

REGOLAMENTO

DELLA CASSA NAZIONALE DI ASSISTENZA SANITARIA PER IL PERSONALE DIPENDENTE DEL SETTORE DEL CREDITO

C.A.S.DI.C.

ART. 1

Oggetto del Regolamento

Il presente Regolamento, redatto ai sensi dell'art. 3 dello Statuto, disciplina il funzionamento dell'attività della "Cassa nazionale di assistenza sanitaria per il personale dipendente del settore del credito", in sigla C.A.S.DI.C..

Le prestazioni relative all'attività di long term care svolta dalla Cassa in forza di quanto stabilito nel CCNL 8 dicembre 2007 e 10 gennaio 2008, stipulati tra ABI ed i Sindacati del settore del credito, tutti soci della Casdic, sono disciplinate nella sezione speciale denominata Attività di long term care facente parte integrante del presente Regolamento.

All'attività per l'erogazione delle prestazioni di LTC, pertanto, non si applicano gli articoli 2-3-4-5-6-7-8-9-10-11 del presente Regolamento.

L'attività della C.A.S.DI.C. è regolata sulla base di esercizi sociali annuali coincidenti con l'anno solare.

ART. 2

Iscritti

Richiamati i limiti ed i divieti contenuti nell'art. 6, commi 1 e 2, dello Statuto, possono iscriversi alla Cassa alle condizioni e con le modalità previste nel presente Regolamento:

- a) i dipendenti della Cassa;
- b) le Organizzazioni imprenditoriali e sindacali che sono soci della Cassa;
- c) le Aziende associate all'Abi;
- d) tutti i dipendenti delle Organizzazioni di cui alla lettera b) e delle aziende di cui alla lettera c);
- e) tutto il personale in quiescenza, già dipendente della Cassa o già dipendente dei soggetti di cui alle lettere b) e c) iscritti alla Cassa, alle condizioni stabilite dal Consiglio di Amministrazione;
- f) le Casse e/o Fondi di assistenza sanitaria operanti nel settore del credito.

Con delibera del Consiglio di Amministrazione, che stabilirà le relative modalità e condizioni, anche economiche, potrà essere ammessa l'iscrizione di soggetti diversi da quelli indicati nel primo comma, purché operanti nel settore del credito.

ART. 3

Iscrizioni

L'iscrizione alla Cassa di tutti i soggetti di cui all'art. 2 deve essere richiesta secondo le modalità stabilite dal Consiglio di Amministrazione per ciascuna categoria di iscritti, descritte e specificate in apposite circolari e moduli prestampati.

La richiesta di iscrizione presuppone e comporta la conoscenza e l'accettazione da parte dell'interessato delle norme dello Statuto e del Regolamento della Cassa.

Le persone fisiche di cui alle lettere d) ed e) dell'art. 2 nonché i dipendenti dei soggetti di cui al 2° comma dell'art. 2, possono iscriversi alla Cassa solo dopo l'iscrizione della società, Ente, Organizzazione cui appartengono ovvero, se in quiescenza, presso cui hanno prestato l'ultima attività lavorativa.

La validità dell'iscrizione alla Cassa dei soggetti persone fisiche di cui al comma precedente è subordinata alla perdurante validità dell'iscrizione dell'ente di appartenenza e/o

provenienza, ferme le ulteriori ipotesi di cessazione dell'iscrizione previste dall'art. 4, primo comma.

L'iscrizione delle Aziende, Organizzazioni, Casse e/o Fondi di assistenza sanitaria nonché dei soggetti di cui al 2° comma dell'art. 2 decorre - salvo casi di urgenza accertati dal soggetto cui compete l'accettazione dell'iscrizione - dal primo giorno del mese successivo a quello in cui la domanda viene accolta e dura fino alla scadenza dell'esercizio successivo a quello della sua decorrenza.

Successivamente l'iscrizione si rinnova tacitamente di anno in anno, fatto salvo il diritto di recesso di entrambe le parti.

Il diritto di recesso deve essere esercitato dalla parte che ne ha interesse con comunicazione scritta a mezzo raccomandata A/R, che deve essere inviata all'altra parte almeno 120 giorni prima di ogni singola scadenza annuale (fa fede la data del timbro postale di invio); in caso di mancato rispetto del suddetto termine, il recesso è efficace ed operativo alla scadenza dell'esercizio immediatamente successivo.

Il recesso non è operativo durante la vigenza dei contratti stipulati dalla Cassa con società assicurative ovvero con altre Casse e/o Fondi sanitari per conto dei dipendenti e/o del personale in quiescenza facenti capo al soggetto che intende recedere dalla Cassa ed ha comunque efficacia nel rispetto dei termini di cui al comma precedente, alla fine dell'anno di scadenza dei contratti medesimi.

Tutte le Aziende iscritte, che sono legittimate ad esercitare la facoltà di scelta tra la polizza sanitaria concertata dalla Cassa ed una polizza sanitaria da ciascuna direttamente concertata e che non intendono continuare a beneficiare della polizza sanitaria concertata dalla Cassa dopo la sua scadenza, debbono comunicare tale loro decisione con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, che dovrà pervenire alla Cassa entro e non oltre il 31 agosto dell'anno di scadenza della polizza in corso. In difetto del rispetto del termine la comunicazione sarà considerata come mai effettuata.

ART. 4

Cessazione delle iscrizioni

L'iscrizione delle persone fisiche alla Cassa cessa:

- a) in caso di risoluzione del rapporto di lavoro, a qualsiasi titolo, del dipendente iscritto. In tal caso l'iscrizione viene meno dalla data di cessazione dell'effettivo servizio, salvo il caso in cui il dipendente rimanga iscritto come pensionato. La risoluzione del rapporto deve essere comunicata dall'Azienda di appartenenza alla Cassa mediante lettera raccomandata a.r.;
 - b) in caso di recesso dell'iscritto; il recesso è operativo a decorrere dall'inizio dell'anno successivo a quello in cui viene esercitato, a condizione che venga comunicato alla Cassa, tramite l'Azienda e/o l'Organizzazione di appartenenza e/o provenienza, mediante lettera raccomandata a.r. inviata almeno 120 giorni prima della scadenza annuale;
 - c) quando l'Azienda di appartenenza/provenienza non sia più associata ad ABI;
 - d) qualora venga meno il presupposto dell'iscrizione dell'Azienda di appartenenza/provenienza così come determinato con delibera del Consiglio ai sensi del 4° comma dell'art.6 dello Statuto;
 - e) per esclusione dell'iscritto deliberata dal Consiglio di Amministrazione a seguito di grave inosservanza - valutata insindacabilmente dall'Organo deliberante - delle norme statutarie o regolamentari;
 - f) in caso di decesso dell'iscritto;
 - g) in caso di recesso dell'Azienda e/o Organizzazione di appartenenza/provenienza, o di sua esclusione deliberata dal Consiglio di Amministrazione a seguito di grave inosservanza, valutata insindacabilmente dall'Organo deliberante, delle norme statutarie o regolamentari.
- La perdita dell'iscrizione è causa di decadenza dalle eventuali cariche ricoperte nella Cassa

e non dà in alcun caso diritto al rimborso dei contributi a qualunque titolo versati, fermo restando l'obbligo di versare quanto eventualmente ancora dovuto.

L'iscrizione alla Cassa delle Aziende, Organizzazioni, Casse e/o Fondi di assistenza sanitaria cessa:

- in caso di loro recesso, da esercitarsi nei modi, termini e limiti stabiliti al precedente art. 3, commi 7 e 8;

- qualora l'azienda non sia più associata all'ABI: in tal caso l'iscrizione cessa a decorrere dall'anno successivo a quello della comunicazione alla Casdic dell'estinzione del rapporto associativo con ABI. Detta comunicazione deve essere inviata alla Casdic entro il 31 agosto dell'anno medesimo (fa fede la data del timbro postale di invio); L'Azienda potrà ricostituire il rapporto associativo con Casdic, dietro richiesta e previa delibera del Consiglio di Amministrazione nel rispetto di quanto previsto dall'art.6, 4° comma dello Statuto;

- per esclusione deliberata dal Consiglio di Amministrazione sia a seguito di grave inosservanza delle norme statutarie e/o regolamentari sia a seguito del venir meno del presupposto dell'iscrizione della società o ente già iscritto ai sensi del comma quarto dell'art.6 dello Statuto.

Il venir meno dell'iscrizione non dà diritto al rimborso dei contributi versati alla Cassa.

ART. 5

Beneficiari delle prestazioni

Sono beneficiari delle prestazioni della Cassa:

- gli iscritti persone fisiche;

- il coniuge ed i figli fiscalmente a carico degli iscritti persone fisiche dipendenti.

Il coniuge ed i figli si considerano fiscalmente a carico in conformità a quanto previsto dal Testo Unico delle Imposte sui redditi per le detrazioni per carichi di famiglia.

Possono beneficiare delle prestazioni della Cassa anche il coniuge ed i figli fiscalmente a carico degli iscritti in quiescenza, nonché il coniuge ed i figli non fiscalmente a carico ed altri familiari degli iscritti, alle condizioni previste dai contratti stipulati dalla Cassa con società di assicurazione o con altre Casse e/o Fondi Sanitari; nell'ipotesi in cui la Cassa operi in regime di mutualità, gli iscritti dovranno attenersi alle condizioni stabilite dal Consiglio di Amministrazione.

All'atto della richiesta dell'iscrizione alla Cassa il lavoratore, in servizio o in quiescenza, deve comunicare, sotto la propria personale responsabilità e tramite l'Azienda e/o

Organizzazione di appartenenza/ provenienza – la quale dovrà compiere opportune verifiche e controlli - i dati relativi al coniuge e ai figli fiscalmente a carico, nonché quelli relativi agli altri familiari per i quali chiede l'assistenza sanitaria, fornendo la relativa documentazione stabilita dal Consiglio di Amministrazione e specificata nei moduli prestampati forniti dalla Cassa.

Ogni variazione riguardante i familiari assistiti deve essere comunicata dall'iscritto, sempre sotto la sua personale responsabilità e per il tramite dell'Azienda e/o Organizzazione di appartenenza/provenienza, secondo le modalità stabilite dal Consiglio di Amministrazione e specificate nei moduli prestampati forniti dalla Cassa. Qualora l'iscrizione alla Cassa cessi a seguito del verificarsi delle ipotesi previste alle lettere a), b), c), d) dell'art. 4, primo comma, il soggetto persona fisica in quel momento iscritto, continua a beneficiare con i suoi familiari delle condizioni in atto, previste dai contratti stipulati dalla Cassa con società assicuratrici e/o Casse/Fondi sanitari, fino alla scadenza convenzionale degli stessi.

In caso di decesso dell'iscritto, i suoi familiari, beneficiari delle prestazioni sanitarie, conservano il diritto all'assistenza sanitaria di cui già usufruiscono, fino alla scadenza del periodo di copertura in corso, definito contrattualmente dalla Cassa con le società di assicurazione ovvero altre Casse e/o Fondi sanitari, ovvero determinato dal Consiglio di

Amministrazione.

I soli familiari superstiti, titolari di pensione di reversibilità e fintantoché ne godono, possono continuare a beneficiare delle prestazioni della Cassa con pagamento a proprio carico dei contributi se previsto negli accordi e/o regolamenti aziendali dell'Ente di appartenenza dell'iscritto deceduto.

ART. 6

Pensionati

Il dipendente iscritto, in caso di risoluzione del rapporto di lavoro e conseguente passaggio in quiescenza, conserva il diritto di beneficiare dell'assistenza sanitaria fino alla scadenza del periodo di copertura in corso.

Il predetto dipendente, passato in quiescenza, potrà rimanere iscritto e beneficiare delle prestazioni della Cassa negli esercizi successivi, compatibilmente con quanto consentito e previsto nei contratti stipulati di volta in volta con società di assicurazione o con altre Casse/Fondi sanitari ovvero con quanto stabilito dal Consiglio di Amministrazione, sempreché permanga l'iscrizione dell'Azienda e/o Organizzazione di provenienza ed abbia inoltrato alla Casdic, tramite l'Azienda e/o Organizzazione da cui dipendeva, specifica richiesta ed abbia altresì versato i contributi previsti, che sono a suo carico.

Tutti i pensionati, già iscritti come tali alla Cassa, la cui iscrizione venga successivamente meno per qualsiasi ragione, non potranno iscriversi nuovamente, salvo eventuale diversa deliberazione del Consiglio di Amministrazione, che in ogni caso potrà riguardare determinate classi e/o categorie di pensionati individuate anche con criteri temporali, ma mai singoli individui.

ART. 7

Entrate

Le entrate della Cassa sono costituite da:

- a) gli importi versati a titolo di premio di ingresso;
- b) i contributi versati per spese di gestione;
- c) i contributi a carico delle Organizzazioni e/o delle Aziende iscritte alla Cassa, per tutti i propri dipendenti;
- d) i contributi a carico dei dipendenti iscritti alla Cassa, versati per loro conto dalle Organizzazioni ed Aziende di cui alla precedente lettera c);
- e) i contributi versati dal personale in quiescenza iscritto alla Cassa;
- f) i contributi versati da Casse e/o Fondi Sanitari iscritti alla Cassa per tutti i loro associati che usufruiscono delle prestazioni della Cassa;
- g) gli interessi di mora per ritardato pagamento di qualsiasi somma dovuta alla Cassa;
- h) gli interessi e rendimenti delle disponibilità della Cassa;
- i) ogni altra entrata che concorra ad incrementare l'attivo sociale.

ART. 8

Premio di ingresso e contributo spese di gestione

Il premio di ingresso è dovuto da tutti i dipendenti che si iscrivono alla Cassa e va corrisposto al momento della loro iscrizione. L'ammontare del premio di ingresso è stabilito dal Comitato Esecutivo della Cassa, che potrà altresì variarlo, diversificarlo e/o sospenderlo. I premi di ingresso sono corrisposti dalle aziende e/o organizzazioni di appartenenza con recupero nei confronti degli interessati. Il premio d'ingresso è altresì dovuto dalle Casse e/o Fondi Sanitari al momento della loro iscrizione alla Cassa per tutti i loro associati che beneficiano delle prestazioni della C.A.S.DI.C., nella misura stabilita dal Comitato Esecutivo della Cassa, che potrà altresì variarlo, diversificarlo e/o sospenderlo.

I contributi per spese di gestione sono dovuti:

- a) dalle Aziende/Organizzazioni iscritte alla Cassa per i propri dipendenti iscritti;
- b) dai Fondi e/o Casse Sanitarie iscritte per i propri associati che usufruiscono delle prestazioni della Cassa.

I contributi per spese di gestione vanno corrisposti ogni anno, la prima volta al momento dell'iscrizione e negli anni successivi entro il 31 dicembre dell'anno precedente quello di riferimento.

L'ammontare dei contributi per spese di gestione è determinato di anno in anno dal Comitato Esecutivo, tenute presenti le esigenze di bilancio, entro i limiti dell'ammontare massimo determinato dai soci della Cassa.

I contributi di gestione dovuti dai soggetti ammessi all'iscrizione ai sensi dell'art. 2, 2° comma, sono liberamente determinate dal Consiglio di Amministrazione, sempre tenute presenti le esigenze di bilancio.

Gli organi della Cassa, cui spetta la determinazione del contributo per spese di gestione possono diversificarne la misura, tenute presenti le diverse attività di gestione e coordinamento svolte in loro favore dalla stessa.

Il Consiglio di Amministrazione può delegare al Presidente ed al Vice Presidente congiuntamente la determinazione dei contributi spese di gestione e dei premi d'ingresso.

Gli interessi di mora per ritardato pagamento sono stabiliti nella misura del tasso legale di tempo in tempo vigente, aumentato di 4 punti, ovvero nella diversa misura stabilita dal Comitato Esecutivo che di volta in volta ne delibera l'applicazione dandone comunicazione alle Aziende iscritte.

ART. 9

Contributi

I contributi sono dovuti:

- a) dalle Organizzazioni ed Aziende di cui alle lettere b) e c) ed al II° comma dell'art.2, iscritte alla Cassa, per tutti i dipendenti iscritti;
- b) dai dipendenti iscritti alla Cassa in tutti i casi in cui siano stabiliti contributi a loro carico;
- c) dai lavoratori in quiescenza che abbiano richiesto e ottenuto di continuare ad essere iscritti.
- d) dai Fondi e/o Casse Sanitarie iscritte per i propri associati che usufruiscono delle prestazioni della Cassa.
- e) dai pensionati ammessi con delibera del Consiglio di Amministrazione ai sensi dell'art. 6, 3° comma.

Le misure dei contributi dovuti alla Cassa dalle Aziende, Organizzazioni, dai loro dipendenti iscritti nonché dalle Casse e/o Fondi Sanitari sono determinate, con delibera del Consiglio, nel rispetto degli accordi nazionali ovvero delle intese e/o dei regolamenti aziendali, attuati anche a mezzo di Fondi e/o Casse Sanitarie e comunicati alla Cassa da ogni singola Azienda, Organizzazione, Fondo e/o Cassa Sanitaria al momento dell'iscrizione ed, in seguito, subito dopo le eventuali variazioni.

Le misure dei contributi dovuti alla Cassa dal personale in quiescenza e dai loro familiari beneficiari delle prestazioni nonché dai familiari degli iscritti dipendenti non fiscalmente a loro carico sono determinate dal Consiglio di Amministrazione.

Il Consiglio di Amministrazione, sia nel caso che la C.A.S.DI.C. operi in regime di mutualità sia che operi mediante la stipula di polizze assicurative e/o contratti con altre Casse e/o Fondi Sanitarie, può anche stabilire prestazioni e/o misure di contributi differenziate, sia su specifica richiesta delle Aziende, delle Organizzazioni, dei Fondi e/o Casse Sanitarie iscritte e dei pensionati iscritti, sia in conseguenza dell'andamento del rapporto sinistri/contributi riferito al periodo precedente e relativo agli Enti di appartenenza dei dipendenti iscritti, ovvero all'Azienda di provenienza del personale in quiescenza

iscritto, ovvero ai Fondi e/o Casse Sanitarie iscritte.

Le Aziende/Organizzazioni/ Fondi e/o Casse Sanitarie si obbligano a versare alla Casdic anche i contributi a carico degli assicurati - con le modalità stabilite dal Consiglio di Amministrazione della Cassa stessa - con recupero nei confronti degli interessati.

Nell'ipotesi di iscrizione nel corso dell'anno i contributi previsti nel presente articolo sono dovuti dalla decorrenza dell'iscrizione, nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione della Casdic.

Gli interessi di mora per ritardato pagamento sono stabiliti nella misura del tasso legale di tempo in tempo vigente, aumentato di 4 punti ovvero nella diversa misura stabilita dal Comitato Esecutivo che di volta in volta ne delibera l'applicazione, dandone comunicazione alle Aziende iscritte.

Le Organizzazioni e/o le Aziende iscritte comunicano alla Casdic ogni anno entro il mese di gennaio il numero complessivo dei propri dipendenti in servizio ai fini dell'esatta determinazione del contributo dovuto anche per le spese di gestione.

ART. 10

Ritardato versamento

Tutti i versamenti devono essere eseguiti nei termini e con le modalità stabilite dal Consiglio di Amministrazione.

Trascorso il termine utile per il versamento, l'inadempiente dovrà corrispondere anche gli interessi di mora nella misura prevista nel presente Regolamento ovvero determinata dal Comitato Esecutivo, valendo la domanda di iscrizione quale obbligo al pagamento degli interessi di mora come sopra determinati.

Le disposizioni di cui sopra valgono nei confronti delle Organizzazioni, Aziende, Casse e/o Fondi Sanitari iscritte e nei confronti degli iscritti persone fisiche in tutti i casi in cui sussiste un obbligo di pagamento diretto nei confronti della Cassa.

ART.11

Prestazioni

In attuazione di quanto previsto dall'art. 4 dello Statuto, la Cassa, escluso ogni fine di lucro:

- riconosce, anche mediante la stipula di contratti con Enti, Società o Istituti Assicurativi, ovvero con altre Casse o Fondi Sanitari, un concorso alle spese sostenute dagli iscritti per usufruire delle prestazioni sanitarie. Tali prestazioni, e le relative condizioni, sono quelle previste nei contratti di volta in volta stipulati dalla Cassa con società assicuratrici ovvero con altre Casse e/o Fondi sanitari;

- stipula convenzioni con soggetti di diritto attivi nel settore sanitario finalizzate ad ottenere per gli iscritti condizioni più favorevoli di quelle usualmente praticate sul mercato per l'utilizzo di servizi di natura sanitaria forniti da detti soggetti.

In regime di mutualità, le prestazioni sanitarie e le condizioni sono quelle di volta in volta stabilite dal Consiglio di Amministrazione.

Le ulteriori prestazioni assicurative di natura assistenziale di cui all'art.3 comma 3 dello Statuto sono definite – relativamente ai termini, alle modalità e alle condizioni per l'utilizzo - con delibera del Consiglio di Amministrazione.

ART. 12

Limitazione di responsabilità

Qualora la Cassa, a garanzia della propria gestione nonché per il raggiungimento del proprio scopo, intenda avvalersi di apposita copertura assicurativa, la responsabilità della Cassa stessa è limitata all'obbligo, se richiesta, di promuovere avverso la Compagnia eventualmente inadempiente, ogni azione a tutela dei diritti degli interessati.

In ogni caso, delle obbligazioni assunte nei confronti dei soci e degli iscritti, la Cassa

risponde unicamente con il proprio patrimonio, esclusa ogni responsabilità personale dei componenti gli organi statutari.

ART.13

Obbligo di segretezza

Tutti i componenti del Consiglio di Amministrazione, del Collegio dei Revisori dei Conti e tutti i collaboratori ed i dipendenti che prestano la propria opera in favore della Cassa, sono obbligati a mantenere segrete e a non divulgare a terzi tutte le conoscenze acquisite sulle attività svolte e sulle iniziative assunte dalla Cassa per il perseguimento delle proprie finalità istituzionali.

A maggior tutela del diritto della Cassa a mantenere segrete e riservate le proprie attività ed iniziative istituzionali, tutti i soggetti di cui sopra dovranno rilasciare in favore della Casdic, al momento dell'assunzione dell'incarico, un impegno personale scritto, assumendo altresì specifico obbligo di risarcimento del danno in caso di inadempimento.

SEZIONE SPECIALE LONG TERM CARE

ART. 14

Oggetto

Le norme stabilite nella presente Sezione Speciale individuano e disciplinano le prestazioni di LONG TERM CARE rese dalla Cassa in favore di tutti gli aventi diritto, così come definiti negli artt. 19 e 20 dello Statuto e nel successivo art. 16.

Si richiama altresì tutta la specifica normativa dettata in materia dallo Statuto e segnatamente: l'art. 3, secondo comma; l'art. 4, secondo e terzo comma; l'intera Sezione Speciale per la disciplina statutaria dell'attività di LONG TERM CARE (artt. 17, 18, 19, 20, 21 e 22).

ART. 15

Attuazione degli scopi

L'assistenza viene garantita dalla Cassa ai soggetti aventi diritto che si trovino in uno stato di non autosufficienza, così come definito nel successivo art.17, per un periodo di tempo continuato, superiore a 90 giorni.

Il Consiglio di Amministrazione procede, con cadenza triennale a partire dall'1.1.2008, a definire le forme, i termini e le modalità per l'erogazione delle prestazioni, elaborando in tal modo lo standard minimo delle prestazioni da erogare, attenendosi ai limiti indicati nel successivo art. 17 ed avvalendosi anche di consulenze tecniche.

ART. 16

Iscritti

Oltre ai soggetti indicati nelle lettere c), d) ed e) dell' articolo 19 dello Statuto della Cassa, hanno diritto di beneficiare delle prestazioni LTC tutti i soggetti individuati nell'art. 4, primo comma dell'Accordo sottoscritto da tutti i soci della Cassa in data 22.12.2008, purché dipendenti dai soggetti indicati alle lettere a) e b) dell'art. 19 dello Statuto della Cassa.

I lavoratori con contratto a tempo determinato e con contratto di inserimento e di apprendistato hanno diritto alle prestazioni LTC qualora la condizione di non autosufficienza si determini durante il periodo di durata dell'iscrizione..

Le Aziende e/o gli Enti iscritti di diritto ovvero in alternativa le Casse e/o Fondi iscritti ai sensi dell'art. 19, 2° comma dello Statuto, debbono comunicare alla Cassa le variazioni

circa i soggetti dipendenti, ovvero associati alle Casse e/o Fondi e, ove note, le cause di cessazione del rapporto di lavoro entro il mese successivo a quello in cui si è verificato l'evento.

In caso di richiesta di prestazioni in favore di un iscritto in quiescenza, dovrà essere annualmente prodotto alla Cassa certificato di esistenza in vita. A tal fine, il datore di lavoro, ovvero in alternativa la Cassa e/o Fondo iscritti ai sensi dell'art. 19, 2° comma dello Statuto, provvederanno a rendere edotto di quest'obbligo per iscritto il lavoratore che cessi il rapporto di lavoro.

Condizione per l'operatività dell'iscrizione di diritto è l'inserimento e la permanenza del beneficiario al momento della richiesta delle prestazioni di LTC negli elenchi nominativi inviati alla Cassa dalle Aziende e/o dagli Enti iscritti di diritto.

Ogni variazione degli elenchi nominativi deve essere comunicata dalle Aziende e/o Enti entro e non oltre il mese successivo al suo verificarsi.

ART. 17

Definizione di stato di non autosufficienza

Viene definita persona "non autosufficiente" quella incapace in modo tendenzialmente permanente e comunque per un periodo superiore a 90 giorni di svolgere in tutto od in parte le seguenti "attività elementari della vita quotidiana":

- lavarsi (farsi il bagno o la doccia);
- vestirsi e svestirsi;
- igiene personale (utilizzare la toeletta, lavarsi);
- mobilità;
- continenza;
- alimentazione (bere e mangiare).

Per ogni attività la Cassa, avvalendosi di una commissione medica, accerta il grado di autonomia del beneficiario ed assegna un punteggio secondo lo schema di valutazione funzionale di seguito riportato.

Lo stato di non autosufficienza viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti .

TABELLA PUNTI

Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza

Lavarsi

1° grado: l'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo:

punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno:

punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno:

punteggio 10

Vestirsi e svestirsi

1° grado: l'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo:

punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore o per la parte inferiore del corpo:

punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore sia per la parte inferiore del corpo:

punteggio 10

Igiene personale

1° grado: l'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare al bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:

punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per almeno 1 o al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività

punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività

punteggio 10

Mobilità

1° grado: l'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi:

punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle o le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto:

punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi:

punteggio 10

Continenza

1° grado: l'Assistito è completamente continente

punteggio 0

2° grado: l'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno:

punteggio 5

3° grado: l'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come pannoloni, catetere o colostomia.

punteggio 10

Alimentazione

1° grado: l'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti

punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per 1 o più delle seguenti attività:

- sminuzzare/tagliare il i cibi

- sbucciare la frutta

- aprire contenitore/una scatola

- versare bevande nel bicchiere

punteggio 5

3° grado: l'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.

punteggio 10

ART. 18

I servizi di assistenza forniti dalla Cassa

La Casdic, avvalendosi di accordi e/o contratti stipulati con società specializzate (Network), pone a disposizione degli aventi diritto le seguenti tipologie di convenzioni a pagamento:

- Residenze Socio Assistenziali (RSA) private e pubbliche

- Strutture di riabilitazione e lungodegenza

- Assistenza domiciliare di tipo infermieristico

- Servizi socio assistenziali (esemplificatamene badanti, piccoli aiuti domestici,

commissioni, interventi ausiliari personalizzati, ecc.)

- Psicologi e psicoterapeuti per supporto post-traumatico

- Altri consulenti

La Casdic, sempre a mezzo della società di network incaricata fornisce, a titolo gratuito, ulteriore servizi di supporto agli aventi diritto, relativi alla costituzione di una centrale operativa telefonica, all'ottenimento di certificazione medica specialistica e complementare, all'assistenza telefonica di psicologi..

In ogni caso, i singoli servizi messi a disposizione a pagamento e/o a titolo gratuito, sono quelli contenuti nei contratti e/o accordi stipulati da Casdic con una società di network e sono oggetto di specifica ed analitica informativa ai singoli beneficiari, data dalla Casdic attraverso la pubblica-zione nel suo sito internet ed attraverso la divulgazione fatta dalle singole aziende di appartenenza dei beneficiari.

ART. 19

Modalità di determinazione della prestazione

Eventuali revisioni dell'importo annuale della prestazione da erogare ai soggetti che diventino non autosufficienti sono concordate tra i soci della Cassa.

ART. 20

Modalità operative e attuative della garanzia

La copertura LTC verrà riconosciuta ai soggetti aventi diritto di cui agli artt.19 e 20 dello Statuto e art. 16 del presente regolamento.

Le condizioni per l'erogazione delle prestazioni, le esclusioni, gli obblighi di informativa e di comunicazione, la documentazione sono fissate dal Consiglio di Amministrazione della Cassa in conformità allo standard delle tipologie di prestazioni di cui al presente Regolamento.

ART. 21

Modalità di erogazione delle prestazioni

Per la verifica e l'accertamento del diritto dei beneficiari a ricevere i servizi ed i contributi economici erogati, la Casdic può avvalersi di una società specializzata alla quale conferisce il mandato per la gestione operativa delle singole posizioni, denominata Società di Gestione. Pertanto, verificatosi l'insorgere di uno stato di non autosufficienza, l'avente diritto, utilizzando gli appositi modelli forniti dalla Cassa, dovrà richiederne il riconoscimento alla Casdic ovvero alla Società di Gestione, se nominata, allegando alla richiesta:

- certificato del medico curante attestante l'insorgere di non autosufficienza;
- relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza;
- documentazione sanitaria (cartelle cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici) utile alla valutazione del quadro clinico.

L'interessato dovrà fornire tutte le informazioni relative al proprio stato di salute e si assume la responsabilità della veridicità delle dichiarazioni rese.

La commissione medica in seno alla Società di Gestione, eventualmente avvalendosi della consulenza tecnico-specialistica ritenuta necessaria, esaminerà e valuterà la documentazione ricevuta.

Ogni pratica è definita dalla Casdic nel termine massimo di tre mesi, decorrente dalla data di ricevimento di tutta la documentazione.

L'accertamento con esito positivo dà diritto all'erogazione della prestazione a decorrere dalla data della richiesta derivante dallo stato di non autosufficienza.

Le prestazioni sono dovute, permanendo lo stato di non autosufficienza fino al decesso dell'assistito, che dovrà essere immediatamente comunicato dai familiari conviventi alla Cassa ed alla Società di Gestione.

Gli importi percepiti dopo il decesso dovranno essere rimborsati.

In caso di venir meno dello stato di autosufficienza è fatto obbligo al beneficiario di farne immediata comunicazione alla Casdic.

In ogni caso, lo stato di non autosufficienza è soggetto a verifica e revisione ogni 12 mesi. Pertanto, la Cassa avrà diritto di richiedere accertamenti medici che attestino la permanenza dello stato di non autosufficienza.

Qualora l'accertamento evidenzi il recupero della autosufficienza, la Cassa comunicherà all'assistito la sospensione ovvero la revoca definitiva delle prestazioni, con diritto al rimborso delle eventuali somme percepite dopo la data del recupero dell'autosufficienza.

La Cassa, in ogni caso, ha la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Assicurato, a controlli presso il beneficiario e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare il suo stato di salute.

In caso di rifiuto da parte del beneficiario di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, l'erogazione delle prestazioni è revocata dalla data della richiesta della Cassa.

In caso di controversia sull'esito della verifica periodica dello stato di non autosufficienza si applica il successivo articolo 9.

La Cassa ha facoltà di richiedere certificazione di esistenza in vita del beneficiario con cadenza annuale.

La revoca e/o la sospensione delle prestazioni è deliberata dal Comitato Esecutivo, su delega del Consiglio di Amministrazione.

La liquidazione in unica soluzione e/o periodica delle somme dovute dalla Cassa agli aventi diritto è effettuata con firma congiunta del Presidente e del Vice Presidente.

ART. 22

Controversie

In caso di disaccordo sul riconoscimento dello stato di non autosufficienza potrà essere fatto ricorso ad un procedimento arbitrale secondo la procedura di seguito indicata:

- Nel caso in cui lo stato di non autosufficienza non venga riconosciuto dalla Cassa, l'assistito ha facoltà, entro il termine di 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di rifiuto, di promuovere, mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento spedita alla Cassa, la decisione di un collegio arbitrale composto da tre medici di cui uno nominato dalla Cassa, l'altro dall'assistito ed il terzo scelto di comune accordo dalle due parti. In caso di mancato accordo entro 20 giorni dalla richiesta di arbitrato, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al presidente del Tribunale di Roma.
- Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza, secondo equità e in modo inappellabile, entro il termine di 30 giorni, come amichevole compositore senza formalità di procedura.
- Gli arbitri, ove lo credano, potranno esperire qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare od incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.).
- Ciascuna delle parti sopporta le spese e competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico. Le altre spese sono a carico della parte soccombente.

ART. 23

Esclusioni

L'esclusione degli aventi diritto alle prestazioni di LTC è deliberata dal Consiglio di Amministrazione, nei seguenti casi:

- dolo dell'iscritto;
- partecipazione attiva dell'iscritto ad atti dolosi;
- partecipazione attiva dell'iscritto a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la prestazione può essere erogata alle condizioni stabilite dal

competente Ministero;

- partecipazione attiva dell'iscritto a tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- malattie intenzionalmente procurate, alcolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci;
- infortuni derivanti da attività sportive pericolose: alpinismo con scalate di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di motoslitte e bob, sci fuori pista, hockey su ghiaccio, tutte le attività aeree con la sola eccezione del volo in qualità di passeggero in aereo autorizzato, corse e gare automobilistiche, motonautiche, motociclistiche e relative prove e allenamenti; immersione con autorespiratore, speleologia, canoa, e rafting, concorsi di equitazione, caccia e tiro, parapendio, pugilato, atti di temerarietà, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale.
- trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo – naturali o provocati – e accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

Le prestazioni di LTC non vengono erogate a coloro che risultassero già affetti da invalidità totale e permanente e/o non autosufficienza o avessero già in corso accertamenti a tale scopo alla data del 01/01/2008.

ART. 24

Contributi annuali

I soggetti individuati e specificati nell'art. 21 dello Statuto sono obbligati a corrispondere direttamente alla Casdic entro e non oltre il mese di gennaio i contributi annuali nella misura capitaria determinata nei CCNL per i quadri direttivi e per il personale delle aree professionali dipendenti e CCNL per i dirigenti, di volta in volta vigenti.

Il pagamento dei contributi dovuti a seguito di nuove assunzioni, ovvero di passaggio alla categoria dei dirigenti deve essere effettuato entro e non oltre il mese successivo all'assunzione o al passaggio di categoria, salva diversa deliberazione del Consiglio di Amministrazione.

ART. 25

Impiego dei contributi

In forza di quanto stabilito nell'articolo 6 del verbale di Accordo Sindacale " B" del 22.12.2008, una quota parte del contributo annuo per LTC –fino ad un massimo di 2,00 euro per ciascun dipendente iscritto – è destinata al concorso spese di gestione per l'attività di Long Term Care svolta dalla Cassa. La Casdic provvede ad investire i contributi nel rispetto degli interessi della generalità degli iscritti, sulla base di quanto è deliberato in materia dal Consiglio di Amministrazione della Cassa, che provvede altresì a fissare l'effettivo ammontare del concorso spese di gestione.

ART. 26

Consulenze tecniche

Il Consiglio di Amministrazione, nell'esercizio delle sue funzioni, può avvalersi di consulenze tecniche, anche interne / esterne, nel rispetto del presente regolamento e delle normative vigenti con oneri a carico della Cassa stessa.

ART. 27

Privacy e trattamento dei dati personali

La Cassa si impegna al rispetto della riservatezza delle informazioni relative agli iscritti e beneficiari ad essa pervenute nonché al rispetto della normativa di cui al dlgs. N.196/03 in

materia di trattamento dei dati personali.

I soggetti obbligati al pagamento dei contributi sono incaricati di rendere l'informativa sulla privacy agli aventi diritto.