CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE DEL GRUPPO ZURICH

Il giorno 20 dicembre 2018

Tra

Il Gruppo Zurich Italia, rappresentato dal dott. Donato Lacerenza e dalla dott.ssa Antonella Iacopino

e

- le Rappresentanze Sindacali Aziendali della Federazione Italiana Reti dei Servizi del Terziario (FIRST) aderente alla CISL, in persona dei Sigg.: Alessandro De Noia, Renato Parma;

- le Rappresentanze Sindacali Aziendali della Federazione Italiana Sindacale Assicurazioni Credito (FISAC) aderente alla CGIL, in persona dei Sigg.ri: Sebastiano Schifano, Luca Manenti, Annarita Zaffarano, Laura Pelliciari;

- le Rappresentanze Sindacali Aziendali della UIL Credito e Assicurazioni (UILCA) in persona delle Sigg.re Paola Benincori e Floriana Pariboni;

- le Rappresentanze Sindacali Aziendali della Federazione Nazionale Assicuratori (FNA) in persona dei Sigg.ri: Oreste Casati, Paola Ciccarelli, Mario Leggieri;

- le Rappresentanze Sindacali Aziendali del Sindacato Nazionale Funzionari Imprese Assicurative (SNFIA) in persona del Sig. Franco Oliverio.

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 soddisfacente risultato.
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 CIA, 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 2017 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:

- Zurich Investments Life S.p.A.
- Zurich Insurance Public Limited Company
- Zurich Insurance Company Ltd
- Zurich Life Assurance Public Limited Company

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 (compreso il personale con contratto di apprendistato in prova) non si applicano gli artt. 10, 23, 24, 26, 27, 28, 28-bis e 30.
b) Al personale assunto con contratto di lavoro a tempo determinato per un periodo inferiore ad 1 (un) anno, non si applicheranno gli artt.10, 23, 24, 27, 28, 28-bis, 30 e 32 (quest'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. 10, 23, 24, 27, 28 e 28-bis.
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. 10 (per la sola parte riguardante i giorni di permesso), 23, 24 e 27.
e) Ai dipendenti assunti con contratto di apprendistato si applicano tutti gli istituti previsti dal presente contratto.

Art. 2 ETICA SOCIALE
1. 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 e responsabilità sociale;
- promozione di tutte le azioni volte a creare una cultura inclusiva che eviti ogni forma di discriminazione basata sul genere, sull'orientamento sessuale, su razza, religione e disabilità;
- 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 i 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 sindacali.
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, e comunque ogni tipo di informazione relativa ad interventi che coinvolgono la popolazione aziendale, o parte significativa di essa, attraverso specifici incontri di natura preventiva che si svolgeranno con ragionevole anticipo.
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 anche su espressa richiesta delle R.S.A.
4. In particolare, nel mese di giugno di ogni anno, il Gruppo indirà un incontro con le R.S.A., 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. Relativamente alle risorse inserite in Azienda con contratto di somministrazione di lavoro l'impresa indicherà, in aggiunta a quanto previsto dal vigente CCNL, anche il nominativo della lavoratrice/tore.
6. 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 è stata istituita una bacheca elettronica sindacale e data facoltà di utilizzare la posta elettronica aziendale per la divulgazione delle comunicazioni di carattere sindacale, le cui modalità di gestione e fruizione sono oggetto dell'Allegato 8 al presente Contratto.

Art. 5 - 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 2017, 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 dai rappresentanti sindacali dei lavoratori, tra le sigle firmatarie del presente CIA, e dai 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. 6 - 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 modifiche 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. Le Parti ribadiscono che tutti i lavoratori del Gruppo Zurich sono soggetti alla disciplina prevista dal Titolo VII, artt. 172 e ss., del D. Lgs. 81/08.
4. Le Parti, nel condividere quanto previsto dall'art. 51 del CCNL 2017 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 e che si incontrerà con cadenza annuale o su richiesta di una delle Parti, è affidato il compito di analizzare dati per una migliore comprensione e prevenzione del fenomeno, allo scopo di monitorare il fenomeno stesso attraverso la raccolta di informazioni, nonché individuare le possibili cause, la diffusione e le caratteristiche di tali fenomeni nei luoghi di lavoro.

<u>Nota a Verbale</u>
Con riferimento al Rappresentante per la Sicurezza dei Lavoratori (RLS), Le Parti convengono:
a) il riconoscimento di un monte ore permessi per ciascun rappresentante per la sicurezza dei lavoratori pari a 80 ore annue. Si precisa che le ore impiegate per effettuare riunioni e/o trasferte rientrano nel monte ore annuo.
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;

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 (RSPP).

Art. 7 - VOLONTARIATO
Ai dipendenti che, facendo parte delle organizzazioni previste all'art. 41 CCNL del 2017, 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.

Art. 8 - AUTOMATISMI
Fermo quanto previsto dall'art. 115 del CCNL del 2017, l'automatismo è riconosciuto dopo 15 anni di permanenza del Personale interessato nelle Aree Professionali C, D ed E.

Art. 9 – 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 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 dipendenti 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 quelle 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 di condividere le azioni formative con maggiore impatto sulla popolazione aziendale.
7. Viene prevista, altresì, un Commissione Formazione, composta dalle sigle sindacali firmatarie del fondo finanziato cui il Gruppo aderisce e 2 membri della Direzione del Personale. La Commissione valuterà i progetti formativi per i quali il Gruppo chiederà i finanziamenti al fondo cui aderisce 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, nel rispetto delle pari opportunità per i dipendenti di tutte le sedi del Gruppo.
8. In relazione alle sessioni di valutazione previste dall'art. 67 del CCNL 2017, si conferma la riduzione per il Personale che abbia maturato 15 anni di permanenza nella posizione organizzativa 1 dell'Area Professionale B (4° livello). A tal proposito il Gruppo si impegna ad incontrare le RSA per concordare i criteri e le modalità di valutazione del Personale coinvolto entro 6 mesi dalla data di sottoscrizione. Il Gruppo informerà, altresì, annualmente, le RSA circa le modalità e l'esito delle sessioni di valutazione

Art. 10 - 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:

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 formativi.
Laurea biennale (o specialistica) -120 ore per ogni anno accademico nel caso siano stati ottenuti almeno 30 crediti formativi.
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 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 € 1.000,00, 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 formativi previsti, 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 di 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 orarie in caso di part time)
c) nel caso il dipendente lavoratore fruisca di 4 ore di permesso, potrà richiedere, per la stessa giornata, 4 ore di ferie a completamento della giornata.

Art. 11 - ORARIO DI LAVORO

Con riferimento agli articoli 95 e seguenti del C.C.N.L. del 2017 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.	7,45 – 10,30		16,30 - 19,30
VENERDI'	7,45 – 10,30		11,45 - 15,00

**L'intervallo destinato alla pausa pranzo viene fissato nel minimo di 30 minuti e nel massimo di 90 minuti.*

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

Art. 12 - ORARI PARTICOLARI E TURNI DI LAVORO
In questo articolo vengono disciplinati gli orari di lavoro particolari.

Centralinisti:

Orario A	***Entrata***	***Intervallo***	***Uscita***
DA LUN. A GIO.	7,45-8,30	□	16,30-19,30
VENERDI'	7,45-8,30		11,45-15,00

Orario B	***Entrata***	***Intervallo***	***Uscita***
DA LUN. A GIO.	7,45-10,30	□	16,30-19,30
VENERDI'	7,45-10,30		11,45-15,00

□ L'intervallo destinato alla pausa pranzo viene fissato nel minimo di 30 minuti e nel massimo di 90 minuti.

L'orario rigido previsto per gli orari di cui al presente articolo è il seguente:
Orario A: 08.00/17.00 dal lunedì al giovedì e 8.00/13.00 il venerdì
Orario B: 09.00/18.00 dal lunedì al giovedì e 9.00/14.00 il venerdì

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

Art. 13 - 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. 103 del CCNL del 2017 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. 109 del CCNL del 2017, 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, pari a 4 ore, esclusivamente dal lunedì al giovedì;
c) per intere giornate, pari ad 8 ore, 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 potranno essere retribuite.
7. in caso di passaggio da L5 a L6 la banca ore residua viene azzerata; qualora sia positiva l'Azienda procederà alla monetizzazione.

Art. 14 - PART-TIME

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

a) il part-time può 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 e sino ad un massimo 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 ed i richiedenti riceveranno 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 1 anno, salvo poi il diritto del dipendente 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 dipendente, potrà concedere un part –time per un periodo massimo di 1 anno. Tale richiesta sarà evasa, di massima, entro 7 giorni lavorativi dalla richiesta stessa.

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

4. In caso in cui il lavoratore in part time venga coinvolto in eventi formativi o aziendali che si protraggano oltre l'orario di lavoro previsto, le ore eccedenti saranno riconosciute come banca delle ore.

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

Part -Time				Orario Rigido				Orario Flessibile		
Tipo	ore	%	Giorni	Ent.	Usc.	Ent.	Usc.	Ent.	Inter.	Usc.
A	20	54,05	Lun. - Ven.	9,00	13,00			7,45 - 10,30		11,45 - 15,00
B	20	54,05	Lun. - Gio.	14,00	18,00			12,15 - 15,00		16,30 - 19,30
			Ven.	9,00	13,00			8,00 - 9,30		11,45 - 15,00
C	20	54,05	Lun. - Mar	9,00	13,00	14,00	18,00	7,45 - 10,30	1	16,30 - 19,30
			Mer.	9,00	13,00			7,45 - 10,30		11,45 - 15,00
D	20	54,05	Mer. - Gio.	9,00	13,00	14,00	18,00	7,45 - 10,30	1	16,30 - 19,30
			Ven.	9,00	13,00			7,45 - 10,30		11,45 - 15,00
E	25	67,57	Lun. - Gio.	9,00	14,00			7,45 - 10,30	2	12,45 - 16,00
			Ven.	9,00	14,00			7,45 - 10,30		11,45 - 15,00
F	28	75,68	Lun. – Gio.	9,00	12,00	13,00	16,00	7,45 - 10,30	1	14,45 - 17,30
			Ven.	9,00	13,00			7,45 - 10,30		11,45 - 15,00
G	30	81,08	Lun. - Gio.	8,00	14,00			7,45 - 10,30	2	13,45 - 17,00
			Ven.	8,00	14,00			7,45 - 10,30		11,45 - 15,00

① L'intervallo destinato alla pausa pranzo viene fissato nel minimo di 30 minuti e nel massimo di 90 minuti.

② verrà addebitata una pausa di 30 minuti dopo 6 ore continuative di lavoro

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. 15 – ASPETTATIVA
1. L'aspettativa di cui all'art. 37 del C.C.N.L. del 2017 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. 16 – FERIE
Le Parti convengono che ogni dipendente dovrà smaltire le ferie entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di maturazione.
Decorsa tale data l'Azienda provvederà a porre in ferie d'ufficio, a far data dal 1° febbraio ed entro il 31 marzo, i dipendenti con ulteriori residui, fino a smaltimento. Resta inteso che tale regola non si applica alle maternità e alle malattie di lungo corso.

Le Parti ribadiscono l'importanza di fruire delle ferie e a tal fine invitano i dipendenti a godere di almeno 2 settimane di ferie nel periodo giugno-settembre.

I giorni 2 novembre, 24 e 31 dicembre sono considerati festivi, senza alcun addebito a carico dei dipendenti. Nel caso in cui tali giornate cadano in giorno festivo o non lavorativo, per ciascuno di essi sarà riconosciuta mezza giornata di ferie (pari a 4 ore) in aggiunta a quelle spettanti. Medesimo meccanismo si applicherà qualora la contrattazione nazionale riconosca come festiva una o più delle tre giornate sopra indicate.

Il computo delle ferie non sarà effettuato a giornate, bensì ad ore. Per tale motivo sarà possibile fruirne nella seguente modalità:
- a ore, con un minimo di 1 (una);
- a giornata intera, pari a 8 ore, dal lunedì al giovedì (ricalcolate nel numero per gli orari diversi);
- a 5 ore nella giornata di venerdì (ricalcolate nel numero per gli orari diversi).

La formula di calcolo è la seguente:

- numero giorni di ferie spettanti in base a livello di inquadramento e/o anzianità moltiplicato per numero 8 ore.
- numero giorni ex festività soppresse moltiplicato per 8 ore.

In caso di part time, il numero di ore spettanti per l'anno saranno parametrate sulla base della percentuale del part time e arrotondate all'ora per eccesso.

ferie				festività soppresse		semi festivi non lavorativi		totale ore ferie	
				2019	2020	2019	2020	2019	2020
				gg 4	gg 5	02-nov			
gg ferie spettanti	base calcolo ferie (gg ferie x 89)	% part time	ore ferie spettanti	(ore festivitàx 8) 32	40	(numero ore x 4) 4	0		
	200	54,05	108,10	17,30	21,62	4,00	0,00	130	130
	200	67,57	135,14	21,62	27,03	4,00	0,00	161	163
25	200	75,68	151,36	24,22	30,27	4,00	0,00	180	182
	200	81,08	162,16	25,95	32,43	4,00	0,00	193	195
	200	100,00	200,00	32,00	40,00	4,00	0,00	236	240
	160	54,05	86,48	17,30	21,62	4,00	0,00	108	109
	160	67,57	108,11	21,62	27,03	4,00	0,00	134	136
20	160	75,68	121,09	24,22	30,27	4,00	0,00	150	152
	160	81,08	129,73	25,95	32,43	4,00	0,00	160	163
	160	100,00	160,00	32,00	40,00	4,00	0,00	196	200

Nota a verbale
Le Parti concordano che l' Azienda fornirà alle RSA, entro il 30 settembre di ciascun anno, lo stato di smaltimento del monte ferie residuo per l'anno in corso.

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, del fratello o della sorella;
b) **2 giorni** per la nascita dei figli. Tale permesso potrà essere fruito in concomitanza dell'evento e comunque entro 5 mesi dalla nascita.
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 dipendente sia attore in giudizio. In tale caso sarà necessario presentare documentazione attestante la presenza in giudizio del lavoratore. A copertura del tempo necessario per raggiungere, rispettivamente, il Tribunale e la sede di lavoro saranno riconosciute ulteriori 2 ore.
e) n. **3 ore** per ogni visita medica, specialistica, analisi cliniche, cure e terapie, anche per l'accompagnamento di un figlio minore fino ai 10 anni di età, 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 dipendente.
Qualora il giustificativo riporti l'effettiva durata oraria della visita, l'Azienda riconoscerà al dipendente, 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, **n. 50 ore** annue di permessi retribuiti riconosciuti per motivi di carattere personale/familiare (da ridurre in proporzione in caso di orario ridotto ovvero assunzione/cessazione nel corso dell'anno, congedo facoltativo e/o aspettative);
Tali permessi, che avranno scadenza al 31 dicembre dell'anno di maturazione, potranno essere utilizzati come segue:
- a ore e successive frazioni di mezzora;
- a giornata intera dal lunedì al giovedì;
- a 5 ore nella giornata di venerdì

g) **n. 40 ore annue con recupero**, scalate dal monte ore, da utilizzare previa autorizzazione da parte del responsabile, nella misura massima di 2 ore giornaliere a decorrere dalla fascia di flessibilità (fine flessibilità) in entrata e in uscita (inizio flessibilità). Resta invariata la possibilità di fruire di tale permesso nel corso della giornata, fermo restando che in caso di permesso richiesto a cavallo della pausa pranzo, la stessa rimane rigida dalle 13.00 alle 14.00.
h) in caso di donazione di midollo osseo ex Legge 52/2001, saranno riconosciuti permessi retribuiti a copertura:
i) 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 ai punti a), b) e c) dovranno essere comunicati al verificarsi dell'evento;
I permessi di cui ai punti f) e g) dovranno essere preventivamente autorizzati dal responsabile;
I permessi di cui ai punti d), e), h) e i) dovranno essere preventivamente comunicati al responsabile.

In caso di part time, i permessi di cui alla lettera f) saranno parametrati come segue:
Part time 20 ore = 27 ore di PR50
Part time 25 ore = 34 ore di PR50
Part time 28 ore = 38 ore di PR50
Part time 30 ore = 41 ore di PR50

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.

Congedo parentale
Nell'ottica di favorire la fruizione del congedo parentale delle dipendenti e dei dipendenti delle società del Gruppo, si stabilisce a titolo di miglior favore che il congedo parentale possa essere fruito ad ore. A tal fine, le Parti convengono di disciplinare l'istituto secondo criteri e modalità di cui all'Allegato 9.

Art. 18 - 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. 19 - MISSIONI
L'Azienda per comprovate ragioni tecniche, organizzative e produttive può inviare il lavoratore in missione temporanea.

1. Qualora la missione abbia una durata superiore ai 4 mesi nell'arco di 12 mesi l'Azienda dovrà raccogliere il consenso del dipendente. Il consenso dovrà essere, altresì, prestato qualora la somma delle missioni nell'arco di 12 mesi dall'inizio della prima missione superi i 4 mesi.
Nel caso in cui la missione abbia una durata superiore ai due mesi e inferiore ai quattro l'Azienda dovrà darne informativa alle R.S.A. con apposita comunicazione preventiva.
2. Terminata la missione di cui al capoverso precedente, il dipendente non potrà essere inviato in una nuova missione prima che siano trascorse almeno 2 settimane.
3. Le missioni di durata superiore a 2 settimane dovranno essere disposte, di norma, con un preavviso non inferiore a 5 giorni lavorativi.
4. Al personale inviato in missione spetta il rimborso delle spese di viaggio per il rientro in famiglia ogni fine settimana.
5.Le spese di trasferimento per e dalla sede di missione sono a carico dell'Azienda.
6. Per ogni giornata di missione, il dipendente riceverà una diaria di missione così definita:
- missione con pernotto: € **65,00**

- missione senza pernotto: € **35,00**

7. Nel caso la missione preveda il pernottamento sarà riconosciuta, in aggiunta e per ciascuna notte, una indennità di pernottamento pari a € 11,00 per gli impiegati e di € 15,00 per i funzionari.

8. Si conviene che, nel caso di missione inferiore a 4 mesi, qualora il lavoratore rifiuti senza giustificato motivo la missione, in violazione dei doveri di cui all'art. 94 del CCNL del 2017, l'Azienda ne darà notizia alle R.S.A. prima di adottare i provvedimenti del caso.

Resta inteso che dal trattamento economico sono escluse le spese per il raggiungimento della sede di missione, nonché le spese di alloggio, a pieno carico della Società.

Art. 20 - SPESE DI TRASFERTA

Il rimborso delle spese di trasferta viene così regolamentato:

a) Diaria di € 32,00 per ciascuna giornata;
b) Piè di lista di € 45,00 per il pasto. Qualora la trasferta comporti la fruizione sia del pranzo che della cena l'importo massimo riconosciuto sarà pari a € 80,00.

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 di cui sopra, con il limite di € 45,00 per il pasto.

Per il Personale interno il trattamento di diaria sarà riconosciuto in caso di trasferta la cui durata sia superiore alle 6 ore. Al di sotto di tale orario sarà riconosciuto il buono pasto.

In caso di trasferta che preveda il pernottamento sarà riconosciuta, in aggiunta e per ciascuna notte di trasferta, una indennità di pernottamento pari a € 11,00 per gli impiegati e di € 15,00 per i funzionari.

Per tutto il Personale, la scelta tra trattamento di diaria e piè di lista dovrà essere effettuata ad inizio anno e varrà per l'intero anno solare, rinnovandosi tacitamente per gli anni successivi, salvo diversa espressa indicazione.

Il rimborso dovrà essere sempre espressamente e preventivamente autorizzato dal responsabile, così come la trasferta.

Nota a verbale

Resta inteso che deve essere sempre e comunque 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.

In caso di smarrimento della documentazione giustificativa, senza produzione di fotocopie e denuncia di smarrimento presentata dal dipendente, non si potrà procedere al rimborso.

Art. 21 - 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 o di passaggio a mansioni esterne 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. 22 - RIMBORSO CHILOMETRICO

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

FASCIA CHILOMETRICA	€ x KM
0- 10.000	0,530
10.001-20.000	0,383
20.001-30.000	0,334
30.0001-40.000	0,310
>40.000	0,295

Le percorrenze chilometriche verranno sempre conteggiate con partenza dalla sede di lavoro, salvo quanto stabilito in accordi sindacali sottoscritti.

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

Viene previsto l'aggiornamento annuale della tabella di rimborso chilometrico sulla base dei parametri ACI. L'intervento di aggiornamento dei sistemi avverrà al 1° febbraio di ciascun anno.

Nota a verbale

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:
Alfa Romeo modello Giulietta 1.6 JTDM-2 120 CV.
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. E' escluso l'utilizzo ed il rimborso delle spese sostenute per l'utilizzo di ciclomotori e motocicli.

Art. 23 – PRESTITI

A) PRESTITO

Viene prevista la facoltà per i dipendenti delle Società del Gruppo Zurich in Italia di richiedere un prestito non documentato fino ad un massimo di € 20.000,00. Nell'ambito di tale prestito, per il solo caso, debitamente documentato, di acquisto o ristrutturazione di prima casa di cui il dipendente sia intestatario/cointestatario, viene previsto un importo massimo di € 35.000,00.
La restituzione potrà essere effettuata con il pagamento di un minimo di 12 rate ed un massimo di 72 rate.

B) PRESTITO PER ACQUISTO AUTOVETTURA (riservato al Personale Esterno)

Il personale inquadrato come esterno potrà usufruire di un prestito per l'acquisto dell'autovettura sino ad massimo di € 23.000,00, con il limite del valore commerciale del veicolo riferito alla valutazione massima prevista da EUROTAX. Il richiedente dovrà fornire idonea documentazione comprovante l'acquisto del veicolo e la sua intestazione a proprio nome.
La restituzione potrà essere effettuata con il pagamento di un minimo di 12 rate ed un massimo di 72 rate. Sarà possibile richiedere un nuovo prestito per l'acquisto di una nuova autovettura (con eventuale riscatto e nuova erogazione) a condizione che siano trascorsi almeno 36 mesi dalla precedente erogazione, salvo il caso di furto o di sinistro con danno irreversibile all'autovettura.

<u>Nota a verbale valida per i prestiti di cui al presente articolo</u>

I prestiti di cui al presente articolo saranno soggetti ad un interesse pari al T.U.R. (Tasso Ufficiale di Riferimento) in vigore all'atto dell'erogazione e sarà adeguato ad ogni modifica dello stesso.

Il cumulo tra le due somme messe a disposizione per i prestiti previsti dal presente articolo non potrà superare i € 40.000,00.
I prestiti potranno essere estinti anticipatamente rispetto alla scadenza naturale prevista. Ulteriori prestiti della medesima natura potranno essere concessi solo alla scadenza del periodo previsto per la restituzione della prima erogazione.
Per i prestiti di cui alle lettere A) e B) è richiesta la copertura a garanzia del T.F.R. e/o della posizione individuale maturata alla data della richiesta presso il Fondo Pensione Dipendenti Gruppo Zurigo.
In caso di cessazione del rapporto di lavoro, per dimissioni o per qualunque altra causa, prima della estinzione del prestito, il dipendente dovrà procedere alla restituzione di quanto ancora dovuto. Ove le competenze di chiusura del rapporto non siano sufficienti a soddisfare l'intera somma dovuta, la restituzione dovrà avvenire con assegno circolare/bonifico bancario contestualmente al ricevimento dei crediti vantati verso Zurich od enti di cui Zurich sia socia (es. Fondo Pensione per i dipendenti del Gruppo Zurich), derivanti dalla quota individuale maturata.
Il Gruppo si dichiara, comunque, disponibile a valutare ed eventualmente 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.

Art. 24 – CONTRIBUTO SPESE MUTUO
Viene istituito un fondo annuo sino a € 30.000,00 per il contributo aziendale alle spese per la stipula di un mutuo, stipulato con qualunque istituto di credito, per l'acquisto della prima casa di cui il dipendente sia intestatario/cointestatario.
Possono accedere a tale contributo spese i soli dipendenti a tempo indeterminato che abbiano superato il periodo di prova in forza alla data di erogazione del contributo, inclusi gli apprendisti.
Le richieste dovranno pervenire, complete di documentazione attestante la stipula e le relative spese (comprese quelle notarili) entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello della stipula stessa. Le Parti, riunite in Commissione, definiranno il numero dei dipendenti che accedono al beneficio e la quantificazione del contributo individuale che comunque non potrà superare l'importo lordo di € 2.500,00. La liquidazione del contributo avverrà con la mensilità di febbraio.
Le Parti espressamente concordano che da tale contributo restano escluse le richieste di surroga e quelle relative alle spese di ristrutturazione.

Art. 25 – BUONI PASTO – SERVIZIO DI MENSA
Il buono pasto viene riconosciuto per ogni giornata di effettiva presenza, ad eccezione dei lavoratori dei part-time A), B) ed E) dell'art.14 del presente Contratto; per quanta concerne, invece, i part- time C) e D) del medesimo articolo, il buono pasto verrà riconosciuto per le sole giornate intere.
Viene prevista l'erogazione di 18 ticket mensili, con conguaglio (positivo/negativo) nei mesi di gennaio e luglio di ogni anno.

Per il Personale dipendente presso sedi con servizio mensa il ticket elettronico viene innalzato, a far data dal 1° gennaio 2019, ad € 8,50.

Per il Personale dipendente presso sedi prive di servizio mensa e per il Personale esterno, il ticket viene innalzato, a far data dal 1 gennaio 2019, ad € 10,50. (per il solo caso di ticket elettronico).

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 buono pasto.

Viene confermata la Commissione Mensa che ha il compito di valutare e partecipare agli incontri con il Gestore della mensa al fine di ottenere un'elevata qualità del servizio e una giusta ripartizione dei costi.

Art. 26 - 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 incrementato come segue:

- ✓ + 0,20% per l'anno 2019: da 5,30% a 5,50%
- ✓ + 0,20% per l'anno 2020: da 5,50% a 5,70%
- ✓ + 0,10% per l'anno 2021: da 5,70% a 5,80%

Nel caso in cui il dipendente non destini il T.F.R. al Fondo Pensione, la misura minima del contributo è pari a 1,75% della retribuzione imponibile tabellare prevista dal CCNL.

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
a) il versamento al Fondo della quota a carico dipendente, con trattenuta sulla busta paga, potrà essere effettuato adottando le seguenti percentuali della retribuzione imponibile: 1.75, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10;
b) il versamento potrà essere effettuato con trattenuta sulle dodici mensilità, o periodo inferiore per assunzioni o cessazioni in corso d'anno, ovvero in due rate con trattenuta sulla mensilità di marzo e sulla gratifica natalizia;
c) la quota di TFR destinata al Fondo verrà versata dall'Ufficio del Personale al Fondo medesimo con cadenza mensile.

E' data facoltà al dipendente di utilizzare l'accantonamento del T.F.R., se capiente, per l'intero importo del contributo a suo carico.
E' data, altresì, facoltà ai dipendenti iscritti al Fondo di provvedere al reintegro delle anticipazioni nonché al versamento aggiuntivo della quota annuale.

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 € 1.000,00.

Ai dipendenti viene garantita una retrocessione del 100% del rendimento ottenuto dal Fondo.

B) <u>Polizza VITA VIS - Convenzioni 106009/107119</u>

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. 27 - ANTICIPAZIONE TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO e FONDO PENSIONE
Anticipazione T.F.R.
1. Si conferma il limite del 25% dei dipendenti in forza nelle Società ammessi al beneficio per anno solare e del 100% di T.F.R. anticipabile per i seguenti motivi:
a) motivi di salute del dipendente o dei familiari conviventi;
b) acquisto, costruzione o ristrutturazione prima o seconda casa, anche per interventi che comportino installazione di impianti per il risparmio energetico.
2. Nell'ambito del limite previsto al punto 1.che precede, è data la facoltà ai dipendenti di versare il 100% del T.F.R. ancora in azienda al Fondo Pensione.
3. Per il calcolo di tale anticipazione si terrà in considerazione l'importo maturato alla data della richiesta.

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. 28 – 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 ZURIGO

Compagnia: l'Impresa Assicuratrice;

Scoperto: la percentuale 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 lungodegenza.

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 ad infortunio;

Ricovero: la degenza, comprendente pernottamento, in Istituto di Cura autorizzato ad erogare l'assistenza ospedaliera;

Gravidanza: una condizione fisiologica e non una patologia;

Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro;

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Medico di base/ASL/medico curante: medico a cui l'Assicurato si rivolge per visite, diagnosi e cure.

CONDIZIONI GENERALI:

1. La copertura sanitaria base gratuita è garantita a tutti i dipendenti in forza o assunti successivamente alla data della firma con le esclusioni di cui all'art. 1 del presente CIA;
2. Le prestazioni opzionali a pagamento saranno riconosciute, alle condizioni stabilite, fino al 31.12.2021;
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. Si precisa che nel caso di separazione, i figli del dipendente non presenti nello stato di famiglia dello stesso, sono assicurabili a cura del dipendente purchè siano presenti nello stato di famiglia dell'ex coniuge/ex convivente, purché fiscalmente a carico.
4. Il dipendente dovrà indicare quali tra i componenti il nucleo familiare aventi diritto devono intendersi assicurati all'interno della polizza base al superamento del periodo di prova e comunque entro 30 giorni dal termine dello stesso.
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 essere effettuata entro il 15 gennaio di ogni anno. La copertura decorrerà dalla data di adesione;
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 dal 1° gennaio dell'anno successivo;
8. Le eventuali variazioni della composizione del nucleo familiare in ingresso dovranno essere comunicate a cura del dipendente entro 60 giorni dal verificarsi delle medesime, con contestuale versamento del premio da gennaio a dicembre, ovvero di aderire dal 1° gennaio dell'anno successivo.
9. I neonati, il cui genitore sia assicurato con la presente polizza sono assicurati gratuitamente per le medesime somme e garanzie previste per i genitori, dal momento della loro nascita fino alla scadenza annuale della polizza. Al fine di consentire la liquidazione di eventuali richieste di rimborso spese sarà necessario comunicare preventivamente alla richiesta stessa i dati anagrafici del neonato. Alla scadenza annuale della polizza, per continuare a mantenere le medesime garanzie, dovrà essere inserito a pagamento nella copertura.
10. Le 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;
11. 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;
12. 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;
13. 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 posti in mobilità;
14. I nuovi massimali di spesa sia odontoiatrici che extra ospedalieri ed i nuovi contributi a carico dei dipendenti, previsti dal presente contratto integrativo, verranno applicati dal 1° gennaio 2019;

15. 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;
16. Il rimborso delle spese avverrà direttamente attraverso bonifico bancario, su conto corrente comunicato all'Ufficio del Personale.
17. Tutte le prestazioni riportate nei capitoli Prestazioni Base e Prestazioni Opzionali di cui al presente articolo, comprese quelle derivanti da CCNL, non necessitano di prescrizione medica e/o di indicazione della patologia, salvo quanto diversamente specificato.
18. Le prestazioni di cui al presente articolo saranno rimborsate con uno scoperto del 20% per i soli casi di prestazioni effettuate presso strutture o medici non convenzionati, ad esclusione delle spese odontoiatriche per le quali è previsto uno scoperto del 10%. Viene definita una convenzione sull'intero territorio nazionale che faciliti i dipendenti nell'accesso alle prestazioni sanitarie, anche attraverso il rimborso diretto (ove previsto dalle strutture stesse).
19. In caso di sinistro indennizzabile a termini della presente Assistenza Sanitaria, qualora le spese sostenute dal dipendente fossero state rimborsate parzialmente da altre coperture sanitarie, la Cassa di Assistenza rimborserà per intero l'importo residuale delle fatture e comunque entro il limite della somma che sarebbe stata indennizzata in assenza di altre coperture;

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, ed ai relativi familiari di cui al punto 4) delle condizioni generali di cui al presente articolo, una copertura assicurativa di BASE gratuita.

Per i soli Funzionari è garantita l'assistenza sanitaria anche ai familiari non a carico purché non godano, nel corso di validità del presente Contratto, di un reddito annuo lordo superiore a € 75.000,00 salvo il caso dei grandi interventi (vedi Allegato A) dell'Allegato 5 del CCNL 2017).

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 € 120.000,00;
- In caso di grandi interventi, come previsti dal CCNL, 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. Viene previsto 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 € 1.500,00 per ogni sinistro;

e) esami, accertamenti diagnostici, onorari medici, effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero o la data dell'intervento chirurgico;

f) esami, accertamenti diagnostici, onorari medici, acquisto di medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e acquisto, fino ad un massimo di € 500,00 di piccoli supporti ortopedici o in noleggio di altri supporti o apparecchiature, resi necessari da malattia o infortunio, nonché l'applicazione e la rimozione; cure termali con indicazione specifica del tipo di cura termale e di acqua da utilizzarsi (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera);

g) 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 di base/ASL/curante purché riconducibili all'evento indicato nella cartella clinica o lettera di dimissioni ed effettuate nei 120 giorni successivi alle dimissioni ospedaliere o alla data dell'intervento chirurgico.

h) tutte le voci di cui sopra sono riconosciute in casi di prelievo sul donatore e per il prelievo sull'Assicurato in qualità di donatore vivente;

i) parto cesareo con il limite massimo di € 12.000,00 di cui fino ad un massimo di € 3.000 per le spese di degenza;

l) parto non cesareo, con il limite massimo di € 4.000,00;

m) intervento per gravidanza extrauterina con il limite massimo di € 12.000,00 di cui fino ad un massimo di € 3.000 per le spese di degenza;

n) Nei massimali per il parto sono da ritenersi incluse le spese sostenute nei 120 giorni pre e post ricovero.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia riconoscerà in caso di ricovero con intervento chirurgico a totale carico del SSN (fatto salvo gli eventuali costi relativi ai ticket) una diaria di € 150,00 giornaliere senza franchigia. Qualora l'intervento subìto richieda successivamente cure riabilitative indicate nella lettera di dimissioni (che deve contenere data di ingresso e data di dimissioni) o in cartella clinica, presso strutture riconosciute dal SSN, verrà liquidata una diaria giornaliera di € 80,00 fino ad un massimo di 30 giorni di degenza.
In caso di ricovero senza intervento è prevista l'applicazione di una franchigia fissa di 1 (uno) giorno.
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.

Si precisa che in caso di ricovero con intervento o cura riabilitativa in struttura privata l'assicurato non avrà diritto ad alcuna diaria.

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 entro 180 giorni, con il massimo di € 2.800,00 annui, ivi comprese le spese per l'acquisto, fino ad un massimo di € 500,00, di piccoli supporti ortopedici o il noleggio di altri supporti o apparecchiature rese necessarie e prescritte da un medico, nonché l'applicazione e la rimozione;

b) Spese di trasporto
Viene riconosciuto il rimborso per il trasporto mediate 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 € 2.800 per ogni sinistro;
Viene, altresì, riconosciuto per il trasferimento da e 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:

a) angiografia, colposcopia, diagnostica radiologica, dialisi, doppler, ecografia (escluse quelle in stato di gravidanza regolate al punto 3), elettrocardiografia, ECG e/o ECG da sforzo, elettroencefalografia, endoscopia, mammografia, mineralogia ossea computerizzata (MOC), pap test, RMN, scintigrafia, TAC (compresa quella maxillo facciale), telecuore, tomografia ad emissione di positroni, urografia.

b) acquisto apparecchi protesici esclusi occhiali, lenti e protesi dentarie.

c) logopedia, comprese le visite e le cure di dislessia, discalculia, disgrafia e sindrome ADHD

d) laserterapia;

e) agopuntura, chiropratica e osteopatia erogate da osteopata, chiropratico, agopunturista, con titolo riconosciuto in Italia o Europa; anche tali prestazioni non necessitano di prescrizione medica.

Le prestazioni e le visite specialistiche di cui al presente capitolo saranno rimborsate con uno scoperto del 20% per i soli casi di prestazioni effettuate presso strutture o medici non convenzionati.

Il ticket ed eventuali contributi aggiuntivi richiesti per prestazioni rese dal SSN verranno rimborsati al 100%, Per i soli ticket pagati a mezzo di dispositivi automatici o tramite bollettino postale alla richiesta del rimborso dovrà essere allegato apposito modulo di autocertificazione attestante l'effettuazione della prestazione.

Il limite massimo di rimborso per anno assicurativo, per persona e per nucleo familiare per le garanzie di cui sopra è di € 3.000,00.

f) Per le terapie relative a malattie oncologiche è previsto il rimborso integrale delle spese sostenute, con il limite massimo per anno assicurativo, per persona e per nucleo familiare, di € 23.000,00.

1.4 Prestazioni aggiuntive per i soli funzionari

A) Le prestazioni di cui all'Allegato 5 CCNL 2017, Art 4, paragrafo A), punto 4) si intendono così integrate

Lettera a):

- Logopedia: ad integrazione di quanto previsto, per le prestazioni relative alla logopedia, si precisa che i rimborsi comprendono anche le visite e le cure di dislessia, discalculia, disgrafia e sindrome ADHD;
- Le prestazioni e le visite specialistiche di cui alla presente lettera saranno rimborsate con uno scoperto del 20% per i soli casi di prestazioni effettuate presso strutture o medici non convenzionati.

Lettera b):

Il ticket ed eventuali contributi aggiuntivi richiesti per prestazioni rese dal SSN verranno rimborsati al 100%, Per i soli ticket pagati a mezzo di dispositivi automatici o tramite bollettino postale alla richiesta del rimborso dovrà essere allegato apposito modulo di autocertificazione attestante l'effettuazione della prestazione.

B) Odontoiatriche

Sono rimborsate le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e gli accertamenti radiologici inerenti l'arcata dentale nell'ambito del massimale di seguito previsto, se seguiti da una terapia odontoiatrica. Gli accertamenti inerenti l'arcata dentale cui non fanno seguito cure odontoiatriche, saranno rimborsate nelle specialistiche. Il massimale per anno assicurativo per il complesso delle prestazioni riferite al nucleo familiare è pari a € 1.850,00 aumentato di € 1.100,00 per i primi due carichi familiari e di € 450,00 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	€ 1.850	€ 520	€ 2.370
2	€ 2.950	€ 520	€ 3.470
3	€ 4.050	€ 520	€ 4.570
4	€ 4.500	€ 520	€ 5.020
5	€ 4.950	€ 520	€ 5.470
6	€ 5.400	€ 520	€ 5.920
7	€ 5.850	€ 520	€ 6.370

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

Le spese effettivamente sostenute verranno liquidate con uno scoperto 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.

PRESTAZIONI OPZIONALI

E' data facoltà ai dipendenti di ampliare la copertura sanitaria 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 e 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 gli accertamenti radiologici inerenti l'arcata dentale nell'ambito del massimale di seguito previsto, se seguiti da una terapia odontoiatrica. Gli accertamenti inerenti l'arcata dentale cui non fanno seguito cure odontoiatriche, saranno rimborsate nelle specialistiche.

Nucleo iscritto in polizza	CIA
1=dipendente	€ 1.300
2	€ 1.400
3	€ 1.800
4 e oltre	€ 2.300

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

Le spese effettivamente sostenute verranno liquidate con uno scoperto 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.

Il rimborso del bite avverrà all'interno delle presenti prestazioni ove riconducibile a patologie dentarie.

2. <u>Rimborso delle spese specialistiche extraospedaliere</u>
(per i dipendenti sino al 7° livello compreso e relativi nuclei familiari)

2.1 Rimborso delle spese specialistiche extraospedaliere con i massimali sottoindicati:

€ 1.300,00	per 1 testa
€ 1.550,00	per 2 teste
€ 1.900,00	per 3 teste
€ 2.100,00	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 o effettuate nell'ottica del principio della prevenzione. Si precisa che per il solo caso di infortunio, al fine di fruire delle prestazioni previste dal punto 1.2, lettera a), dovrà essere prodotta documentazione attestante l'infortunio stesso.
a) onorari medici per visite specialistiche (escluse le visite pediatriche, psichiatriche, chirurgia estetica e plastica, dietologiche non comprovate da patologia)
b) le prestazioni di agopuntura, chiropratica e osteopatia erogate da osteopata, chiropratico, agopunturista, con titolo riconosciuto in Italia o Europa; anche tali prestazioni non necessitano di prescrizione medica.
c) prestazioni fisioterapiche prescritte da un medico, eseguite anche presso un centro abilitato, conseguenti ad infortunio o malattia, fino ad un massimale annuo di € 500,00 deducibile dal totale sopra indicato. In caso di utilizzo di un centro non abilitato, la struttura dovrà certificare che la prestazione è stata effettuata da personale qualificato. Sono comprese le seguenti prestazioni di fisioterapia: elettrostimolazioni esponenziali, ionoforesi, riabilitazione post operatoria, riabilitazione post traumatica, rieducazione neuromotoria, riabilitazione del pavimento pelvico, tecarterapia, radarterapia, magnetoterapia, onde d'urto, ozonoterapia, fisiochinesi terapia, massoterapia, ultrasuoni. Le seguenti prestazioni di vertebropatia manu medica: correzione incruenta del disallineamento vertebrale, manipolazioni vertebrali, trazioni vertebrali cervicali, trazioni vertebrali lombosacrali, trazioni vertebrali meccaniche.
d) infiltrazioni comprensive di farmaco con un massimale annuo di € 500,00. Per tali prestazioni sarà necessaria la presentazione di prescrizione medica.
e) analisi di laboratorio ed esami diagnostici.
f) si precisa che per quanto attiene il bite, il rimborso dello stesso avverrà all'interno delle prestazioni opzionali ove riconducibile a patologie diverse da quelle dentarie.
g) visita medico sportiva.

Il ticket ed eventuali contributi aggiuntivi richiesti per prestazioni rese dal SSN o centri con esso convenzionati, compresi gli esami di laboratorio, verranno rimborsati al 100%.
Per i soli ticket pagati a mezzo di dispositivi automatici o tramite bollettino postale alla richiesta del rimborso dovrà essere allegato apposito modulo di autocertificazione attestante l'effettuazione della prestazione.

Le prestazioni e le visite specialistiche di cui al presente capitolo saranno rimborsate con uno scoperto del 20% per i soli casi di prestazioni effettuate presso strutture o medici non convenzionati.

All'interno di tali massimali, viene riconosciuta, per il solo dipendente e per una sola volta in vigenza di contratto, la facoltà di richiedere il rimborso della spesa sostenuta per l'acquisto di lenti da vista o lenti a contatto fino ad un importo massimo di € 200,00.

3. Gravidanza

3.1 Con riferimento a questa condizione fisiologica si precisa che è garantito il rimborso con il limite massimo di € 1.000,00. Le visite specialistiche, gli esami, le ecografie e gli accertamenti diagnostici di cui al presente capitolo saranno rimborsate con uno scoperto del 20% per i soli casi di prestazioni effettuate presso strutture o medici non convenzionati.

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 sino ad un massimo di € 500,00 se effettuati in strutture private.

3.4 Nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1 viene previsto il rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie finalizzate alla fecondazione assistita, nel rispetto della normativa italiana tempo per tempo in vigore. Per accedere ai rimborsi di cui al presente punto dovrà essere presentata documentazione

L'accesso alle **"Prestazioni OPZIONALI"** viene garantito con il versamento alla Cassa di Assistenza dei dipendenti del Gruppo Zurigo dei seguenti contributi annui in relazione al numero dei componenti il nucleo familiare:

Contributo polizza Opzionale Impiegati		Iscritto in polizza
150 euro		1 testa
100 euro	70 euro (*)	2 teste
100 euro		3 teste
50 euro		dalla 4^ testa in poi

(*) nel caso in cui il familiare sia a carico

Contributo polizza Opzionale funzionari		Iscritto in polizza
48 euro		1 testa
35 euro	24 euro (*)	dalla 2^ testa in poi

(*) nel caso in cui il familiare sia a carico

Commissione Sanitaria

Eventuali contestazioni conseguenti alla reiezione della richiesta di rimborso (e dunque solo ed esclusivamente dopo aver ricevuto comunicazione scritta e dopo aver chiesto ulteriori chiarimenti al provider) potranno essere sottoposte alla Commissione Sanitaria all'indirizzo ITZ-Commissione-Sanitaria.

La Commissione Sanitaria è composta da Claims, HR e Rappresentanze Sindacali ed ha il compito di valutare la documentazione e la corretta applicazione del C.I.A., rivedendo il caso e/o confermando la reiezione.

DELIMITAZIONI

Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

a) le malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;

b) 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;

c) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad alcoolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;

d) la cura dell'A.I.D.S.

e) l'aborto volontario non terapeutico;

f) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia neoplastica);

g) la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
h) 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.);
i) le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, insurrezioni, guerre e terremoti (salvo quanto previsto alla voce "Altre Garanzie");
l) gli infortuni derivanti da sport aerei e dalle partecipazioni a corse o gare motoristiche ed alle relative prove ed allenamenti;
m) il rimborso delle spese per telefono, televisione, servizio di bar, ristorante e simili.
n) 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 2017 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.

IN CASO DI SINISTRO
L'Assicurato deve mettersi in contatto con il gestore della convenzione, che provvederà all'apertura del sinistro. I riferimenti sono rilevabili anche dalla intranet aziendale.
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 a titolo di scoperto, ove previsto, 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 ad Istituti di Cura e a medici, allorché si dovesse accertare la non validità o l'inoperatività e/o inefficacia dell'assicurazione, nonché per pagamenti eccedenti il massimale disponibili.

Obblighi a cura del dipendente
Il sinistro dovrà essere presentato per la liquidazione completo della documentazione richiesta allo scadere dei 120 giorni post-ricovero, salvo il rimborso dell'evento principale.
Se la patologia da curare richiede più visite, analisi, etc, la documentazione potrà essere presentata per la liquidazione anche prima del termine dei 120 giorni facendo riferimento all'evento principale.
Le fatture di spesa dovranno pervenire tramite il portale del provider o spedite in originale. I documenti in originale dovranno essere conservati per 1 anno dalla liquidazione, ai fini di eventuali verifiche.
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
La Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato od ai suoi eredi, su presentazione di fattura o ricevuta fiscale. 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), espletate tutte le indagini richieste dalla Compagnia e verificata la validità delle garanzie, la Compagnia 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 possono 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 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 remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle 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 rifiuti 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.

Convenzione
La Compagnia mette a disposizione dell'Assicurato un servizio di assistenza, per l'Italia e per l'estero, realizzato attraverso una specifica convenzione rintracciabile all'interno del sito internet del provider.

CERTIFICAZIONE PRESTAZIONI SANITARIE PREVISTE
Viene predisposta una certificazione, in lingua italiana ed in lingua inglese, attestante la validità della copertura sanitaria. Tale documento è rintracciabile nell'area personale di ciascun dipendente, all'interno del sito del provider che gestisce l'assistenza sanitaria.

In caso di prestazioni sanitarie all'estero, urgenti e non procrastinabili, che rientrano nelle coperture previste dall'art. 28, l'Azienda anticiperà – su richiesta del dipendente alla Direzione HR – il 70% delle spese che verranno sostenute.

Art. 28 –bis 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.

Art. 29 - POLIZZE DIPENDENTI

1. Alle polizze richieste ed 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 contrattuali e le tariffe dipendenti, ivi compreso quanto previsto agli Allegati 3 e 4 al presente Contratto, il cui preventivo è a carico dell'Ufficio Internal Employee Agency (Gestione Diretta – 108),
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.

Nota valevole per tutte le polizze:
1) 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 60 mesi alla maturazione di un requisito pensionistico.
2) Il dipendente dovrà comunicare ogni variazione del proprio stato di famiglia qualora il familiare sia titolare di una copertura assicurativa, o voglia accedervi.
E' data facoltà all'Azienda di richiedere al rinnovo della polizza la produzione dello stato di famiglia.
La medesima regola si applica al personale in quiescenza e a quello incentivato all'uscita e rientrante tra quelli della nota a verbale (entro i 60 mesi).
Le Parti precisano che le medesime condizioni si applicano anche ai dipendenti separati con figli a carico non presenti nello stato di famiglia e ai figli non coniugati e presenti nello stato di famiglia dell'ex coniuge separato/divorziato ovvero ex convivente.
3) Le Parti convengono di istituire delle Commissioni Tecniche specifiche per analizzare le condizioni delle polizze contrattuali nel corso della validità del presente contratto ed entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore dello stesso.

Art. 30 - POLIZZA VITA PURO RISCHIO
1. Viene garantita ai dipendenti, previa adesione, una copertura assicurativa nella forma Temporanea Caso Morte, alle seguenti condizioni:
- dipendenti inquadrati sino al 6° livello compreso: un capitale di € 70.000,00
- dipendenti inquadrati nel 7° livello: un capitale di € 80.000,00

2. Il contributo per la copertura assicurativa di cui sopra sarà versato per il 75% dall'azienda e per il 25% dal dipendente.
3. E' data facoltà ai dipendenti fino al 6° livello di incrementare sino a € 230.000,00 l'importo assicurato ed ai dipendenti di 7° livello di incrementare sino a € 260.000,00 l'importo assicurato. Le predette integrazioni 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.
In caso di assenza per maternità o lunga assenza per malattia, l'Azienda provvederà a contattare i dipendenti e/o i loro familiari al momento della richiesta di rinnovo.

Art. 31 - 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 € 180.000,00;
- franchigia relativa 3% (scompare dopo 13 punti di IP);
- IP 66% = 100% della tabella INAIL
- applicazione tabella INAIL;
- condizioni generali come da Allegato n. 6

Dipendenti inquadrati nel 7° livello
- caso morte - un capitale corrispondente a 5 volte la retribuzione annua lorda;
- invalidità permanente - capitale € 220.000,00
- 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. 6

Per coloro che prestano attività part-time i capitali assicurati vengono proporzionalmente ridotti in base alla percentuale di part-time al momento dell'evento.

Per tutti i dipendenti (dal 1° al 7° livello compreso) la franchigia non opera in caso di infortuni professionali o di infortuni tecnicamente certificati dall'INAIL "in itinere".
In relazione agli infortuni in itinere ed al caso di mancato riconoscimento da parte dell'INAIL, le Parti precisano che la franchigia non si applica qualora l'Inail comunichi che l'infortunio, ancorché avvenuto, non venga indennizzato poiché lo stesso è avvenuto con l'utilizzo del mezzo proprio.
Pertanto, si conferma che la franchigia del 3% verrà applicata esclusivamente nel caso in cui l'infortunio non sia avvenuto nel percorso casa/lavoro.
Le Parti precisano, altresì, che per itinere si intende la tratta casa/lavoro.

Art. 32 - 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:
- **€ 75,00** per l'anno 2019
- ulteriori **€ 75, 00** per l'anno 2020

Detti importi sono riferiti al 4° livello 7^ classe e saranno parametrati sugli altri livelli e classi secondo la tabella P.A.P. di cui all'Allegato 7.

A tali incrementi si aggiungerà annualmente una percentuale di quanto eventualmente erogato alla

voce P.A.V. nel medesimo anno secondo la seguente tabella:

PAV	% CONSUNTIVO OBIETTIVO	RETROCESSIONE PAV nel PAP
	>120	15%
	>115<120	
	>105<115	
TARGET	100	10%
	>80<90	
	>60>80	
	<60	0

Tale importo si andrà ad aggiungere al PAP erogato nel medesimo anno con riferimento al quarto livello settima classe, riparametrato alla tabella PAP

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 stabilito dall'art. 83 del C.C.N.L. del 2017 viene previsto un Premio Aziendale Variabile correlato ai parametri di produttività e miglioramento dell'efficienza delle Società di Assicurazione del Gruppo Zurich in Italia.
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.

Il Premio Aziendale Variabile viene così definito:
Per l'anno 2018 € 1.500,00 L4 a target – pagamento 2019
Per l'anno 2019 € 1.600,00 L4 a target – pagamento 2020
Per l'anno 2020 € 1.700,00 L4 a target – pagamento 2021

Tabella calcolo PAV

PAV	% BOP	MOLTIPLICATORE DI PERFORM. del BOP	% RETROCESS. PAV nel PAP
	>120	150%	15%
	>115<120	130%	
	>105<115	115%	
TARGET	100	100%	10%
	>80<90	85%	
	>60>80	70%	
	<60	0	0

Per l'anno 2018 (erogazione 2019) rimangono validi i parametri di Business Operating Profit (BOP) e Annual Premium Equivalent (APE) secondo le tabelle di cui all'Allegato 2.

Dal 2019, e per gli anni successivi, il nuovo parametro utilizzato per il calcolo del risultato viene individuato nel B.O.P. della BU Italia, espresso in dollari, declinato come segue:

BUSINESS OPERATING PROFIT. (B.O.P.)
Il Business Operating Profit può essere definito come l'utile ante-imposte normalizzato, cioè depurato delle componenti derivanti dalla volatilità dei mercati finanziari e di alcuni costi di natura straordinaria.
Inoltre il BOP esprime la cosiddetta vista "gestionale" che non tiene conto, per i rami Danni, dei trattati riassicurativi di Gruppo (WAQS) e, per il ramo Vita, include il contributo della branch italiana della società Zurich Life Assurance Plc (c.d. "vista distributore").
In dettaglio il Business Operating Profit è pari al risultato ante imposte (rami Danni e ramo Vita) dal quale vengono escluse le seguenti voci:
- Trattati di riassicurazione di Gruppo (WAQS);
- Risultato netto del realizzo di investimenti e impatto derivante dalla svalutazione dei titoli presenti nel portafoglio delle Compagnie (al netto della quota attribuibile agli assicurati);
- Costi derivanti da progetti di ristrutturazione, contributi di beneficienza;
- Svalutazione dell'avviamento e realizzi derivanti dalla dismissione di società controllate;
- Costi derivanti da contenziosi particolarmente rilevanti e da progetti di carattere regolamentare rilevanti per il Gruppo (entrambi soggetti ad approvazione da parte del Group CFO).

Il target sarà il risultato dello scostamento tra l'obiettivo comunicato entro la data prevista nella nota a verbale del presente articolo ed il risultato rilevato in sede di consuntivo (Q4) relativo all'anno di competenza, espresso in valore percentuale.

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

Tabella PAV

Ex F3/FS	Ex F2	Ex F1/FB	L6	L5	L4	L3	L2
197,00	184,00	169,00	123,00	110,00	100,00	84,00	77,00

Ai fini della quantificazione dell'importo del PAV si considera l'inquadramento contrattuale del dipendente 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, in rapporto ai giorni lavorati per ciascun mese, in favore dei dipendenti in servizio nell'anno a 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).

Per i dipendenti a tempo determinato, con contratto di assunzione uguale o superiore ad un anno, il PAV verrà riconosciuto, in rapporto ai giorni lavorati per ciascun mese, a condizione che siano ancora in servizio alla data della sua effettiva erogazione.

Nell'Allegato 2-bis vengono riportate, a titolo esemplificativo, le tabelle relative al PAV del triennio 2019-2021 con i relativi importi.

3) WELFARE
Sulla base di quanto previsto dalla Legge 208/15 e nell'ambito di quanto disciplinato dagli articoli 51 e 100 del TUIR viene introdotta la possibilità di convertire in tutto o in parte il Premio Aziendale Variabile con accesso al Welfare aziendale.
Ciascun dipendente potrà aderire annualmente, destinando il PAV secondo le percentuali del 30% - 50% - 100%. Per la quota parte convertita, l'Azienda riconoscerà un contributo aggiuntivo pari al 13%.
I beni e servizi previsti all'interno del Piano di welfare aziendale e la relativa piattaforma di gestione saranno oggetto di apposito accordo di dettaglio tra le Parti, allegato al presente Contratto di cui è pare integrante.

La quota parte non utilizzata nell'anno sarà automaticamente versata ad opera dell'Azienda alla posizione individuale del Fondo Pensione.

Nota a verbale
L'Azienda si impegna a fornire alle RSA i dati del BOP BU Italia relativi all'obiettivo dell'anno corrente entro il mese di febbraio di ogni anno, nonché i dati di FYFC e di Actual di BOP BU Italia relativi alla chiusura di ciascun trimestre, espressi in euro e in dollari. Tali dati potranno essere comunicati solo all'interno dell'azienda ed esclusivamente per i fini connessi al calcolo del presente istituto.

Art. 33 – DECORRENZA E DURATA
Il presente Contratto ha efficacia dalla data di sottoscrizione e fino al 31 dicembre 2020, salvo quanto diversamente indicato in alcuni articoli del medesimo.

Si rinnoverà automaticamente per altri quattro anni, salva per entrambe le Parti la facoltà di disdetta da comunicarsi per iscritto con un preavviso non inferiore a tre mesi.

Allegato n. 1

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. 95 e seguenti del C.C.N.L. 2017 nonché dagli artt. 11 e 12 del presente CIA
- per i Funzionari dall'art. 122 del C.C.N.L. 2017;
- per il personale con orario di lavoro a tempo parziale dall'art. 14 del presente CIA.

Pausa pranzo
E' prevista dal lunedì al giovedì, nella fascia oraria tra le 12.15 e le 14.15, con una durata compresa tra i 30 minuti ed i 90 minuti. E' data facoltà di effettuare nella giornata del venerdì una breve pausa pranzo, nella medesima fascia oraria, della misura di 30 minuti. Per il Personale per cui sono previste quattro timbrature, è obbligatoria la timbratura per la giornata del venerdì anche qualora si utilizzino i locali dedicati alla mensa aziendale, fermo il completamento dell'orario lavorativo successivamente alla pausa.
I part time a 30 ore che intendano fruire, dal lunedì al giovedì, della pausa pranzo di 30 minuti, prevista nella fascia oraria valida per il restante personale, dovranno effettuare le due timbrature relative alla pausa pranzo.

Timbrature
Tutto il Personale fino al 5° livello compreso 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 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. 117 (Funzionari) del CCNL deve registrare il proprio accesso al tornello, dove questo è presente, e segnalare la propria presenza in azienda mediante una timbratura nell'arco della giornata.

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 28/30 ore settimanali,
n. 4 ore per il personale con contratto di lavoro part-time pari a 20/25 ore settimanali.
Le ore/minuti eventualmente eccedenti il saldo positivo ammesso per il riporto verranno azzerate, 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/Ferie
Sono quelli previsti dall'art. 17 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 richiesta di permessi e ferie viene ripristinato l'orario rigido. L'irrigidimento dell'orario riguarderà la fascia di flessibilità interessata dal permesso/ferie, ad esclusione dei permessi con recupero.
In caso di permesso per visita medica sarà possibile fruire, a completamento della giornata lavorativa, di ore di permesso PR50 o ore di ferie.
In caso di permesso o ferie richieste immediatamente prima o dopo o in coincidenza alla pausa pranzo, l'orario di ingresso al mattino inizia dalle 13.30 in caso di richiesta di permesso nel pomeriggio l'orario di uscita inizia dalle 12.15.

Sciopero
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.
L'effettuazione e la durata dello sciopero viene comunicata dalle R.S.A.
In coincidenza delle ore di sciopero non verranno concessi ferie e/o permessi, se non richiesti antecedentemente alla comunicazione di sciopero di cui al precedente capoverso.
L'adesione allo sciopero verrà considerata per la totalità delle ore ad esso riferite e per tale motivo non sarà ammesso lo sciopero parziale.

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.
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, devono essere inserite nel sistema di rilevazione presenze e autorizzate dal responsabile. In caso di urgenza o imprevisto è ammessa comunicazione email all'ufficio HR e successivamente autorizzata dal responsabile.

Malattia
Tutti i dipendenti devono comunicare entro le ore 9.30 l'assenza per malattia all'Ufficio HR in uno dei seguenti modi:
- lasciando comunicazione registrata alla segreteria telefonica al n. 02.59662022;
- inviando e-mail alla all'indirizzo (dall'esterno): ZHDHR@zetaservice.com

Qualora lo stato di malattia si protragga oltre la giornata comunicata, il dipendente dovrà informare l'Azienda utilizzando le medesime modalità.
Di norma sarà cura del dipendente avvisare anche il proprio responsabile.

In caso di indisposizione il dipendente che dovesse uscire prima della fine del regolare orario di lavoro dovrà inserire la causale prevista nel sistema di gestione presenze (malattia ad ore). Tale assenza parziale non verrà considerata giorno di malattia ai fini della produzione della certificazione medica.
Le Parti precisano che la malattia ad ore è prevista in uscita e non in entrata.

Allegato 2

PREMIO AZIENDALE VARIABILE (P.A.V.) – parametri per l'anno 2018 (erogazione 2019)

Secondo quanto previsto all'art. 32 del Contratto Integrativo Aziendale di cui il presente Allegato è parte integrante e con specifico ed esclusivo riferimento al Premio Aziendale Variabile 2018 (erogazione marzo 2019), le Parti confermano la validità dei parametri (di seguito declinati) di Business Operating Profit (BOP) e Annual Premium Equivalent (APE) già in vigore nel periodo di vigenza del precedente C.I.A.

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. Esprime, inoltre, la cosiddetta vista "gestionale", cioè non tenendo 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 (escluse 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:

APE = Prima annualità dei premi annui + 1/10 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

	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

[(BOPx80%)+(APEx20%)] = OBIETTIVO

CONSUNTIVO = valore rilevato in sede di consuntivo (Q4) relativo all'anno di competenza

[(BOPx80%)+(APEx20%)] = CONSUNTIVO

TARGET A CONSUNTIVO - 2018 - (riferito 4° livello)

	% consuntivo / obiettivo	
d	> 120%	€ 2.250,00
c	>115<120%	€ 1.950,00
c	>105<115%	€ 1.725,00
TARGET	100%	€ 1.500,00
b	>80<90%	€ 1.275,00
a	>60<80%	€ 1.050,00
SOGLIA	<60%	0,00

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

Tabella PAV

Ex F3/FS	Ex F2	Ex F1/FB	L6	L5	L4	L3	L2
197,00	184,00	169,00	123,00	110,00	100,00	84,00	77,00

Allegato 2 -bis

TABELLE ESEMPLIFICATIVE PREMIO AZIENDALE VARIABILE TRIENNIO 2019-2021

ESEMPIO PAV 2018	% BOP	MOLTIPLICATORE DI PERFORM. del BOP	IMPORTO	% RETROCESS. PAV nel PAP
	>120	150%	€ 2.250,00	15%
	>115<120	130%	€ 1.950,00	
	>105<115	115%	€ 1.725,00	
TARGET	100	100%	€ 1.500,00	10%
	>80<90	85%	€ 1.275,00	
	>60>80	70%	€ 1.050,00	
	<60	0	€ -	0

ESEMPIO PAV 2019	% BOP	MOLTIPLICATORE DI PERFORM. del BOP	IMPORTO	% RETROCESS. PAV nel PAP
	>120	150%	€ 2.400,00	15%
	>115<120	130%	€ 2.080,00	
	>105<115	115%	€ 1.840,00	
TARGET	100	100%	€ 1.600,00	10%
	>80<90	85%	€ 1.360,00	
	>60>80	70%	€ 1.120,00	
	<60	0	€ -	0

ESEMPIO PAV 2020	% BOP	MOLTIPLICATORE DI PERFORM. del BOP	IMPORTO	% RETROCESS. PAV nel PAP
	>120	150%	€ 2.550,00	15%
	>115<120	130%	€ 2.210,00	
	>105<115	115%	€ 1.955,00	
TARGET	100	100%	€ 1.700,00	10%
	>80<90	85%	€ 1.445,00	
	>60>80	70%	€ 1.190,00	
	<60	0	€ -	0

Allegato 3

TARIFFA AUTO

Garanzia RCA-Tariffa Bonus Malus

Settore I
Comprensiva di guida libera (tariffa escluso SSN e imposte) e rinuncia completa alla rivalsa.
Massimale RCA € 50.000.000

Altri settori
Rinuncia completa alla rivalsa applicata a tutti i Settori

Garanzie ARD

E' facoltà del dipendente acquistare anche solo una delle garanzie di seguito riportate in tabella, senza vincolo di acquisto della copertura RCA.

Franchigia:

- non applicabile in caso di autovettura utilizzata per servizio o utilizzo di carrozzerie o riparatori convenzionati;
- non applicabile ai ciclomotori ed ai motocicli.

Limite di assicurabilità kasko: è fissato in 10 anni o in caso di autovettura di valore superiore a 5.000,00.

Dipendenti esterni: condizioni applicabili solo alla autovettura indicata come auto utilizzata per servizio. In caso di sinistro in servizio il degrado non si applica; in tutti gli altri casi è applicato al 50%.

Per i **dipendenti interni** che non abbiano una polizza kasko, in caso di utilizzo dell'autovettura personale per servizio, preventivamente autorizzati dal proprio responsabile, è garantita la copertura. Limitatamente al periodo di servizio il dipendente dovrà attivare una polizza kasko, previa comunicazione all'ufficio preposto (Gestione Diretta).

Allegato 3

TABELLE PREMI ANNUI IMPONIBILI

GARANZIE	Dipendenti Esterni	Dipendenti Interni	Dipendenti interni/esterni			Franchigia
	Autovetture	Autovetture	Autocarri Fino 35q	Ciclomotori Motocicli/quadricicli	Camper	
RCA	*	*	*	*	*	//
Infortuni del conducente	*	*	*	*	*	//
RC della mobilità e della vita privata:						
•Forma 1	*	*	N.A.	N.A.	N.A.	//
•Forma 2	*	*	N.A.	N.A.	N.A.	//
Incendio **Furto** **Perdite Pecuniarie - A**	10,00 ‰	12,00 ‰	5 ‰	20,00 ‰	7,00 ‰	€ 200,00
Perdite Pecuniarie - B	8,18 €	8,18 €	N.A	N.A.	N.A.	//
Perdite Pecuniarie - C	0,5 ‰ + 8,18 €	0,5 ‰ + 8,18 €	N.A.	N.A.	N.A.	//
Kasko	6,00 ‰	17 ‰	18,00 ‰	N.A.	18,00 ‰	€ 200,00
Easy kasko	*	*	*	N.A.	*	€ 200,00
Collisione	N.A.	10,00 ‰	N.A.	N.A.	N.A.	€ 200,00
Alter ego(solo con RCA)	*	*	*	*	N.A.	€ 200,00
Eventi speciali	0,80 ‰	1,00 ‰	1,00%	N.A.	1,00‰	€ 200,00
Eventi sociopolitici	0,80 ‰	1,00 ‰	1,00%	N.A.	1,00 ‰	€ 200,00
Cristalli	17,62 €	17,62 €	17,62 €	N.A.	17,62 €	//
Ritiro patente						//
- Forma A	20,00 €	20,00 €	20,00 €	N.A.	20,00 €	
- Forma B	40,00 €	40,00 €	40,00 €	N.A.	40,00 €	
Assistenza						//
-Forma A	5,65 €	6,65 €	5,65	5,65 €	5,65 €	
-Forma B	9,30 €	9,30 €	12,72 €	9,30 €	9,30 €	
-Forma G	29,54 €	29,54 €	29,54 €	29,54 €	29,54 €	
Tutela Legale						//
- Forma Base	13,33 €	13,33 €	13,33 €	11,11 €	31,10€	
- Forma Gold	20,00 €	20,00 €	20,00 €	16,16 €	46,66€	
GARANZIA AGGIUNTIVA "Patente a punti"	8,89 €	8,89 €	8,89 €	8,89 €	8,89 €	//
Costo Riattivazione	*	*	*	*	*	//

*si applica la tariffa della Gestione Diretta

La quotazione/preventivo delle garanzie non indicate nel presente allegato sarà disponibile presso l'ufficio Internal Employees Agency (Gestione Diretta).

Allegato 4

POLIZZE VITA INDIVIDUALI DIPENDENTI GRUPPO ZURICH

	Tipologia	Tipo premio	Aliquota retrocessione	Spese gestione	Riscatto
a)	**Tariffe/ prodotti rivalutabili con rivalutazione anniversaria e aliquota retrocessione**	**Puro**	**0,95**	**----**	**R.M.**
b)	**Tariffe/prodotti rivalutabili con rivalutazione anniversaria e spese gestione**	**Puro**	**----**	**0,40%**	**R.M.**
c)	**Prodotti a P.U. o P.U.R. pro rata 30.09 o 31.12.**	**Puro**	**----**	**0,40%**	**R.M.**
d)	**Temporanee caso morte**	**Puro**	**----**	**----**	**----**
e)	**Index**	**Standard**	**----**	**----**	**R.M.**
f)	**Unit Linked**	**Puro**	**----**	**----**	**R.M.**

Legenda definizioni:
Premio standard: si intende il premio applicato alla clientela (al netto dei diritti di emissione);
R.M.: Riserva Matematica;
P.U.R.: Premio Unico Ricorrente
P.U.: Premio Unico
R.G.: Rendimento garantito

Il Premio minimo di accensione della polizza e quello minimo aggiuntivo, possono essere ridotti fino al 50% del premio di tariffa e aggiuntivo previsti dalle condizioni contrattuali.

Ogni dipendente potrà sottoscrivere contratti di assicurazione Vita versando un premio complessivo annuo fino ad un massimo di € 200.000,00 (detto limite è da intendersi riferito sia alla sottoscrizione di un unico contratto che di più contratti stipulati nel medesimo anno).

Il limite sopra indicato non troverà applicazione in caso di reimpiego di somme derivanti da contratti giunti alla scadenza.

Si potrà effettuare il pagamento rateizzato con trattenute sulla retribuzione per premio fino a € 3.000,00 annui. Le polizze con premio superiore a detto importo dovranno, invece, essere pagate in unica soluzione all'atto dell'accensione del contratto.

Ai fini della rateizzazione dei premi, l'importo massimo sopra indicato di € 3.000,00 deve essere globalmente considerato, con riferimento quindi alle polizze intestate al dipendente e/o al familiare convivente appoggiate all'Ufficio Internal Employees Agency (Gestione Diretta).

In caso di cessazione dal servizio per cause diverse dalla quiescenza, le polizze intestate al dipendente o ai familiari manterranno le condizioni concordate all'atto della stipula sino alla scadenza contrattuale indicata in polizza; in tale data il contratto verrà quindi inderogabilmente estinto e non sarà ammesso l'esercizio del diritto di opzione ove previsto.
Le condizioni sopra indicate saranno applicate esclusivamente su contratti emessi da Zurich Investments Life S.p.A..

Allegato 5

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 psico-farmaci, 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.

Allegato 6

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 e 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, affinchè 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

a) **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;
b) **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 € 180.000,00) %
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 € 220.000,00 %
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 mancinismo, 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 indipendendemente 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 assegnala 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 qualsisi 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.ù

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**
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%
	Destro	**Sinistro**
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 favore vole 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%	12%
Perdita totale dell'anulare	8%	8%
Perdita totale del mignolo	12%	12%
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	5%
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	3%
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	5%
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%	8%
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%	6%
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%	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%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi 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%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-corpica 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%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione		

Favorevole	45%	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%	80%
perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	70%
perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	65%
perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	55%
perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	50%
perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	30%
perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	16%
perdita totale del solo alluce	7%	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%	3%
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	35%
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%	20%
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%	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 pressoché 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.

Allegato 7

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

Tabella di riferimento – anno 2018

CLASSE	F. Senior	PAP quota ex F2	F. Business	L6	L5	L4	L3	L2	L1
CL 1	6.344,62	556,65	5.534,61	3.969,02	3.526,97	3.005,11	2.624,46	2.364,55	2.076,81
CL 2	6.577,52	567,30	5.744,99	4.085,26	3.631,75	3.099,66	2.703,86	2.437,41	2.134,52
CL 3	6.816,96	580,39	5.961,10	4.208,46	3.741,45	3.198,71	2.788,59	2.514,35	2.196,33
CL 4	7.461,61	632,78	6.542,72	4.643,55	4.128,65	3.520,01	3.072,24	2.768,12	2.427,17
CL 5	7.717,84	648,75	6.771,53	4.782,72	4.252,67	3.632,57	3.166,79	2.855,30	2.497,16
CL 6	7.931,49	660,62	6.963,49	4.928,43	4.383,24	3.750,45	3.267,47	2.947,40	2.570,43
CL 7	8.495,92	675,35	7.500,09	5.129,81	4.779,44	4.093,04	3.569,13	3.216,72	2.814,37
CL 8	8.735,78	689,27	7.716,20	5.294,35	4.927,61	4.226,06	3.682,51	3.320,68	2.896,64
CL 9				5.506,37	5.095,43	4.366,86	3.803,25	3.430,38	2.984,24
CL 10				5.691,78	5.278,38	4.731,96	4.124,56	3.718,53	3.242,92
CL 11				5.887,84	5.454,39	4.891,18	4.258,40	3.841,73	3.340,74
CL 12				6.094,54	5.640,62	5.059,41	4.401,66	3.971,89	3.444,70
CL 13				6.315,97	5.838,31	5.237,86	4.552,28	4.109,82	3.555,21

Allegato 8

ACCORDO ISTITUTO DELLA BACHECA ELETTRONICA SINDACALE E DELL'UTILIZZO DELLA POSTA ELETTRONICA AZIENDALE (sottoscritto in data 12 gennaio 2016)

Tra il Gruppo Zurich Italia (di seguito Zurich) e le R.S.A. FISAC Cgil, FIRST CISL, UILCA, FNA e SNFIA

PREMESSO

- che il Contratto Integrativo Aziendale, recependo quanto disposto dall'allegato 12 del CCNL (*Accordo in tema di tutele sindacali*) sezione terza, lettera d), ha previsto l'istituzione di una bacheca sindacale elettronica quale strumento di comunicazione tra i sindacati aziendali e i dipendenti delle Società del Gruppo Zurich in Italia;

Le Parti convengono quanto segue

1) Viene istituita, secondo quanto previsto dal CIA e dal richiamato CCNL, la bacheca sindacale elettronica, in aggiunta
a quanto previsto dall'art. 25 della Legge 300/70. Tale strumento viene messo a disposizione delle rappresentanze sindacali aziendali, per ciascuna sigla costituita, singolarmente e per comunicazioni congiunte, in un apposito spazio riservato all'interno della intranet aziendale del Gruppo Zurich in Italia;

2) I contenuti della bacheca elettronica sindacale saranno gestiti in autonomia dalle organizzazioni sindacali, nel pieno rispetto delle norme di legge e di contratto, attraverso l'invio tramite mail di un file in formato pdf all'ufficio preposto dall'organizzazione aziendale per la gestione operativa della intranet;

3) All'interno dello spazio della bacheca sindacale destinato a ciascuna sigla sindacale costituita potranno essere pubblicati, esclusivamente in formato pdf, i comunicati e le comunicazioni abitualmente distribuiti in formato cartaceo e/o affissi nelle bacheche attualmente in essere inerenti materie di interesse sindacale e del lavoro, nonché informazioni relative alle attività delle organizzazioni sindacali a livello territoriale e nazionale;

4) Le Parti concordano altresì sull'utilizzo della email aziendale al fine di consentire alle singole rappresentanze sindacali di comunicare con i propri iscritti.

5) Stabiliscono altresì che tale strumento possa essere utilizzato per informare tutti i dipendenti della pubblicazione di una nuova notizia sulla bacheca elettronica (allegando il testo del documento in formato "pdf"), Precisano che le email accompagnatorie dei comunicati/comunicazioni allegate dovranno contenere, nel corpo, esclusivamente un richiamo al contenuto della notizia. Non potrà essere riportato, invece, il testo della comunicazione, in parte o nella sua interezza.
Tali email dovranno prevedere l'impostazione che impedisce l'inoltro e/o la risposta a tutti.

6) Ciascuna sigla avrà un indirizzo di riferimento dal quale inviare e ricevere le email da parte dei dipendenti.

7) L'indirizzo di cui al punto che precede dovrà essere utilizzato nel rispetto delle policy aziendali in materia di uso della posta elettronica e non potrà in alcun modo essere utilizzato come strumento di raccolta di consensi, adesioni o posizioni (a titolo esemplificativo, referendum).

8) Resta fermo che la bacheca elettronica sindacale, così come l'uso della posta elettronica aziendale non potranno in alcun modo essere utilizzate per canalizzare messaggi di propaganda politica, nonché di natura religiosa, razziale e discriminatoria. Al medesimo modo non potrà essere veicolo di valutazioni nei confronti di singoli dipendenti delle Società del Gruppo.

9) Zurich avrà la facoltà di revocare o sospendere, previa formale comunicazione alle rappresentanze sindacali, l'utilizzo della bacheca e/o della posta elettronica aziendale nel caso di utilizzo improprio ovvero contrario a

norme di legge, regolamenti e policy aziendali, nonché qualora le comunicazioni abbiamo contenuti ritenuti offensivi, oltraggiosi o evidentemente contrari agli Zurich Basics

La bacheca elettronica sindacale sarà operativa a partire dal 18 gennaio 2016.

Allegato 9

VERBALE DI ACCORDO

Tra il Gruppo Zurich Italia e le Organizzazioni Sindacali First/Cisl, Fisac/Cigl, FNA, Snfia e Uilca

Premesso che

- L'art. 32 del Decreto Legislativo n. 151 del 26 marzo 2001, Testo Unico su maternità/paternità (di seguito T.U.) disciplina l'Istituto del congedo parentale.

- L'art. 1, comma 339 della legge di stabilità per il 2013 (legge 24 dicembre 2012, n. 228) ha modificato il su indicato art. 32 introducendo, al comma *1-bis "la possibilità per i genitori lavoratori dipendenti di fruire del congedo parentale in modalità oraria previa definizione, in sede di contrattazione collettiva, delle modalità di fruizione del congedo parentale ad ore, dei criteri di calcolo della base oraria e dell'equiparazione di un determinato monte ore alla singola giornata lavorativa.";*

- L'art 32, al comma *1-ter,* prevede inoltre che *"In caso di mancata regolamentazione, da parte della contrattazione collettiva, anche di livello aziendale, delle modalità di fruizione del congedo parentale su base oraria, ciascun genitore può scegliere tra la fruizione giornaliera e quella oraria. La fruizione su base oraria è consentita in misura pari alla metà dell'orario medio giornaliero del periodo di paga Quadri settimanale o mensile immediatamente precedente a quello nel corso del quale ha inizio il congedo parentale. Nei casi di cui al presente comma è esclusa la cumulabilità della fruizione oraria del congedo parentale con permessi o riposi di cui al presente decreto legislativo.";*

- L'art. 17 del Contratto Integrativo Aziendale rinnovato il 23 ottobre 2018 ha demandato ad un accordo ad hoc la disciplina dei criteri di utilizzo del congedo parentale ad ore;

- Le Parti con il presente Accordo intendono regolamentare le modalità di utilizzo ad ore dei congedi parentali consentendo una maggiore elasticità nella fruizione degli stessi, sia a beneficio dei dipendenti sia contemplando le esigenze organizzative dell'azienda.

Si conviene che

- La premessa costituisce parte integrante e sostanziale del presente Accordo.

- Il congedo parentale potrà essere fruito in forma giornaliera o oraria, sia dal personale a tempo pieno che dal personale a tempo parziale, per periodi minimi di 1 (un'ora) giornaliera e multipli di 1, la cui somma nell'arco di ciascun mese di utilizzo corrisponda comunque a giornate intere, cumulabile con l'istituto delle ferie e con i permessi previsti dall'art.17 del vigente CIA.

- Il limite massimo di fruizione giornaliera è pari ad 8 (otto) ore dal lunedì al giovedì, 5 (cinque) ore per la giornata di venerdì.

- Ai fini della richiesta di congedo parentale ad ore il dipendente dovrà fare riferimento all'orario di lavoro di cui all'art. 11 e 14 del vigente Contratto Integrativo Aziendale, secondo le modalità previste dal regolamento orario di lavoro di cui all'Allegato 1 del CIA.

- La/il dipendente dovrà inoltrare all'INPS apposita domanda di congedo parentale con il numero di giornate di congedo che intende utilizzare ed il mese in cui intende fruirne.

- Una volta acquisita la ricevuta INPS la/il dipendente dovrà provvedere, con un preavviso non inferiore a 2 giorni lavorativi, ad inoltrare la richiesta scritta a ZHDHR@zetaservice.com, inserendo in copia ITZ HR Operations ed allegando copia della ricevuta stessa. Nella medesima comunicazione dovrà essere indicato il numero complessivo di ore di cui si intende fruire nel periodo oggetto di congedo parentale. Sarà onere del dipendente comunicare al proprio responsabile, con un preavviso non inferiore a 2 giorni da ciascun evento, le modalità di fruizione del congedo parentale (giorno, numero ore e fascia oraria di fruizione) ed inserirlo nel sistema di gestione delle presenze.

- Le Parti escludono la cumulabilità del congedo parentale ad ore nei casi in cui il dipendente decida di svolgere la prestazione lavorativa in modalità Smart Working.

- In caso di malattia coincidente con il giorno/mese già richiesto il congedo parentale si interromperà, con conseguente slittamento della scadenza del congedo stesso e maturazione del trattamento economico relativo all'assenza per malattia.

- Il trattamento economico spettante per i periodi di congedo parentale è regolato dalle disposizioni di cui alla vigente normativa (D.lgs. n.151/2001, art. 34).

Milano, 30 Gennaio 2019

Allegato 10

VERBALE DI ACCORDO

Tra il Gruppo Zurich Italia e le RSA First/Cisl, Fisac/Cgil, Uilca, FNA e Snfia, di seguito "Le Parti",

PREMESSO

L'utilizzo, a partire dal 2 gennaio 2007 della sede di proprietà di via Fucini n. 4 per i seguenti uffici liquidativi tutti appartenenti alla Direzione Claims; Claims Consumer 1, Claims Consumer 2, Claims Corporate & Partnership, Zurich Connect Claims 1, Zurich Connect Claims 2, CLD Milano Property e CLD Milano Motor.

SI CONVIENE CHE

In occasione di assemblee indette al di fuori della sede di lavoro di via Benigno Crespi (di seguito "Direzione"), e dunque al di fuori della sede di lavoro di via Fucini n. 4 (di seguito "Fucini"), i partecipanti fruiranno di un monte ore aggiuntivo per le percorrenze rispetto all'orario indicato nella convezione, da non imputare al monte ore annuo previsto dall'allegato n. 12 del CCNL (Accordo in tema di tutele sindacali).

Le Parti stabiliscono che il tempo di percorrenza è da considerarsi complessivamente fissata (andata e ritorno) in 1 ora e 30 minuti, a copertura del tragitto per raggiungere, rispettivamente, il luogo dell'assemblea e la sede di lavoro.

Il Personale che in occasione delle suddette assemblee si recherà in Direzione dovrà timbrare – a prescindere dal numero di timbrature previsto dal proprio livello di inquadramento – l'uscita dai Fucini, l'ingresso e l'uscita dalla direzione, l'ingresso in Fucini.

Le parti ribadiscono che la nuova sede di Fucini viene considerata parte dell'unica unità produttiva sita nel comune di Milano. Viene, pertanto, confermata la piena agibilità sindacale delle Rappresentanze regolarmente costituite in azienda, secondo quanto previsto dal vigente Contratto Integrativo Aziendale e dalle consuetudini consolidate all'interno del Gruppo Zurich in Italia.

Milano, 22 dicembre 2016

Indice Contratto Integrativo Aziendale Gruppo Zurich Italia

1. SFERA DI APPLICAZIONE

2. ETICA SOCIALE

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

4. DIRITTO ALL'INFORMAZIONE

5. AZIONI POSITIVE PER LA REALIZZAZIONE DELLA PARITA' UOMO/DONNA

6. TUTELA DELLA SALUTE

7. VOLONTARIATO

8. AUTOMATISMI

9. FORMAZIONE

10. LAVORATORI STUDENTI

11. ORARIO DI LAVORO

12. ORARI PARTICOLARI E TURNI DI LAVORO

13. LAVORO STRAORDINARIO E BANCA DELLE ORE

14. PART-TIME

15. ASPETTATIVA

16. FERIE

17. PERMESSI

18. TRASFERIMENTI

19. MISSIONI

20. SPESE DI TRASFERTA

21. FONDO SPESE

22. RIMBORSO CHILOMETRICO

23. PRESTITI

24. CONTRIBUTO SPESE MUTUO

25. BUONO PASTO – SERVIZIO DI MENSA

26. PREVIDENZA INTEGRATIVA

27. ANTICIPAZIONE TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO e FONDO PENSIONE

28. ASSISTENZA SANITARIA

28-BIS INVALIDITA' PERMANENTI DA MALATTIA

29. POLIZZE DIPENDENTI

30. POLIZZA VITA PURO RISCHIO

31. POLIZZA INFORTUNI CONTRO I RISCHI PROFESSIONALI ED EXTRA PROFESSIONALI

32. PREMI AZIENDALI DI PRODUTTIVITA'

33. DECORRENZA E DURATA

Allegati

1 - Regolamento Orario di Lavoro

2 – Regolamento P.A.V.

2 Bis – Tabelle esemplificative P.A.V. triennio 2019-2021

3 – Tariffa Auto

4 – Tabella polizze vita individuali

5 – Condizioni generali assicurazione invalidità permanente da malattia

6 – Polizza infortuni "Azienda"

7 – tabella di riferimento P.A.P.

8 – Accordo istitutivo della bacheca elettronica sindacale e dell'utilizzo della posta elettronica aziendale

9 – Accordo Congedo Parentale

10 – Verbale di accordo 22 dicembre 2016