

Regolamento Cassa Sanitaria2015

Articolo 1

(oggetto e validità del regolamento)

Il seguente Regolamento disciplina il funzionamento della “Cassa Sanitaria del Personale delle Società dei Gruppi BNL e BNP Paribas Italia”, di seguito denominata “Cassa Sanitaria,” già Cassa Sanitaria BNL, costituita ai sensi dell’art. 36 e segg. Cod. civ., in data 21/12/2007 con atto del Notaio Dottor Mario Liguori repertorio 152034/33318.

Esso costituisce parte integrante dello Statuto della “Cassa Sanitaria” e può essere oggetto di modifiche ai sensi e nei termini dell’art. 18 dello Statuto stesso.

Esso avrà effetto a far data 1 gennaio 2015.

TITOLO I

Rapporti tra la Cassa e gli assistiti

Articolo 2

(iscrizione e revoca alla “Cassa Sanitaria”)

Le iscrizioni alla “Cassa Sanitaria” sono regolamentate dall’art. 5 dello Statuto della stessa, salvo espressa revoca in forma scritta che andrà inviata alla “Cassa Sanitaria” entro il 31 ottobre di ogni anno.

La revoca alla “Cassa Sanitaria”, sia totale che per le opzioni facoltative, preclude la possibilità di futura riiscrizione.

Ciascun iscritto aderisce al piano sanitario in relazione al proprio inquadramento che ne determina anche le adesioni future, una volta cessato dal servizio.

- **Personale proveniente da Società dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia**

Per il personale proveniente da Società dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia, già beneficiario di altra polizza Sanitaria, il Comitato potrà valutare una iscrizione differita nel tempo.

- **Neo assunti**

Dal 01 Gennaio 2015, Tutti i dipendenti neo assunti delle Aree Professionali e dei Quadri Direttivi delle Società dei Gruppi BNL e BNP Paribas Italia , così come previsto al punto 1 comma “e” dell’art 5 dello Statuto sono di diritto iscritti alla “Cassa Sanitaria”, salvo espressa revoca che andrà inviata alla “Cassa Sanitaria” entro 60 giorni dalla data di assunzione. La revoca alla “Cassa Sanitaria”, sia totale che per le opzioni facoltative, preclude la possibilità di futura riiscrizione.

Entro 60 giorni dalla data di assunzione, il neo assunto dovrà compilare ed inoltrare alla “Cassa Sanitaria” la modulistica, da essa inviata, contenente:

1. La composizione del proprio nucleo familiare (dati anagrafici) , qualora intenda assicurare il nucleo stesso;
2. la scelta del pacchetto assicurativo
3. “Informativa al Cliente sull’uso dei suoi dati e sui suoi diritti” con la manifestazione del proprio consenso;

Il premio annuo a carico dell’iscritto/a e il contributo aziendale, vengono ridotti del 30% nel caso di assunzioni avvenute nel secondo semestre dell’anno.

- **Personale in “accompagnamento alla pensione” (esodati)**

Il personale in “accompagnamento alla pensione” (esodato) mantiene il diritto alle coperture assicurative alle stesse garanzie, condizioni e costi dei dipendenti in servizio fino alla “data di fine esodo”. In caso di uscita dal servizio in corso d’anno

l'esodato manterrà l'iscrizione alla polizza dei dipendenti in servizio fino al 31 dicembre.

La Cassa provvederà entro il mese di gennaio dell'anno successivo all'uscita per "accompagnamento alla pensione" ad inviare per posta ordinaria l'apposita modulistica relativa alle modalità d'iscrizione alla copertura "Esodati". Dovrà essere comunque cura dell'assicurato richiedere la documentazione relativa all'iscrizione.

L'esodato dovrà manifestare formalmente la volontà di adesione inviando la sotto indicata modulistica compilata e firmata entro il 20 febbraio dell'anno successivo all'uscita:

- a. Modulo di adesione;
- b. "Informativa al Cliente sull'uso dei suoi dati e sui suoi diritti";
- c. "disposizione permanente di addebito" con trattenuta mensile con scadenza il 31 dicembre dell'anno di fine esodo.

Ciascun esodato aderisce al piano sanitario in relazione all'inquadramento alla data di cessazione dal servizio.

L'interruzione dei pagamenti in corso d'anno non è consentita e determina l'immediata decadenza del diritto d'iscrizione alla Cassa.

- **Personale in quiescenza**

Il personale in quiescenza manterrà l'iscrizione alla polizza dei dipendenti in servizio o a quella degli esodati fino al 31 dicembre dell'anno di cessazione dal servizio o "fine esodo".

La Cassa provvederà entro il mese di gennaio dell'anno successivo all'uscita ad inviare per posta ordinaria l'apposita modulistica relativa alle modalità d'iscrizione alla copertura "Personale in quiescenza". Dovrà essere comunque cura dell'assicurato richiedere la documentazione relativa all'iscrizione.

Il pensionato dovrà manifestare formalmente la volontà di adesione inviando la sotto indicata modulistica compilata e firmata entro il 20 febbraio dell'anno successivo all'uscita:

- a) Modulo di adesione;

- b) “Informativa al Cliente sull’uso dei suoi dati e sui suoi diritti”;
- c) “disposizione permanente di addebito” con trattenuta mensile.

L’interruzione dei pagamenti in corso d’anno non è consentita e determina l’immediata decadenza del diritto d’iscrizione alla Cassa.

Ciascun pensionato (o ex esodato divenuto pensionato) aderisce al piano sanitario in relazione all’inquadramento alla data di cessazione dal servizio.

In caso di mancata iscrizione nell’anno successivo a quello di uscita, decadendo il principio di continuità assicurativa, verrà a decadere ogni possibilità di nuova iscrizione alla Cassa.

- **Superstiti**

In caso di decesso del/della titolare di polizza, coniuge e/o figli mantengono le coperture di polizza preesistenti fino al 31 dicembre. Se richiesto, possono aderire alla Cassa Sanitaria con le stesse modalità e garanzie assicurative riservate al personale in quiescenza.

In caso di mancata iscrizione nell’anno successivo a quello del decesso del titolare, decadendo il principio di continuità assicurativa, verrà a decadere ogni possibilità di nuova iscrizione alla Cassa.

Articolo 3

(nuclei familiari – altri familiari conviventi del titolare)

- **Nuclei familiari**

Il dipendente in servizio, il personale in “accompagnamento alla pensione” e il personale in quiescenza possono estendere le coperture assicurative ai relativi nuclei familiari risultanti dallo stato di famiglia. Per nucleo familiare si intende:

- 1) il coniuge anche se non convivente purché non legalmente separato;
- 2) i figli conviventi con il dipendente o con il coniuge così come descritto al precedente punto 1);

3) i figli anche non conviventi ma a carico del dipendente fino al compimento del 21° anno di età o fino al compimento del 26° anno qualora risultino ancora studenti;

4) i figli di età superiore a 26 anni purché conviventi;

5) è equiparato al coniuge il convivente more uxorio purché risultante dal certificato di famiglia o documento equivalente.

Sono equiparati ai figli gli affidatari o gli adottivi.

Qualora l'iscritto decida di non estendere al proprio nucleo familiare all'atto dell'adesione al piano sanitario la polizza assicurativa, non sarà più possibile l'attivazione della stessa in un momento successivo.

- **Altri familiari del titolare conviventi**

I dipendenti in servizio ed il personale in “accompagnamento alla pensione” possono estendere la copertura assicurativa, con versamento del relativo premio a carico del dipendente, ad “altri familiari del titolare conviventi”, intendendo per tali:

- i genitori;
- i fratelli;
- i nipoti;

in questo caso dovranno essere incluse tutte le persone, come sopra indicate, risultanti dallo stato di famiglia;

- potrà, inoltre, inserire i figli di età superiore ai 26 anni non conviventi .

Qualora il dipendente decida di non estendere ai propri familiari conviventi o ai figli non conviventi di età superiore a 26 anni la polizza assicurativa, all'atto dell'adesione, non sarà più possibile l'attivazione della stessa in un momento successivo.

Articolo 4

(inclusioni - esclusioni – variazioni anagrafiche)

- **Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia**

l'inclusione di familiari come definiti all'art. 3 "Nuclei familiari – Altri familiari del titolare", in un momento successivo alla decorrenza dell'iscrizione alla Cassa è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia per:

- Matrimonio;
- nuova convivenza;
- nascita o "reintegro" dei figli nello stato di famiglia.

La nuova inclusione dovrà essere comunicata mediante compilazione e invio alla Cassa dell'apposito modulo entro 60 giorni dall'evento. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro il termine stabilito; in caso contrario decorrerà dal giorno in cui è pervenuta alla Cassa la relativa comunicazione.

- **Esclusione di familiari del nucleo.**

Il titolare di polizza può escludere uno o più familiari dalle coperture assicurative con decorrenza 31 dicembre di ogni anno. L'esclusione preclude per sempre una nuova adesione del familiare alla Cassa Sanitaria.

- **Variazioni anagrafiche**

E' obbligo dell'iscritto comunicare alla Cassa entro 60 giorni ogni variazione di residenza o domicilio, qualora comunicato.

In caso di variazione del nucleo familiare come descritto dall'art. 3 del regolamento, il titolare di polizza dovrà darne tempestiva comunicazione alla Cassa.

Articolo 5

(programmi di assistenza)

L'efficacia delle polizze è annuale (anno solare) e le garanzie sono operanti per il titolare e il suo nucleo familiare qualora assicurato, fino alla scadenza del periodo assicurativo ovvero fino al 31 dicembre di ciascun anno. Il rinnovo è tacito salvo quanto è previsto dal successivo art. 7.

Articolo 6

(fruizione delle prestazioni)

1. Le polizze sanitarie riguardano esclusivamente malattie e infortuni.
2. Per richiedere i rimborsi è obbligatorio consegnare la documentazione alla compagnia assicuratrice, o a questa, tramite la Cassa Sanitaria.
3. Il termine di prescrizione dei sinistri è entro i termini stabiliti dalle polizze contratte.
4. Per ottenere i rimborsi spettanti è obbligatorio presentare la documentazione nei tempi e nella modalità stabilite dalle polizze.

Articolo 7

(continuità assicurativa)

La continuità assicurativa garantisce la copertura sanitaria a tutti gli iscritti/e alla Cassa Sanitaria, senza limiti temporali o anagrafici purché non vi siano interruzioni.

La continuità assicurativa è annuale ed è condizione unica per la prosecuzione del rapporto con la Cassa Sanitaria.

Articolo 8

(controversie e reclami)

Qualora, in applicazione del presente regolamento dovessero insorgere controversie o reclami, questi dovranno essere sottoposti dagli iscritti e dai beneficiari al Comitato di Gestione tramite raccomandata A/R.

Titolo II

Rapporti tra la Cassa e la Banca

Articolo 9

(attività – programmi – funzioni)

La Cassa Sanitaria, recependo quanto concordato dalle Fonti Istitutive all'atto della costituzione della Cassa Sanitaria, deve portare a conoscenza di tutti gli iscritti/iscritte i piani sanitari, ovvero, polizze e rete delle strutture sanitarie convenzionate, sia attraverso i canali Banca, sia attraverso le modalità individuate dal Comitato di Gestione.

Le informazioni di merito su procedure e polizze sanitarie, sono di esclusiva pertinenza della Cassa Sanitaria.

La Cassa utilizzerà tutti gli strumenti e le informazioni messi a disposizione dalla Banca secondo gli accordi con le Fonti Istitutive atti al funzionamento e all'espletamento del servizio svolto dalla stessa.

Articolo 10

(Partecipazione alla Cassa Sanitaria)

La partecipazione alla Cassa Sanitaria, del personale in servizio e del personale cessato dal servizio, viene regolata come nel precedente titolo I.

Articolo 11

(Entrate)

Costituiscono entrate della Cassa Sanitaria, oltre quanto previsto dall'art. 8 dello statuto, gli extra contributi stabiliti dalle Fonti Istitutive per il funzionamento della Cassa stessa.

Articolo 12

(modifiche)

Oltre a quanto previsto dall'articolo 13.7 dello statuto dovranno essere deliberate con analoga maggioranza dei $\frac{3}{4}$ dei componenti anche le eventuali controversie di carattere rilevante con gli assicuratori.