

Il Fondo, tramite la rete convenzionata, concorderà il programma medico/riabilitativo con l'iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Le spese rientranti in tale garanzia vengono liquidate direttamente alle strutture convenzionate interessate a cura del Fondo (si veda la procedura di cui al punto 11.1 - richiesta della prestazione tramite rete convenzionata).

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 3.000,00 per persona.

3. Alta specializzazione

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia

- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con il Fondo, le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente (si veda la procedura di cui al punto 11.1 - richiesta della prestazione tramite rete convenzionata) alle strutture medesime senza applicazione di nessuno scoperto e franchigia.

Qualora l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, le spese sostenute vengono rimborsate all'iscritto (si veda la procedura di cui al punto 11.2 - richiesta della prestazione tramite centrale operativa) con l'applicazione di uno scoperto pari al 20% con un minimo non indennizzabile pari a € 70,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni sopraindicate corrisponde a € 500,00 per assicurato.

4. Visite specialistiche presso rete convenzionata

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per tutte le visite specialistiche con l'esclusione delle prestazioni odontoiatriche e ortodontiche.

La garanzia opera in presenza di una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Le visite devono essere necessariamente effettuate presso strutture sanitarie convenzionate con il Fondo ed effettuate da medici con esso convenzionati.

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente (si veda la procedura di cui al punto 11.1 - richiesta della prestazione tramite rete convenzionata) alle strutture medesime senza applicazione di scoperti o franchigie.

Numero massimo di visite annue: 3 visite per persona.

5. Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici presso il SSN (tickets); rimborso di lenti ed occhiali

Il Fondo rimborsa nella misura massima di € 400,00 ogni due anni, in favore degli iscritti con età superiore a 40 anni, le spese sostenute per l'effettuazione di accertamenti sanitari del proprio stato di salute sanitarie presso il Servizio sanitario nazionale (tickets).

Possono essere oggetto di rimborso esclusivamente le spese mediche sostenute di tipo specialistico (visite specialistiche) nonché le spese sostenute per l'effettuazione di una o più analisi specifiche consistenti in via esemplificativa e non tassativa in una delle seguenti: analisi delle urine, sangue, eco doppler, spirometria, ECG sotto sforzo, eco-tomografia, esami radiologici e quanto altro in argomento.

Del predetto rimborso biennale di € 400,00 di cui sopra, € 100,00 possono essere rimborsati per l'acquisto di occhiali da vista o lenti da vista a seguito di specifica prescrizione medica rilasciata nell'anno di acquisto. Quest'ultimo rimborso potrà aver luogo una sola volta per ogni quadriennio.

Non rientrano tra le spese mediche rimborsabili quelle inerenti a cure estetiche. Non costituisce altresì spesa medica rimborsabile (con la sola eccezione di occhiali e/o lenti nei limiti sopra visti), l'acquisto di materiale sanitario (prodotti farmaceutici, protesi e similari).

La prestazione viene erogata all'iscritto dietro apposita domanda (si veda la procedura di cui al punto 11.2 - richiesta della prestazione inoltrata direttamente al Fondo sanitario).

6. Pacchetto maternità

Il Fondo provvede al rimborso all'iscritto delle spese sanitarie per le seguenti prestazioni:

In gravidanza

- ecografie di controllo;

- amniocentesi;
- analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza;
- visite specialistiche di controllo sull'andamento della gravidanza;
- in caso di aborto avvenuto dopo il primo trimestre di gravidanza, rientra in copertura l'eventuale successivo trattamento psicoterapico che si renda necessario, fino ad un massimo di 15 sedute per evento.

Durante il ricovero per parto

- corresponsione di un'indennità di € 70,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 15 giorni per ogni ricovero. Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di ricovero per aborto terapeutico.

La prestazione viene erogata all'iscritto dietro apposita domanda (si veda la procedura di cui al punto 11.2 - richiesta della prestazione inoltrata direttamente al Fondo sanitario).

La garanzia è prestata fino a un massimo di € 700,00 per anno assicurativo e per persona.

7. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medico "di famiglia" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Rientrano nella garanzia solo ed esclusivamente i trattamenti effettuati presso strutture sanitarie convenzionate con il Fondo.

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono direttamente liquidate alle strutture medesime a cura del Fondo (si veda la procedura di cui al punto 11.1 - richiesta della prestazione tramite rete convenzionata) senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'interessato.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 350,00 per persona.

8. Prestazioni odontoiatriche particolari

In deroga a quanto previsto all'art.13 "Esclusioni dall'assicurazione", punto 3, il Fondo provvede al pagamento, nella misura del 50%, del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con il Fondo indicate dalla Centrale operativa previa prenotazione (si veda la procedura di cui al punto 11.1 - richiesta della prestazione tramite rete convenzionata). Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto" sotto indicate sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale. Il Fondo provvederà al pagamento della prestazione fino ad un massimo di € 60,00.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'iscritto, il medico della struttura convenzionata riscontri la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, il Fondo provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

Restano invece a carico dell'iscritto, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi, ecc.

9. Prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate UNISALUTE

Qualora una prestazione odontoiatrica (sono escluse le prestazioni di tipo estetico) non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale e rimanga a totale carico dell'iscritto, è possibile richiedere comunque alla Centrale operativa (si veda la procedura di cui al punto 11.1 - richiesta della prestazione tramite rete convenzionata) la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della rete convenzionata, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli iscritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

10. Prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione)

Il Fondo provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale operativa previa prenotazione (si veda la procedura di cui al punto 11.1 - richiesta della prestazione tramite rete convenzionata). Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- urine; esame chimico, fisico e microscopico
- feci: ricerca del sangue occulto
- PSA.

Prestazioni previste per le donne:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- urine; esame chimico, fisico e microscopico
- feci: ricerca del sangue occulto
- pap-test.

11. Richiesta della prestazione e modalità di rimborso

11.1. Prestazione effettuata tramite struttura convenzionata e modalità di pagamento

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con il Fondo l'iscritto dovrà preventivamente contattare l'apposita centrale operativa al numero verde gratuito 800 xxx xxx dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il numero 0039 051 xxxxxx.

Gli operatori, verificata la compatibilità della prestazione con il Piano sanitario, provvederanno alla prenotazione c/o il centro prescelto.

All'atto dell'effettuazione della prestazione l'iscritto dovrà presentare un documento comprovante la propria identità e, quando previsto, la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di prestazione effettuata tramite strutture convenzionate le spese vengono direttamente liquidate alle strutture medesime a cura del Fondo.

11.2. Prestazione effettuata presso strutture non convenzionate oppure presso il SSN e modalità di richiesta rimborso

Nel caso, invece, di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con il Fondo, ivi comprese quelle pubbliche tramite il Servizio sanitario nazionale, sarà cura dell'interessato usufruire della prestazione e successivamente chiedere il rimborso. A tal fine è necessario inviare una apposita richiesta di rimborso completa della seguente documentazione:

- modulo di domanda debitamente compilato e sottoscritto;
- in caso di ricovero copia della cartella clinica completa della scheda di dimissione ospedaliera;
- in caso di prestazioni di alta specializzazione (punto 3) copia della prescrizione contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione;
- fotocopia della documentazione relativa alle spese sostenute (fatture e/o ricevute di pagamento quietanzate);
- copia ultima busta paga.

Nel caso della garanzia di cui al punto 2.1 (Indennità giornaliera per ricovero) e 3 (Alta specializzazione eseguita in provincia non coperta dalla rete) la richiesta deve essere inviata a:

- "Fondo sanità portieri" c/o centrale operativa di UNISALUTE
in Via del Gomito, 1 - 40127 Bologna.

Nel caso della garanzia di cui ai punti 5 (Tickets visite specialistiche ed accertamenti diagnostici presso il SSN - rimborso lenti ed occhiali) e 6 (Pacchetto maternità) la richiesta deve essere inviata a:

- "Fondo sanità portieri" c/o sede amministrativa

in C.so Trieste, 10 - 00198 Roma.

12. Servizi di consulenza

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale operativa di UNISALUTE telefonando al numero verde 800 xxx xxx - dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Pareri medici immediati

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

13. Esclusione dalle garanzie

Il Piano Sanitario non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;

2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;

3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;

4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, compresi nell'elenco dei grandi interventi chirurgici, resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);

5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;

6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;

7. i ricoveri causati dalla necessità dell'assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;

9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;

10. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;

11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato;

12. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;

13. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;

14. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;

15. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale;

16. le prestazioni non espressamente previste dal presente piano sanitario.

Elenco grandi interventi chirurgici

Neurochirurgia

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

Oculistica

- Interventi per neoplasie del globo oculare

- Intervento di enucleazione del globo oculare

Otorinolaringoiatria

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

Chirurgia del collo

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

Chirurgia dell'apparato respiratorio

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

Chirurgia cardiovascolare

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

Chirurgia dell'apparato digerente

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

Urologia

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicoleclectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

Ginecologia

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

Ortopedia e traumatologia

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

Chirurgia pediatrica

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

Trapianti di organo

- Tutti

REGOLAMENTO ATTUATIVO SEZIONE "SANITÀ PORTIERI"

Art. 1

(Costituzione della Sezione)

Nell'ambito della Cassa portieri viene istituita, ai sensi dell'art. 2 dello Statuto, una autonoma e separata Sezione contabile e patrimoniale, denominata "Fondo di assistenza sanitaria integrativa per i dipendenti da proprietari di fabbricati", più brevemente "Sanità portieri" o "Fondo sanitario".

Art. 2

(Scopo)

1. Il Fondo "Sanità portieri" ha lo scopo di provvedere alla corresponsione di trattamenti di assistenza sanitaria e socio-sanitaria supplementari, integrativi delle prestazioni sanitarie pubbliche, rese dal Servizio sanitario nazionale.

Art. 3

(Iscritti - Beneficiari)

1. Sono iscritti alla Sezione "Sanità portieri" della Cassa portieri tutti i dipendenti da proprietari di fabbricati, nei confronti dei quali vengono applicati i cc.cc.nn.l. a partire da quello stipulato il 12 novembre 2012, ed i successivi rinnovi contrattuali, sottoscritti tra la Confedilizia e FILCAMS-CGIL, FISASCAT-CISL, e la UILTUCS, i quali non fruiscano già di una forma di assistenza sanitaria integrativa.

2. Beneficiari delle prestazioni sono i medesimi dipendenti iscritti alla Cassa ed i loro aventi causa, come individuati nel Piano di assistenza sanitaria integrativa e di assistenza sociale a rilevanza sanitaria, di cui al successivo art. 9.

Art. 4

(Obbligatorietà della contribuzione)

1. L'applicazione dei cc.cc.nn.l. indicati al precedente art. 3, punto 1 e dei successivi rinnovi contrattuali comporta l'obbligo di iscrizione dei dipendenti al Fondo "Sanità portieri" della Cassa portieri, nonché l'obbligo del versamento dei contributi a carico dei datori di lavoro.

2. L'obbligo della iscrizione e della contribuzione non ricorre unicamente nei confronti di quei dipendenti che, pur essendo destinatari dei citati cc.cc.nn.l., già fruiscono di una forma di assistenza sanitaria integrativa.

3. Il versamento dei contributi al Fondo "Sanità portieri" è effettuato dai datori di lavoro.

Art. 5

(Contribuzione)

1. Il Fondo "Sanità portieri" si alimenta, per il perseguimento dei propri fini istituzionali e nel rispetto della normativa civilistica, previdenziale e fiscale vigente "pro-tempore", con contributi obbligatori a carico del datore di lavoro nella misura prevista dal c.c.n.l. in vigore per i dipendenti da proprietari di fabbricati.

Art. 6

(Versamento dei contributi)

1. I contributi, calcolati con le modalità indicate al precedente art. 5, vanno versati con periodicità mensile all'INPS (Istituto nazionale della previdenza sociale), Ente con il quale viene stipulata apposita convenzione per la riscossione: il versamento dei contributi deve essere effettuato entro gli stessi termini di scadenza dei contributi sociali obbligatori.

Art. 7

(Sospensione prestazioni e contribuzioni per aspettativa non retribuita del lavoratore)

Per i lavoratori che su richiesta siano collocati in aspettativa non retribuita che comporta la sospensione dell'attività lavorativa superiore ad 1 mese, il contributo ordinario non dovrà essere versato dal primo giorno del mese successivo all'attivazione della sospensione stessa.

Al termine dell'aspettativa e dunque al momento della ripresa lavorativa, le prestazioni sono riattivate dal primo giorno del mese successivo all'avvenuta comunicazione della ripresa stessa: il contributo ordinario è in tal caso dovuto con decorrenza dal mese in cui ha termine l'aspettativa non retribuita.

In nessun caso è da considerarsi aspettativa non retribuita il periodo di astensione, sia obbligatoria che facoltativa, per maternità.

Art. 8

(Decadenza del diritto alle prestazioni - Cessazione contribuzione)

Il diritto alle prestazioni si estingue:

- a) per cessazione del rapporto di lavoro nel settore;
- b) per decesso;
- c) per scioglimento, liquidazione o cessazione, per qualsiasi causa, della Cassa portieri.

Al verificarsi del caso sub a), il relativo onere contributivo per il datore di lavoro cessa dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui interviene la cessazione del rapporto di lavoro se la comunicazione è effettuata entro 90 giorni dalla causa di cessazione stessa. Diversamente l'obbligo di versamento del contributo cessa dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui avviene la comunicazione.

Nel caso sub b), l'onere contributivo per il datore di lavoro cessa dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui si è verificato l'evento se la comunicazione, da parte dello stesso, è effettuata entro 90 giorni dall'evento stesso. Diversamente l'obbligo di versamento del contributo cessa dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui avviene la comunicazione.

Il diritto al rimborso di eventuali prestazioni effettuate e non liquidate prima del decesso è trasferito agli eredi del dipendente deceduto.

Art. 9

(Prestazioni del Fondo)

1. Gli Organi della Cassa portieri approvano ed aggiornano, con specifica delibera, che diviene parte integrante del presente regolamento, il "Piano di assistenza sanitaria integrativa e di assistenza sociale a rilevanza sanitaria (o nomenclatore delle prestazioni garantite)", comprendente la definizione, l'elenco e le modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria integrative erogate dal Fondo "Sanità portieri".

Art. 10

(Prima iscrizione e regolarità contributiva)

1. I dipendenti da proprietari di fabbricati iscritti al Fondo "Sanità portieri", hanno diritto all'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria integrative, a condizione che i contributi risultino versati in modo regolare e continuativo fin dalla data di 1ª iscrizione.

2. Il Fondo non eroga le indennità e le prestazioni di cui al precedente art. 9 maturate nei primi tre mesi successivi alla data di iscrizione al Fondo.

Art. 11

(Comunicazioni al Fondo)

1. Le modalità pratiche a carico dei dipendenti iscritti per le comunicazioni al Fondo "Sanità portieri" vengono deliberate unitamente alla relativa modulistica da impiegare.

2. Il contenuto di tali deliberazioni viene comunicato mediante pubblicazione sul notiziario della Cassa portieri, nonché sul sito della Cassa portieri www.cassaportieri.it.

Art. 12

(Comunicazione dati)

1. I dati del dipendente iscritto al Fondo "Sanità portieri" e le relative variazioni (es. cessazione del rapporto) devono essere tempestivamente comunicati dal datore di lavoro mediante l'invio dell'apposito stampato (mod. MRD), allegato al presente regolamento, debitamente compilato in ogni sua parte.

Art. 13

(Comunicazione della dichiarazione di consenso ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003)

1. Il datore di lavoro deve trasmettere al Fondo "Sanità portieri" la dichiarazione di consenso ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 (privacy) e la relativa informativa (modd. LP/A e LP/B), allegati al presente regolamento, debitamente firmate dal dipendente. Tali documenti devono essere inviati una sola volta per ogni dipendente. Essi sono indispensabili perché il Fondo possa provvedere alla corresponsione delle prestazioni.

Art. 14

(Richiesta della prestazione)

Le modalità di presentazione della domanda per l'erogazione delle prestazioni da parte del Fondo "Sanità portieri", nonché la relativa modulistica e la documentazione da allegare alla domanda, sono indicate nel Piano di assistenza sanitaria integrativa e di assistenza sociale a rilevanza sanitaria, di cui al precedente art. 9.

Art. 15

(Erogazione della prestazione)

1. Di norma il Fondo procede al rimborso dovuto entro il mese successivo a quello in cui è pervenuta la domanda completa della documentazione prevista dal Piano di assistenza sanitaria integrativa e di assistenza sociale a rilevanza sanitaria, di cui al precedente art. 9, ovvero entro il mese successivo a quello in cui la documentazione stessa è stata completata.

2. L'erogazione delle prestazioni avverrà esclusivamente tramite accredito (bonifico) su c/c bancario o postale intestato al dipendente beneficiario.

Art. 16

(Termini di decadenza del diritto alle prestazioni)

Il diritto al rimborso delle prestazioni inerenti il Piano di assistenza sanitaria integrativa e di assistenza sociale a rilevanza sanitaria decade nel caso in cui l'evento che determina il diritto alla prestazione non venga comunicato entro due anni dalla data in cui si è verificato.

Art. 17

(Esercizio finanziario)

1. L'esercizio finanziario inizia il 1° gennaio e si chiude il 31 dicembre di ogni anno.

2. Il rendiconto annuale della Sezione "Fondo sanitario" deve essere redatto secondo le disposizioni civilistiche e fiscali previste dalla legislazione vigente.

Art. 18

(Contabilità del Fondo sanitario)

1. La contabilità della Sezione può essere redatta direttamente, ovvero può essere affidata ad una società di servizi, attraverso una convenzione appositamente sottoscritta dagli Organi della Cassa.

Art. 19

(Costi di amministrazione)

1. Le spese di funzionamento e di amministrazione della Sezione "Fondo sanitario", nonché quelle di funzionamento degli Organi sociali, quando non diversamente stabilito, vanno prelevate dai contributi versati ai sensi del precedente art. 5, prima che essi vadano trasferiti ai gestori finanziari delle risorse.

Art. 20

(Gestione finanziaria delle risorse)

1. Le finalità di assistenza sanitaria e socio-sanitaria integrative del "Fondo sanitario" vanno raggiunte senza alcun intento speculativo, anche tramite il ricorso a forme assicurative.

Art. 21

(Convenzioni)

1. Il Comitato esecutivo decide la sottoscrizione, con una o più compagnie di assicurazione, di apposite convenzioni atte a conseguire vantaggiose condizioni ed un adeguato servizio individuando la/e compagnia/e di assicurazione e definendo le condizioni di convenzione.

Art. 22
(Clausola compromissoria)

1. Tutte le controversie comunque relative alle interpretazioni del presente regolamento, soprattutto sulle contribuzioni e sulle prestazioni individuali, sono deferite alla decisione di un Collegio irrituale di equità composto di 3 arbitri. Ciascuna parte nomina un arbitro; e gli arbitri così designati nomineranno il terzo con funzione di Presidente del Collegio.

2. Se il terzo arbitro non viene nominato entro 30 giorni dalla nomina dei primi due, la nomina è effettuata - a richiesta di una qualunque delle parti - dal Presidente del Tribunale di Roma, il quale provvede altresì alla nomina dell'arbitro della parte che non vi abbia provveduto entro 30 giorni dalla comunicazione pervenuta ad essa, della nomina dell'arbitro dell'altra parte.

3. Gli arbitri designati decidono - anche a maggioranza - come mandatarî comuni delle parti amichevoli compositive, senza alcuna formalità di procedura, entro 90 giorni dall'ultima accettazione della loro nomina, salvo comunque il principio del contraddittorio.

4. Essi comunicano congiuntamente la loro decisione, sinteticamente motivata, alle parti. Le parti sono impegnate a considerare la decisione degli arbitri quale espressione della loro volontà contrattuale.

Art. 23
(Sostituto del portiere)

1. Limitatamente ai periodi per i quali è stato assunto, e compatibilmente con il rapporto di lavoro a termine instaurato, le disposizioni contenute nel presente regolamento si applicano anche nei confronti del sostituto del portiere.

Art. 24
(Modifiche al regolamento)

1. Le disposizioni contenute nel presente regolamento, potranno essere riesaminate per volontà consensuale delle Organizzazioni stipulanti che lo richiederanno con preavviso di sei mesi ovvero nel corso della contrattazione di rinnovo del contratto collettivo, e comunque nel caso in cui, per effetto di leggi o provvedimenti, si determinino situazioni nuove che incidano sull'attuale assetto normativo delle tutele di assistenza sanitaria e socio-sanitaria integrative a favore dei dipendenti da proprietari di fabbricati, in modo da conformarsi a tali leggi e provvedimenti.

Art. 25
(Entrata in vigore)

1. Il presente regolamento entra in vigore il