Regolamento

Art. 1 – Premessa

Il presente regolamento attua la disciplina contenuta nello Statuto di Previass II - Cassa interaziendale di Assistenza per le Aziende Clienti del Gruppo Willis Italia S.p.a. PREVIASS II, successivamente denominata "Cassa".

Art. 2 – Prestazioni

In applicazione agli scopi di cui all'art. 3 dello Statuto, la Cassa conferisce incarico esclusivo a Willis Italia S.p.A. per la definizione di polizze e di convenzioni assicurative secondo le sue indicazioni, sia in merito alle condizioni che ai costi.
La eventuale revoca/disdetta/modifica del medesimo potrà avvenire esclusivamente mediante delibera approvata all'unanimità dal consiglio di Amministrazione della Cassa.

Gli Associati Ordinari possono richiedere, per i relativi Beneficiari, l'erogazione delle prestazioni concordate con gli stessi. Le coperture assicurative e le convenzioni mutualistiche, aventi come contraente la Cassa e come beneficiari i dipendenti, o categorie di dipendenti, o categorie di dipendenti dell'Associato Ordinario ed eventualmente gli altri soggetti previsti in regolamenti e accordi aziendali avranno per oggetto le prestazioni assistenziali di base suddivise in due gestioni separate:

I. Gestione A

Coperture per il rimborso delle spese sanitarie e per il rischio di non autosufficienza, tra le quali sono comprese le prestazioni di cui al D.M. n. 43134 del 27/10/2009:

a) Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria da garantire alle persone non autosufficienti al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, con particolare riguardo all'assistenza tutelare, all'aiuto personale nello svolgimento delle attività quotidiane, all'aiuto domestico familiare , alla promozione di attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi, nonché le prestazioni della medesima natura da garantire presso le strutture residenziali e semi-residenziali per le persone autosufficienti non assistibili a domicili, incluse quelle di ospitalità alberghiera.
b) Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, correlate alla natura del bisogno, da garantire alle persone non autosufficienti in ambito domiciliare, semi-residenziale e residenziale, articolate base alla intensità, complessità e durata dell'assistenza.

c) Prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitato da malattia o infortuni, quali la fornitura di ausili o dispositivi per disabilità temporanee, le cure termali ed altre prestazioni riabilitative rese da strutture sanitarie autorizzate non comprese nei livelli essenziali di assistenza.

d) Prestazioni di assistenza odontoiatrica, compresa la fornitura di protesi dentarie

II. Gestione B

a. **caso morte**, sono coperti i rischi di morte da qualunque causa derivanti;
b. **invalidità permanente**, oltre agli eventi indicati al punto precedente sono coperti i casi di invalidità permanente totale conseguenti a qualsiasi causa;
c. **infortunio,** sono coperti i casi di morte ed invalidità permanente conseguenti ad infortunio, il capitale liquidabile per il caso di invalidità permanente è determinato proporzionalmente al grado di invalidità accertata;
d. **invalidità permanente** conseguente a malattia, la copertura assicurativa garantisce al beneficiario la corresponsione di un capitale qualora, a causa di malattia non professionale, sia colpito da invalidità totale o parziale con conseguente perdita o diminuzione permanente delle proprie capacità lavorative;
e. **long term care**, garantisce l'erogazione di una rendita nel caso in cui il beneficiario non sia autosufficiente, in modo totale o parziale, permanente o temporaneo, secondo i criteri contemplati nelle specifiche convenzioni assicurative concluse con le imprese di assicurazione;
f. **dread desease,** la copertura garantisce il pagamento di un capitale al momento in cui sia diagnosticata una delle malattie previste nel testo della specifica convenzione assicurativa stipulata dalla Cassa.

Le condizioni contrattuali previste in ciascuna delle polizze, da stipularsi con primarie Compagnie di Assicurazione, valgono a regolare i termini di ciascuna delle coperture assicurative attuate dal Consiglio di Amministrazione della Cassa.
Ogni eventuale polizza di assicurazione o convenzione mutualistica sottoscritta a norma del presente articolo potrà avere decorrenza in qualsiasi giorno dell'anno solare ai sensi delle condizioni di polizza o della convezione, con possibilità di rinnovo.

La cassa per raggiungere il proprio scopo è libera di aderire a diverse convenzioni assicurative e può, inoltre, provvedere all'eventuale gestione di Fondi per garantire prestazioni assistenziali dirette e/o aggiuntive.

Art. 3 – Erogazione delle prestazioni assistenziali

I beneficiari hanno diritto all'erogazione delle prestazioni assistenziali come previsto dalle polizze assicurative od alle formule mutualistiche al verificarsi delle condizioni di polizza o delle condizioni previste dalla Cassa stessa.

Dette prestazioni sono assoggettate alle eventuali ritenute fiscali vigenti al momento dell'erogazione.

Le prestazioni saranno erogate direttamente dalla Compagnia di Assicurazione ai beneficiari, su presentazione di apposita documentazione oppure dalla Cassa stessa, in virtù di specifici accordi o convenzioni che siano formalizzati all'atto di adesione e/o in successivi documenti, ma comunque con specifica attribuzione del beneficiario.

La gestione dei rimborsi previsti dalle convenzioni assicurative, in forma specifica, potrà essere effettuata secondo formali accordi intercorsi tra l'Associato e la Cassa, mediante il versamento del contributo che confluirà nel fondo di dotazione.

Art. 4 – Ammissione degli Associati

L'ammissione dell'Associato alla Cassa è deliberata dal Consiglio di Amministrazione così come previsto dall'art. 6 dello Statuto.

Tale richiesta può essere respinta dal Consiglio di Amministrazione con comunicazione scritta e motivata entro trenta giorni. In ogni caso di mancata comunicazione entro il detto termine la richiesta si intende accettata tacitamente. La richiesta di adesione alla Cassa deve indicare oltre ai dati identificativi del richiedente, le garanzie che si intendono procurare ai beneficiari. Gli Associati Ordinari debbono fornire pertanto tutti i dati indispensabili alla stipulazione dei contratti assicurativi necessari, nel rispetto della normativa sulla tutela della privacy (D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196e e successive modificazioni per regolamento n. 679/2016 - GDPR) in tema di dati sensibili e personali.

Le prestazioni a favore dei beneficiari designati dall'Associato Ordinario, saranno confermate dalla comunicazione effettuata dalla Cassa all'Associato Ordinario.
Sarà cura dell'Associato Ordinario dare notizia della suddetta comunicazione ai beneficiari; gli Associati Ordinari sono inoltre tenuti a dare tempestiva comunicazione scritta alla Cassa per ogni caso di decadenza dalla posizione di beneficiario e ciò, al fine di determinare eventualmente l'esclusione dalle coperture assicurative.

Eventuali modifiche relative ai beneficiari o agli altri elementi sopra indicati devono essere tempestivamente comunicate alla Cassa a cura degli Associati Ordinari.

Art. 5 – Contributi

Gli Associati Ordinari sono tenuti a versare alla Cassa gli importi necessari per ottenere le garanzie relative alle prestazioni assistenziali di cui alle gestioni A) e B) richieste a favore dei beneficiari.
Il versamento dei contributi all'atto dell'ammissione dei nuovi Associati deve avvenire nei tempi e con le modalità previste nella richiesta formalizzata dalla Cassa e successivamente entro 15 giorni dalla data di ricezione della richiesta nella misura e con le modalità stabilite

dal Consiglio di Amministrazione. In nessun caso la Cassa potrà anticipare per conto dei propri Associati alcun contributo.
Trascorso tale termine le prestazioni assistenziali resteranno sospese e saranno riattivate solamente dopo il pagamento del contributo stesso.
Il mancato pagamento dei contributi può comportare, come previsto all'art.8 dello Statuto la decadenza dall'associazione del Socio Ordinario.

Art. 6 – Quota associativa

Come previsto dall'articolo 6 dello Statuto, annualmente con delibera del Consiglio di Amministrazione viene stabilito l'importo della quota associativa che deve essere versato entro i trenta giorni successivi, alla richiesta della Segreteria Associati.
Tale quota è stabilita in funzione alla numerosità dei beneficiari del Socio Ordinario, indipendentemente dalle sezioni di garanzia prescelte.
Il mancato pagamento della quota Associativa può comportare la sospensione dell'erogazione delle prestazioni che saranno riattivate solamente dopo il pagamento della quota dovuta.

Art. 7 – Recesso dei soci

Ogni Associato può recedere dall'Associazione totalmente o parzialmente per ogni singola copertura, comunicando per iscritto alla Cassa, con raccomandata A/R, la propria volontà ai sensi dell'art. 9 dello Statuto, entro il 31 del mese di ottobre, con decadenza automatica al 31 dicembre dello stesso anno. Qualora la disdetta non venga inviata, le coperture stipulate dalla Cassa si intenderanno automaticamente rinnovate di anno in anno.
La mancata disdetta entro i termini di cui sopra comporta l'accettazione della nuova misura del contributo inerente ad ogni singola copertura relativa all'annualità successiva sempreché – a parità di stato di rischio - non superi di oltre il 10% quella relativa al periodo scaduto.
Su richiesta del Socio che abbia inviato la disdetta entro un termine di preavviso inferiore ai 60 giorni, il Consiglio di Amministrazione dovrà valutare se esistano le condizioni affinché sia possibile ottenere formale disdetta dal mercato assicurativo delle coperture oggetto della richiesta. Nel caso in cui il Consiglio di Amministrazione si esprima in senso positivo, il Socio è tenuto a versare una penalità pari al 10% dei contributi versati per la precedente annualità e inerenti la copertura tardivamente disdettata.

10121 Torino - Via Vittorio Alfieri n.11 - Telefono 011.7652120/25 - C.F. 97552610012
Indirizzo PEC: previass2@previass2.mailcert.it - www.previass2.it