



ASSISTENZA OPZIONE PLUS

**DISCIPLINARE PER L'EROGAZIONE AL
PERSONALE IN SERVIZIO E IN QUIESCENZA
DELLA CONSOB DI CONTRIBUTI ECONOMICI
IN OCCASIONE DI SPESE SANITARIE PER
MALATTIA, INFORTUNIO E PARTO**

(Rif. CIG 4619301FC2)

ART. 1 – ASPETTI GENERALI

La Cassa (di seguito denominata Cassa), aggiudicataria della gara per la stipula di un contratto avente ad oggetto l'erogazione di contributi economici a fronte di spese sanitarie del personale in servizio e in quiescenza della Commissione Nazionale per le Società e la Borsa (di seguito denominata CONSOB) e dei rispettivi nuclei familiari, si impegna, sulla base di quanto concordato tramite il presente disciplinare, ad erogare agli Assistiti di cui al successivo art. 2 rimborsi di spesa e contributi economici per i casi di malattia, infortunio e parto, secondo le norme di seguito indicate.

La durata del contratto è pari a due anni, dalle ore 00.00 del 1° gennaio 2013 alle ore 24.00 del 31 dicembre 2014. Il contratto può essere prorogato per un ulteriore anno al verificarsi delle condizioni e nei termini di cui all'art. 5, comma 2 del contratto stipulato tra la Cassa e la CONSOB.

È sempre facoltà e libera scelta dell'assistito ottenere le prestazioni mediche coperte dall'assistenza secondo le modalità dell'assistenza diretta nel circuito sanitario convenzionato nei casi in cui tale modalità è prevista.

ART. 2 – ASSISTITI E OPERATIVITÀ DEL DISCIPLINARE

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui al successivo art. 4, è prestata a favore dei dipendenti/ex-dipendenti iscritti nell'Assistenza base e si estende, senza il pagamento di ulteriori quote, al coniuge ed ai figli fiscalmente a carico, siano o no conviventi con i titolari dell'assistenza.

L'assistenza può inoltre includere, su richiesta del Titolare, e dietro pagamento di specifiche quote capitarie, il coniuge e i figli fiscalmente non a carico (anche se non conviventi), il convivente more uxorio da almeno tre anni e i figli di questo, nonché gli altri parenti ed affini entro il 3° grado, anagraficamente conviventi con il titolare dell'assistenza, siano o no a carico dello stesso.

L'inclusione in assistenza di tali familiari deve riguardare tutti quelli risultanti dallo stato di famiglia del titolare (purché a loro volta assistibili); nel caso di inclusione del coniuge o di un figlio fiscalmente non a carico e non conviventi, è obbligatoria l'inclusione anche degli altri figli e/o del coniuge del dipendente/ex dipendente anagraficamente conviventi con il coniuge/figlio che si intende inserire. Dall'obbligo di inserimento in assistenza di tutti i familiari assistibili sono esclusi:

- i familiari assistibili che beneficino di altra copertura collettiva delle spese sanitarie stipulata dal datore di lavoro di uno di essi ("analoga assistenza");
- il convivente more uxorio e i figli di questo. Peraltro, l'inserimento in assistenza di uno di tali soggetti comporta l'obbligatoria inclusione di tutti i familiari assistibili rientranti nello stato di famiglia del dipendente/ex-dipendente titolare dell'assistenza.

TRANNE CONIUGE E FIGLI, NESSUN PARENTE O AFFINE NON CONVIVENTE CON IL DIPENDENTE/EX DIPENDENTE TITOLARE DELL'ASSISTENZA PUÒ ESSERE INSERITO IN ASSISTENZA.

Gli Assistiti diversi da dipendente/ex-dipendente, coniuge, figli, convivente more uxorio e figli di questo, fratello e sorella (fatta eccezione per coloro che aderiscono al presente disciplinare senza soluzione di continuità da precedente copertura assistenziale) e, comunque, tutti gli Assistiti al superamento del 75° anno di età, devono compilare e trasmettere alla Cassa un questionario anamnestico (all. 4 allo schema di contratto). Il mantenimento integrale delle prestazioni può, in

tali casi, subire delle limitazioni ove la Cassa espressamente e motivatamente comunichi per iscritto all'interessato proprie determinazioni in proposito. Rilevanti omissioni o dichiarazioni non veritiere dell'interessato, atte ad alterare significativamente il quadro informativo, potrebbero comportare la sospensione delle prestazioni della Cassa, salva successiva verifica in contraddittorio, e l'esclusione del rimborso dei contributi da questa nel frattempo versati in favore dell'assistito.

L'assistenza è operante:

- senza limitazioni territoriali, in quanto vale per il mondo intero;
- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli assistiti, salve le possibili limitazioni connesse con l'esito della compilazione del questionario anamnestico di cui sopra;
- ad integrazione dell'Assistenza base;
- durante il permanere del rapporto (quale dipendente o quale pensionato) con la CONSOB.

In caso di cessazione del rapporto senza titolo alla prosecuzione di cui all'art. 12, comma 6, lett. c) del contratto o senza che sia stata esercitata l'opzione per la prosecuzione stessa, l'assistenza opera fino alla fine dell'annualità assicurativa in cui è avvenuta la cessazione. In caso di decesso del dipendente/ex-dipendente, il nucleo assistito avrà facoltà, con oneri a proprio totale carico, di proseguire nell'assistenza fino alla scadenza del presente contratto; a tal fine, un familiare dovrà subentrare nella posizione di titolare dell'assistenza e pagare il contributo – ove ancora dovuto – previsto per quest'ultimo.

Fatta eccezione per gli Assistiti già aderenti, al 31.12.2012, alla previgente copertura collettiva delle spese sanitarie stipulata dalla CONSOB, per i dipendenti assunti o rientrati da aspettativa con decorrenza successiva al 30.11.2012, nonché per i casi di nascita/adozione/affidamento di un figlio, matrimonio, maturazione del 3° anno di convivenza more uxorio, insorgere di convivenza con parenti o affini entro il 3° grado, venir meno di “analoga assistenza” come sopra definita (purché gli inserimenti vengano effettuati alle condizioni ed entro i termini previsti dal contratto), l'intervento della Cassa è subordinato ad un termine di aspettativa dalla data di decorrenza delle prestazioni (01.01.2013) di:

- 270 giorni per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio; tuttavia, limitatamente a dette malattie, l'assistenza decorre dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assistenza stessa, purché dalla documentazione medica risulti che il concepimento sia avvenuto dopo tale data;
- 180 giorni per le malattie che siano la conseguenza di stati patologici diagnosticati o curati anteriormente alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni.

ART. 3 – LIMITI DI ASSISTENZA

Per “limite di assistenza” per nucleo familiare assistito si intende la disponibilità unica ovvero la massima rimborsabile per tutti i componenti il nucleo familiare assistito (di cui al precedente art. 2), per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assistenziale.

I contributi economici di cui all'art. 1 sono erogati per le prestazioni di cui al presente disciplinare, fino alla concorrenza dei limiti indicati all'art. 3 dell'assistenza base.

Nel caso di inserimento in assistenza in corso d'anno, i limiti annuali di assistenza sono riconosciuti per intero.

ART. 4 – PRESTAZIONI**A – PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI PRESSO OSPEDALI O ALTRI ISTITUTI O CASE DI CURA**

La Cassa rimborsa:

In caso di intervento chirurgico ambulatoriale e di parto cesareo presso istituto di cura:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi protesici, terapeutici e le endoprotesi necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito/i;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi necessari al recupero della salute, i medicinali, gli esami post intervento durante il ricovero;
- rette di degenza fino all'importo di € 260,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per interventi effettuati in convenzione diretta, per i ricoveri presso unità coronariche, terapie intensive e sub-intensive);
- accertamenti diagnostici e onorari per prestazioni mediche, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 gg. precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: prestazioni infermieristiche e cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuate nei 120 gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'intervento chirurgico; trattamenti fisioterapici e rieducativi - necessari al recupero della salute - effettuati nei 120 gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'intervento chirurgico.

In caso di parto cesareo il rimborso massimo sarà pari a €6.000,00 per evento senza applicazione di alcuna franchigia/scoperto.

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura (non convenzionato con la Cassa) richiede il pagamento di un anticipo, la Cassa provvederà a rimborsare all'Assistito che ne faccia domanda le spese sostenute a tale titolo entro il 50% del limite di assistenza previsto, salvo conguaglio a cure ultimate.

B – SCOPERTO

Il rimborso delle spese di cui alla precedente lettera A prevede:

- per gli interventi ambulatoriali effettuati in totale regime di convenzione diretta con la Cassa (sia struttura sanitaria che équipe medica) nessuno scoperto/franchigia;
- per i ricoveri effettuati non in regime di convenzione diretta con la Cassa, l'applicazione di una franchigia fissa di €650,00.

Per gli interventi ambulatoriali a carico del S.S.N., il rimborso delle spese per prestazioni effettuate nei giorni precedenti e successivi il ricovero nei limiti previsti alla precedente lettera A non prevede l'applicazione di alcuno scoperto.

C – PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

La Cassa rimborsa le “prestazioni specialistiche” di seguito indicate, con un limite assistenziale complessivo di [€ ...] per anno/nucleo, con il sotto-limite di € 700,00 per le prestazioni di psicoterapia:

- a) onorari medici specialistici per visite e prestazioni (escluse quelle odontoiatriche, ortodontiche e pediatriche), visite omeopatiche;
- b) analisi ed esami diagnostici ivi compresi gli onorari dei medici;

Le prestazioni di cui ai punti a) e b) sono rimborsabili se la relativa documentazione riporti la diagnosi o il sospetto diagnostico.

c) terapie: alcolizzazione, chemioterapia, cobaltoterapia, dialisi, terapie radianti, terapia del dolore, psicoterapia, logopedia; fisioterapia a seguito di infortunio, ictus cerebrale, forme neoplastiche, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche (quali ad esempio la sclerosi multipla, la sclerosi amiotrofica e il morbo di Parkinson).

Le suindicate terapie sono rimborsabili solo se effettuate da medico e dietro prescrizione medico specialistica attestante una diagnosi documentata ed accertata. Relativamente alla psicoterapia, alla logopedia e alla fisioterapia le stesse sono rimborsabili anche se effettuate rispettivamente da psicoterapeuta, da logopedista iscritto all'albo e da fisioterapista diplomato.

La fisioterapia a seguito di infortunio sarà rimborsata solo se documentata da apposita certificazione ospedaliera comprovante l'avvenuto infortunio.

Le prestazioni di cui alla presente lettera C vengono rimborsate come segue:

- se effettuate in totale regime di convenzione diretta con la Cassa, verrà applicata una franchigia fissa di [€...] per ciclo di cura;
- se effettuate non in regime di convenzione diretta con la Cassa, verrà applicato uno scoperto del [... %] con un minimo di [€...] per ciclo di cura.

I ticket relativi alle prestazioni di cui alla presente lettera C vengono rimborsati senza l'applicazione di scoperto e gli stessi vanno presentati con cadenza semestrale (30 giugno e 31 dicembre).

D – CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

In luogo di quanto previsto alla lettera F dell'assistenza base, la Cassa rimborsa le cure dentarie e paradentarie a seguito di infortunio, con un limite assistenziale di €2.000,00 per anno/nucleo; le spese verranno rimborsate con applicazione di uno scoperto del 20%.

Tali spese saranno rimborsate solo se il danno dentario sarà certificato da parte del Pronto Soccorso cui si sia fatto immediato ricorso.

E – LONG TERM CARE

In luogo di quanto previsto alla lettera G dell'assistenza base, per i soli dipendenti titolari dell'assistenza, la Cassa rimborsa, per le malattie manifestatesi e per gli infortuni occorsi durante il periodo di vigenza del contratto che comportino esiti invalidanti permanenti o semi-permanenti che determinino uno stato di non autosufficienza tale da rendere necessaria una continuativa assistenza anche per le esigenze della vita quotidiana, le spese documentate di assistenza anche domiciliare e/o quelle di ricovero presso strutture specializzate, nel limite di €1.000,00 mensili per un periodo massimo di 10 anni. In alternativa, ove possibile, viene corrisposta una rendita di €1.000,00 mensili per un periodo massimo di 10 anni.

F – OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

In luogo di quanto previsto alla lettera H dell'assistenza base, la Cassa rimborsa le spese successive a un ricovero sostenute per servizi domiciliari medici, infermieristici, farmacologici, riabilitativi, tendenti al recupero della funzionalità fisica. Tali spese vengono rimborsate senza applicazione di scoperto/franchigia, fino a concorrenza del limite di €2.000,00 per anno/nucleo.

ART. 5 – PRESTAZIONI ESCLUSE

Rimangono escluse dal rimborso le spese per:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- chirurgia plastica a scopo estetico ad eccezione di quella concernente neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età e di quella a scopo ricostruttivo da infortunio o conseguente ad intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione);
- i ricoveri durante i quali vengono compiute solamente terapie fisiche e riabilitative che, in relazione allo stato clinico dell'Assistito/i all'atto del ricovero, possono essere effettuate anche in ambulatorio;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito/i di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri di lunga degenza, intendendo per tali quelli determinati da condizioni fisiche che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale, fatto salvo quanto previsto all'art. 4, lettera E;
- le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- interventi di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser a eccimeri ad eccezione di quelli effettuati in caso di anisometria superiore a quattro diottrie, o deficit visivo, anche di un singolo occhio, pari o superiore a sei diottrie;
- le prestazioni riconducibili a finalità estetiche (es. visite, trattamenti, ricoveri ambulatoriali, ricoveri in regime di *day hospital*, etc.);
- agopuntura (ove prevista) non effettuata da medico;
- prestazioni fisioterapiche (ove previste) se non effettuate da medico specialista o da fisioterapista diplomato;
- psicoterapia se non effettuata da medico specialista o da psicoterapeuta;
- logopedia se non effettuata da medico specialista o da logopedista iscritto all'albo;
- cure dentarie, paradentarie e protesi dentarie salvo quanto previsto all'art. 4 lettera D;
- infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili, non assunte a scopo terapeutico;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assistito/i, nonché da lui volutamente attuate o consentite contro la sua persona.

ART. 6 – CRITERI E MODALITÀ DI RIMBORSO

Per ottenere il rimborso, nei limiti previsti dal presente disciplinare, delle spese sostenute, il Titolare deve presentare la relativa richiesta, redatta su apposito modulo, di norma entro 30 gg. dalla data in cui si è conclusa la cura o il ciclo di cura. La richiesta deve essere corredata dalla documentazione attestante la diagnosi di malattia, dalla cartella clinica, dalla prescrizione medico-specialistica anche delle eventuali successive prestazioni nonché dalle ricevute, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate ed infine dalla eventuale ulteriore documentazione sanitaria specificata nel modulo stesso. Le ricevute di spesa devono essere trasmesse [*da specificare le modalità*].

La Cassa effettua il rimborso dovuto direttamente al Titolare anche per le spese che riguardano altri componenti il suo nucleo familiare – entro il termine di 30 gg. (termine decorrente dalla data di ricezione della documentazione completa e conforme alla normativa di cui al presente

disciplinare ivi inclusa quella relativa all'eventuale struttura sanitaria convenzionata che ha erogato la prestazione). La Cassa può richiedere eventuale documentazione integrativa per una sola volta e secondo principi di correttezza e buona fede entro 15 giorni dalla ricezione della richiesta di liquidazione; in tal caso il termine per la definizione del sinistro sarà di 15 giorni dalla ricezione della documentazione integrativa o di eventuali controdeduzioni del Titolare. Ove, successivamente, il rimborso dovuto risulti inferiore a quello erogato o risulti non dovuto affatto, la Cassa provvederà allo storno parziale o totale dell'importo rimborsato. Nei casi eccezionali in cui il rimborso non possa avvenire nel previsto termine, la Cassa corrisponderà una maggiorazione automatica del rimborso – a titolo di risarcimento danni e sanzione forfetaria – pari allo 0,02 % (zerovirgolazeroduepercento) per ogni giorno di calendario.

I rimborsi vengono effettuati in Italia in Euro; per le spese sostenute in Paesi *extra* area Euro, i rimborsi vengono effettuati in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, secondo le rilevazioni della BCE e le quotazioni rese note dalla Banca d'Italia.

Gli Assistiti si impegnano a fornire ogni chiarimento necessario, anche a cura dei medici che li hanno visitati o curati, nonché a sottoporsi ad eventuali accertamenti medici che dovessero risultare necessari secondo il motivato giudizio della Cassa, in proporzione al profilo oggetto dell'accertamento e in conformità alla disciplina sul trattamento dei dati personali, pena la perdita del diritto al rimborso e/o all'assistibilità.

ART. 7 – CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica potranno essere deferite a un collegio arbitrale composto da tre medici, i cui membri verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente competenza nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio medico risiede nel capoluogo di provincia del luogo di residenza dell'assistito. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico, esclusa ogni responsabilità solidale. Le decisioni del collegio, assunte a maggioranza, sono vincolanti per le parti che rinunciano a impugnarle salvi i casi di violenza, dolo, errore grave o violazione di patti contrattuali.

La cognizione di qualsiasi controversia di natura medica tra le parti (Assistito e Cassa) sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi, è devoluta alla competenza del Foro di residenza dell'Assistito, salvo diverso accordo scritto intervenuto successivamente tra i predetti soggetti.

LETTO APPROVATO E SOTTOSCRITTO

Roma li,

CONSOB

CASSA