

CAS.SA.COLF REGOLAMENTO

Art.1 (Costituzione della CAS.SA.COLF)

In ottemperanza a quanto stabilito dal CCNL sulla disciplina del rapporto di lavoro domestico, CAS.SA.COLF è un organismo paritetico composto per il 50% da FIDALDO (costituita da Nuova Collaborazione, da Assindatcolf, da A.D.L.D. e da A.D.L.C.) e DOMINA e per l'altro 50% da Filcams-Cgil, Fisascat-Cisl, Uiltucs e Federcolf.

Art.2 (Scopo)

La CAS.SA.COLF ha lo scopo di fornire prestazioni e servizi a favore dei lavoratori e datori di lavoro, comprensive di trattamenti assistenziali sanitari e assicurativi, integrativi e aggiuntivi delle prestazioni pubbliche.

Art.3 (Inizio attività della CAS.SA.COLF)

L'attività della CAS.SA.COLF, ai fini delle prestazioni a suo carico, inizia in data 1 Luglio 2010. Il primo periodo di operatività si conclude con il 31 Dicembre 2011.

I periodi operativi successivi coincidono con i successivi anni civili (1° Gennaio – 31 Dicembre).

Art.4 (Iscritti – Beneficiari)

Sono iscritti alla CAS.SA.COLF tutti i dipendenti ed i datori di lavoro domestico in regola con i contributi di assistenza contrattuale, nei confronti dei quali vengono applicati i CCNL a partire da quello stipulato il 16 Febbraio 2007, ed i successivi rinnovi contrattuali, sottoscritti tra FIDALDO e DOMINA da una parte e FILCAMS-CGIL, FISASCAT-CISL, UILTUCS e FEDERCOLF dall'altra.

Beneficiari delle prestazioni sono i medesimi dipendenti iscritti, i datori di lavoro, e/o i loro aventi causa.

Il dipendente risulta iscritto alla CAS.SA.COLF dal primo giorno del trimestre per il quale inizia il versamento a suo nome dei contributi di Assistenza contrattuale di cui ai successivi Articoli 5 e 6. In particolare il dipendente risulta iscritto alla CAS.SA.COLF dal 1° Luglio 2010 qualora, essendo stato assunto in data precedente, i contributi di assistenza contrattuale di cui ai successivi Articoli 5 e 6 siano versati a suo nome in relazione al terzo trimestre 2010.

Parimenti il datore di lavoro risulta iscritto alla CAS.SA.COLF dal primo giorno del trimestre in relazione al quale egli inizia il regolare versamento dei contributi di assistenza contrattuale ai sensi dei successivi Articoli 5 e 6; in particolare risulta iscritto dal 1° Luglio 2010 se ha regolarmente versato tali contributi in relazione al terzo trimestre 2010.

L'iscrizione alla CAS.SA.COLF, sia del dipendente che del datore di lavoro, permane anche nei casi nei quali si verificano delle discontinuità nel versamento dei contributi di assistenza contrattuale; pertanto quanto previsto al successivo Art. 7, punto 4., paragrafo c) riguarda esclusivamente la prima iscrizione alla CAS.SA.COLF.

Perché sia i dipendenti che i datori di lavoro continuino ad essere beneficiari rispettivamente delle relative prestazioni è invece necessario che, successivamente alla prima iscrizione, i contributi di assistenza contrattuale vengano versati in modo regolare e continuativo.

Art.5 (Obbligatorietà della contribuzione)

L'applicazione del CCNL indicato al precedente Art.4 e dei successivi rinnovi contrattuali comporta l'obbligo dell'iscrizione dei dipendenti e dei datori di lavoro alla CAS.SA.COLF, nonché del versamento dei contributi di assistenza contrattuale a carico del datore di lavoro e del lavoratore nella misura minima oraria complessiva di € 0,03 come stabilito dal CCNL, dei quali € 0,01 a carico del lavoratore.

Il versamento dei contributi è effettuato dal datore di lavoro.

La CAS.SA.COLF non risponde dei danni subiti dal lavoratore a seguito dell'omesso versamento dei contributi di assistenza contrattuale da parte del datore di lavoro e della conseguente perdita del diritto alle prestazioni.

Art.6 (Versamento dei contributi)

I contributi di assistenza contrattuale di cui al precedente Art.5 vanno versati con periodicità trimestrale all'INPS (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale), ente con il quale è stata stipulata apposita convenzione per la riscossione; il versamento dei contributi di assistenza contrattuale deve essere effettuato entro gli stessi termini di scadenza dei contributi obbligatori ed avvalendosi delle stesse modalità. Per il versamento dei contributi di assistenza contrattuale deve essere indicato il codice F2.

Qualora non sia stato possibile operare versamenti trimestrali, si potrà recuperare un massimo di due trimestri per ogni annualità pregressi e consecutivi, con il trimestre successivo, incrementando il valore del trimestre con la somma di € 0,03 per le ore retribuite nel/ nei trimestre/i recuperati.

Tale possibilità è vincolata esclusivamente se sia stato versato almeno il trimestre precedente a quello/i da recuperare, anche se effettuato da datore di lavoro diverso.

La CAS.SA.COLF potrà prevedere ulteriori modalità di versamento dei contributi, con apposite comunicazioni sul sito www.cassacolf.it.

Art. 7 (Prestazioni)

1. Indennità giornaliera in caso di ricovero e di convalescenza

La CAS.SA.COLF provvede a corrispondere ai dipendenti iscritti ai sensi del precedente art. 3, di:

- Indennità Giornaliera in caso di Ricovero con intervento chirurgico;
- Indennità Giornaliera in caso di Ricovero senza intervento chirurgico;
- Indennità Giornaliera in caso di Ricovero per parto;
- Indennità Giornaliera in caso di Convalescenza.

Il tutto come qui di seguito specificato:

a) In caso di ricovero con pernottamento, dovuto a malattia, infortunio o parto, in istituti di cura pubblici o privati, il dipendente iscritto ai sensi del precedente Art. 4 ha diritto alla corresponsione di un'indennità di € 30,00 per ciascun giorno di ricovero per un periodo non superiore a 20 giorni per persona e per anno civile.

Tale indennità è corrisposta anche in caso di ricovero in forma di day-hospital.

b) In caso di ricovero con pernottamento, dovuto a malattia od infortunio o parto con intervento chirurgico, in istituti di cura pubblici o privati nonché in day-hospital, il dipendente ha diritto ad una

indennità di € 30,00 per ogni giorno di convalescenza certificata dal medico, dopo la dimissione dall'istituto di cura o previsto nella degenza in day-hospital, qualora non sia stato in grado di svolgere la propria attività lavorativa ed indipendentemente da tale limitazione qualora si tratti di convalescenza conseguente a parto con intervento chirurgico.

Tale indennità viene corrisposta per il numero di giorni pari a quelli certificati dal medico con un massimo di 15 giorni per persona e per anno civile.

Per i casi relativi a:

- forme oncologiche maligne,

l'indennità giornaliera di € 30,00 prevista per il ricovero viene elevata a 30 giorni di pernottamento e l'indennità giornaliera di € 30,00 prevista per il periodo di convalescenza viene elevata a 30 giorni.

Definizioni:

Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili; per malattia si intende qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico, anche non dipendente da infortunio; per malformazione si intende deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite e per difetto fisico si intende deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose e/o traumatiche acquisite; per Istituto di cura si intende ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche; per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento; per intervento chirurgico si intende qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito ai fini terapeutici.

Esclusioni:

L'indennità giornaliera non viene corrisposta in caso di ricovero derivante da:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.
- la cura delle malattie mentali;
- le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

2. Rimborso spese per ticket sanitari

La CAS.SA.COLF provvede a rimborsare in maniera diretta ed integralmente ai dipendenti iscritti i ticket sanitari, nel limite di € 300,00 per persona e per anno civile, effettuate presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, ad esclusione di:

- ticket relativi ad analisi ematiche;
- ticket relativi ad analisi di laboratorio;
- farmaci;
- visite generiche;
- visite non specificate.

a) Rimborso spese per ticket sanitari per le forme oncologiche maligne.

La CAS.SA.COLF, ad integrazione di quanto previsto al punto 2, provvede a rimborsare in maniera diretta ed integralmente ai dipendenti iscritti i ticket sanitari, nel limite di € 200,00 per persona e per anno civile, effettuate presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate.

2.1 Rimborso spese periodo gravidanza

La CAS.SA.COLF provvede a rimborsare le spese sanitarie sostenute dalle lavoratrici iscritte in stato di gravidanza per l'intero periodo riconosciuto nel limite massimo annuo di € 1.000,00

2.2 Neonati figli di lavoratori iscritti

La CAS.SA.COLF provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera con un tetto massimo di € 100,00 al giorno comprensivi di vitto e alloggio a persona per il periodo del ricovero. La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 5.000,00 per neonato.

2.3 Protesi ortopediche ed ausili medici ortopedici

La CAS.SA.COLF provvede al rimborso del materiale riabilitativo acquistato o noleggiato dal lavoratore a seguito di prescrizione medica, per un valore economico di € 1.000,00 per anno, applicando una franchigia del 20% sul totale importo di ogni fattura presentata.

2.4 Rimborso spese per i trattamenti fisioterapici

La CAS.SA.COLF provvede al rimborso per le spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio certificato dal pronto soccorso o a seguito di patologie particolari, le cure termali sempre con apposita

prescrizione del medico, il tutto si svolgerà nelle strutture del servizio sanitario nazionale o ad esso accreditate, nella misura di € 250,00 annui per iscritto applicando una franchigia del 25% sul totale importo di ogni fattura presentata.

2.5 Indennità grandi interventi in strutture pubbliche

Nei casi di grandi interventi chirurgici o di gravi eventi morbosi, (come da lista di seguito riportata) nelle strutture pubbliche o convenzionate con il pubblico, la CAS.SA.COLF attiva una garanzia indennitaria di € 1.000,00 per intervento che va a coprire le spese complementari dell'iscritto.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI:

- NEUROCHIRURGIA
 - Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o axtramidollari)
 - Asportazione tumori dell'orbita
 - Interventi di cranioplastica
 - Interventi di Neurochirurgia per patologie oncologiche maligne
 - Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
 - Interventi per ernia del disco e/o per mieolopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale
 - Interventi sul plesso brachiale
 - Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale
- CHIRURGIA GENERALE
 - Ernia Femorale
 - Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi
 - Nodulesctomia mammaria
- OCULISTICA
 - Interventi per neoplasie del globo oculare
 - Intervento di enucleazione del globo oculare
- OTORINOLARINGOIATRIA
 - Asportazione di tumori gnomici timpano-giugulari
 - Asportazione di tumori maligni del cavo orale
 - Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare
 - Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugotomia) e delle corde vocali intervento di cordectomia)
 - Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
 - Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
 - Ricostruzione della catena ossiculare
- CHIRURGIA DEL COLLO
 - Tiroidectomia totale
 - Interventi sulle paratiroidi
 - Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
 - Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale

- CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

- CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Decompressione della arteria vertebrale nel femore trasversario
- Angioplastica con eventuale stent
- Interventi per aneurismi : resezione e trapianto con protesi
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sul cuore per via toracotomia
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomia
- Safenectomia della grande safena

- CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
- Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
- Appendicectomia con peritonite diffusa
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
- Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Drenaggio di ascesso epatico
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomia
- Interventi per echinococchi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addominoperineale
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi su esofago, stomaco e duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Intervento per mega-esofago
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Resezione gastrica
- Resezione gastrica allargata

- Resezione gastrica totale
 - Resezione gastro-digiunale
 - Resezione epatica
 - UROLOGIA
 - Terapia della calcolosi urinaria
 - Cistoprostatovescicolectomia
 - Interventi di cistectomia totale
 - Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
 - Interventi di prostatectomia radicale
 - Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
 - Nefroureterectomia radicale
 - Surrenalectomia
 - GINECOLOGIA
 - Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
 - Isterectomia totale con eventuale annessectomia
 - Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
 - Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 - Interventi per sindrome del tunnel carpale
 - Intervento per dito a scatto
 - Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
 - Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
 - Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
 - Intervento di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
 - Interventi di stabilizzazione vertebrale
 - Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
 - Interventi per costola cervicale
 - Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
 - Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
 - Trattamento delle dosimetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
 - Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare
 - CHIRURGIA MAXILLO – FACCIALE
 - Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio
 - TRAPIANTI DI ORGANO
 - Trapianti di organo compreso il trapianto di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche
- ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI:
- a. Infarto miocardico acuto;
 - b. Insufficienza cardio-respiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:

- I. dispnea
 - II. edemi declivi
 - III. aritmia
 - IV. angina instabile
 - V. edema o stasi polmonare
 - VI. ipossiemia
- c. Neoplasia maligna in trattamento con aggravamento delle condizioni generali e necessità di accertamenti o cure;
- d. Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
- I. ulcere torbide
 - II. decubiti
 - III. neuropatie
 - IV. vasculopatie periferiche
 - V. infezioni urogenitali o sovrinfezioni.
- e. Politraumatismi gravi che non necessitino di intervento chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato;
- f. Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo;

3.Prestazioni effettuate in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

Il piano sanitario prevede il pagamento di una serie di prestazioni in convenzione con UniSalute, in caso di malattia od infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto, effettuate in strutture sanitarie convenzionate ed effettuate da medici convenzionati.

UniSalute provvede al pagamento diretto ed integrale alla struttura sanitaria convenzionata, senza applicazione di scoperti o franchigie in presenza di una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa (come da lista di seguito riporta), per un massimale annuo assicurato di € 300,00 per persona.

- ALTA SPECIALIZZAZIONE

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

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr

- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Amniocentesi
- Densitometria ossea computerizzata (MOC)
- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Prelievo dei villi coriali
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia

- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

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

- VISITE SPECIALISTICHE

UniSalute provvede al pagamento diretto ed integrale alla struttura sanitaria convenzionata, senza applicazione di scoperti o franchigie in presenza di una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa, di tutte le visite specialistiche con l'esclusione delle prestazioni odontoiatriche e ortodontiche per un numero massimo di 4 visite per persona per anno.

- PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

UniSalute provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari di prevenzione fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con le Società indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni sono:

- Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo;

UniSalute autorizza una seconda seduta di ablazione del tartaro nello stesso anno assicurativo qualora il medico ne riscontri la necessità.

- PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del

massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

- SERVIZI DI CONSULENZA

UniSalute fornisce i seguenti servizi di consulenza che vengono gestiti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800 00 96 38 dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 19:30.

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

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, ecc.);
- assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero;

- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano **nella forma di assistenza diretta** nelle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

c) Pareri medici

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

Il diritto alle prestazioni di cui al punto n.3 si rinnova trimestralmente in corrispondenza della regolarità dei versamenti trimestrali di cui al punto n.5.

4.Prestazione su Responsabilità civile in caso di rivalsa INAIL

Nel caso in cui l'INAIL agisca in rivalsa nei confronti del datore di lavoro per un infortunio indennizzato, CAS.SA.COLF rimborserà il datore di lavoro nei limiti e massimali sotto indicati.

- CAUSALI RIMBORSABILI

Per gli infortuni sofferti dai prestatori di lavoro, da lui dipendenti, addetti ai servizi domestici e dai quali sia derivata morte o una invalidità permanente, calcolata sulla base delle tabelle di cui al D. Lgs 23 febbraio 2000, n. 38 b) ai sensi del Codice Civile, a titolo di risarcimento calcolata sulla base delle tabelle di cui al D. Lgs 23 febbraio 2000, n. 38. Il rimborso opera anche per il c.d. "rischio in itinere", se ed in quanto riconosciuto dall'INAIL. Dal rimborso sono comunque escluse le malattie professionali.

- CONDIZIONI

Per avere il rimborso è necessario che, al momento del Sinistro, il datore di lavoro sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge, naturalmente anche per il dipendente infortunato, a nome del quale deve essere regolarmente versato anche il contributo di assistenza contrattuale.

- MASSIMALI DEL RIMBORSO

Il rimborso erogato dalla CAS.SA.COLF, per i casi succitati, e per ogni singolo datore di lavoro iscritto, ai sensi dei precedenti articoli, è fino alla concorrenza del massimale di € 25.000 per ciascun sinistro e di € 25.000 per anno civile.

4.1 Responsabilità Civile verso Terzi

Nei casi di danni involontariamente causati dai lavoratori iscritti alla cassa, a terzi per morte, lesioni personali o danneggiamenti alle cose, per la responsabilità civile derivante da colpa o colpa grave dei quali danni il datore di lavoro iscritto debba rispondere, CAS.SA.COLF rimborsa le spese sostenute nei massimali sotto riportati.

- MASSIMALI DEL RIMBORSO

Il rimborso è previsto per ogni singolo datore di lavoro iscritto ai sensi dei precedenti Articoli 5 e 6, fino alla concorrenza del massimale di € 25.000,00 per ciascun sinistro e di € 25.000,00 per anno civile.

Rischi esclusi dalla garanzia

le garanzie non comprendono i danni:

- derivanti dalla proprietà o detenzione di armi da fuoco non in regola con le norme di legge in materia;
- derivanti dalla proprietà o custodia di cavalli o di altri animali che non siano domestici o da cortile;

verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.); derivanti direttamente o indirettamente, anche se parzialmente, da asbesto e qualsiasi sostanza contenente asbesto; derivanti da campi elettromagnetici relativi ad attività dei seguenti settori: radio, tv, telefonia fissa e mobile; derivanti da atti dolosi del datore di lavoro e/o del lavoratore.

5. Diritto alle prestazioni

a) il dipendente ha diritto alle prestazioni di cui ai precedenti punti 1 e 2 qualora a suo nome siano stati regolarmente versati con continuità, anche da datori di lavoro differenti, contributi di assistenza contrattuale di cui ai precedenti Articoli 5 e 6 relativamente ai quattro trimestri precedenti o comprensivi del trimestre durante il quale è occorso l'evento (ricovero, convalescenza, pagamento del ticket, gravidanza, neonati) in relazione al quale si chiede la prestazione, purché l'importo complessivo dei contributi di assistenza contrattuale versati in questi quattro trimestri a nome del dipendente (anche da parte di datori di lavoro differenti) non risulti inferiore ad € 25,00 (venticinque/00);

b) il datore di lavoro ha diritto alle prestazioni assicurative di cui al precedente punto 4 e 4.1 qualora, fermo restando quanto stabilito al medesimo punto 4 e 4.1 ultimo comma, abbia regolarmente versato con continuità contributi di assistenza contrattuale, anche a nome di differenti dipendenti del settore domestico, sia nei quattro trimestri precedenti quello durante il quale è avvenuto l'infortunio, sia nel trimestre in cui l'infortunio è avvenuto.

Il diritto alla prestazione è però subordinata al fatto che i contributi di assistenza contrattuale come sopra versati nei quattro trimestri precedenti quello durante il quale è avvenuto l'infortunio siano nel loro complesso non inferiori ad € 25,00;

c) sia i dipendenti sia i datori di lavoro non hanno diritto alle rispettive prestazioni di cui al presente Art. 7 relativamente agli eventi (rispettivamente ricovero, pagamento di ticket, infortunio) avvenuti durante il primo trimestre di iscrizione alla CAS.SA.COLF;

d) qualora l'evento al quale la prestazione si riferisca avvenga durante il secondo trimestre, oppure durante il terzo trimestre oppure durante il quarto trimestre dall'inizio dell'iscrizione, la prestazione sarà erogata solo dopo che siano stati versati regolarmente e continuativamente i contributi di assistenza contrattuale per quattro trimestri a far capo dall'iscrizione e la relativa documentazione che attesti l'avvenuto versamento con regolarità e continuità dei contributi di assistenza contrattuale sia pervenuta alla CAS.SA.COLF;

e) il requisito della continuità sussiste quando siano stati versati i contributi di assistenza contrattuale con il codice F2 in ciascun trimestre, salvo quanto previsto all'art. 6, indipendentemente dalla loro entità e dal numero di settimane coperte; il requisito della continuità non viene meno se l'omissione contributiva è dovuta a malattia , infortunio, maternità del dipendente, nei limiti del periodo di conservazione del posto stabiliti dal CCNL, purché la malattia , l'infortunio o maternità vengano attestati alla CAS.SA.COLF con certificazione proveniente dal Servizio Sanitario Nazionale o da sanitario con esso convenzionato, fermo restando che il diritto alla prestazione è subordinato al fatto che i contributi di assistenza contrattuale versati nei quattro trimestri precedenti quello durante il quale è avvenuto l'evento siano nel loro complesso non inferiori ad € 25,00. Il requisito di continuità è esteso

anche per il periodo di disoccupazione solo ed esclusivamente per i due trimestri successivi al trimestre nel quale sia avvenuta la cessazione del rapporto di lavoro, debitamente documentato;

f) il diritto degli iscritti alle prestazioni della CAS.SA.COLF si prescrive in 18 mesi; il diritto alle prestazioni assicurative si prescrive a termini di legge.

Art.8 (Comunicazioni alla CAS.SA.COLF)

Gli iscritti alla CAS.SA.COLF ai sensi dei precedenti Articoli effettueranno le comunicazioni alla stessa con le modalità deliberate dalla CAS.SA.COLF, avvalendosi della relativa modulistica.

Art.9 (Richiesta delle prestazioni dell'Articolo 7)

La richiesta, corredata dalla documentazione prevista, deve essere inviata dal dipendente, iscritto ai sensi dei precedenti Articoli, entro 12 mesi dalla conclusione dell'evento, a pena di decadenza.

Per la richiesta si deve utilizzare l'apposito stampato (MRP/D) – Modulo richiesta prestazioni da parte del dipendente - il cui modello è allegato al presente regolamento, che deve essere debitamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto dal dipendente.

A tale stampato deve essere allegata la seguente documentazione:

- a) modulo richiesta dati che devono essere forniti dal Dipendente (MRD/D) il cui modello è allegato al presente regolamento, che deve essere debitamente compilato e firmato;
- b) dichiarazione di consenso ai sensi della Legge 196/03 (privacy) e la relativa informativa, che deve essere debitamente firmato da parte del Dipendente, il cui modello (MIC/D) è allegato al presente regolamento. Tale consenso è indispensabile perché la CAS.SA.COLF possa provvedere ad elaborare i dati inviati;
- c) copia di documento di identità del dipendente in corso di validità;
- d) copia della documentazione che attesti l'avvenuto versamento con regolarità e continuità dei contributi di assistenza contrattuale dei quattro trimestri precedenti il trimestre in cui si è verificato l'evento, o dei tre trimestri precedenti e del trimestre durante il quale si è verificato l'evento. In caso di trimestri recuperati di cui all'art.6, si dovrà esibire copia del/i trimestre/i non pagati ove si evidenzino le ore retribuite recuperate;
- e) in base all'evento avvenuto, bisognerà allegare l'apposita documentazione, tra quelle di seguito riportata:
 - copia del certificato di dimissione contenente sia la data di ricovero che la diagnosi;
 - copia della prescrizione dell'eventuale convalescenza;
 - copia dei pagamenti degli eventuali ticket sanitari;
 - copia dei pagamenti delle eventuali spese sanitarie sostenute in gravidanza;
 - copia delle ricevute delle eventuali spese sostenute per interventi chirurgici del neonato nel suo primo anno di vita;
 - copia delle ricevute delle eventuali spese sostenute per acquisto o noleggio del materiale riabilitativo;
 - copia delle ricevute delle eventuali spese sostenute per i trattamenti fisioterapici o riabilitativi;
 - copia delle ricevute delle eventuali spese sostenute per grandi interventi chirurgici.

La CAS.SA.COLF ha il diritto di richiedere la cartella clinica, nonché gli originali o le copie autentiche dei documenti richiesti.

Art. 10 Richiesta delle prestazioni di cui al punto 4 e 4.1 dell'Articolo 7 –Copertura della Responsabilità Civile verso prestatori di lavoro (R.C.O.) e della Responsabilità Civile verso Terzi (R.C.T.)

La richiesta, corredata dalla documentazione prevista, deve essere inviata dal Datore di Lavoro, iscritto ai sensi dei precedenti Articoli, entro 12 mesi dalla richiesta dell'INAIL o del terzo danneggiato, a pena di decadenza.

Per la richiesta si deve utilizzare l'apposito stampato (MRP/DL) – Modulo richiesta prestazioni da parte del datore di lavoro - il cui modello è allegato al presente regolamento, che deve essere debitamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto dal datore di lavoro.

A tale stampato deve essere allegata la seguente documentazione:

- a) modulo richiesta dati che devono essere forniti dal Datore di Lavoro (MRD/DL) il cui modello è allegato al presente regolamento, che deve essere debitamente compilato e firmato;
- b) dichiarazione di consenso ai sensi della Legge 196/03 (privacy) e la relativa informativa, che deve essere debitamente firmato da parte del datore di lavoro, il cui modello (MIC/DL) è allegato al presente regolamento. Tale consenso è indispensabile perché la CAS.SA.COLF possa provvedere ad elaborare i dati inviati;
- c) copia di documento di identità del Datore di Lavoro in corso di validità;
- d) copia della documentazione che attesti l'avvenuto versamento con regolarità e continuità dei contributi di assistenza contrattuale dei quattro trimestri precedenti il trimestre in cui si è verificato l'evento, o dei tre trimestri precedenti e del trimestre durante il quale si è verificato l'evento. In caso di trimestri recuperati di cui all'art.6, si dovrà esibire copia del/i trimestre/i non pagati ove si evidenzino le ore retribuite recuperate;
- e) in base all'evento avvenuto, bisognerà allegare l'apposita documentazione.

Art. 11 (Corresponsione della prestazione)

La riscossione di tutti i rimborsi da parte dei dipendenti iscritti, avverrà esclusivamente mediante accredito (bonifico) su c/c bancario o postale intestato al beneficiario oppure mediante riscossione presso agenzia bancaria convenzionata con CAS.SA.COLF o altre forme che facilitino il ricevimento delle corresponsioni economiche.

Art. 12 (Esercizio finanziario)

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

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

Art. 13 (Contabilità della CAS.SA.COLF)

La contabilità della CAS.SA.COLF può essere redatta direttamente, ovvero può essere affidata ad una società di servizi, attraverso una convenzione appositamente sottoscritta dagli organi della CAS.SA.COLF.

Art. 14 (Costi di amministrazione)

Le spese di funzionamento e di amministrazione della CAS.SA.COLF nonché quelle di funzionamento degli organi sociali quando non diversamente stabilito, vanno prelevate dai contributi che, pervenuti in forza della convenzione di cui al precedente Articolo 6, vengono dalle Parti Sociali firmatarie il CCNL attribuiti alla CAS.SA.COLF.

Art. 15 (Gestione finanziaria delle risorse)

Le finalità mutualistiche ed assistenziali della CAS.SA.COLF vanno raggiunte senza alcun intento speculativo, di norma tramite il ricorso a forme assicurative.

Art. 16 (Convenzioni)

Il Comitato Esecutivo decide l'eventuale sottoscrizione, con una o più Compagnie Assicuratrici, di apposite convenzioni atte a conseguire vantaggiose condizioni ed un adeguato servizio, individuando la/e compagnia/e assicurativa/e e definendo le condizioni di convenzione.

Art. 17 (Modifiche al regolamento)

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

Art. 18 (Entrata in vigore)

Il presente regolamento entra in vigore il 1 marzo 2015.