Unione Nazionale Giovani Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili®

Commissione di Studio UNGDCEC

Cassa di Previdenza dei Dottori Commercialisti

e Welfare dei Professionisti

Delegato di Giunta
Enrico Zanetti
Presidente
Fabio Battaglia

LE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI A FAVORE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI

A cura del Gruppo di Lavoro "Progetti Assistenziali"

Hanno partecipato alla redazione del presente documento:

Teresa Zambon (Coordinatore) – Ferdinando Boccia – Elena Fedolfi - Mario Michelino

Sommario

PRESENTAZIONE 3

I TRATTAMENTI ASSISTENZIALI EROGATI DALLA CNPADC 5

MATERNITA' 10

POLIZZA SANITARIA 12

PROPOSTE DI MODIFICA 21

PRESENTAZIONE

La Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Dottori Commercialisti ha come finalità statutaria quella di espletare, per definizione stessa, le funzioni di previdenza e assistenza a favore dei Dottori Commercialisti iscritti e dei loro familiari.

La Cassa, pertanto, come da obiettivo statutario non si limita a garantire agli associati trattamenti pensionistici, bensì si impegna a erogare una copertura assistenziale nell'ambito dei principi stabiliti dall'art. 38 della Costituzione Italiana.

Riteniamo che possa risultare utile illustrare, brevemente, le diverse prestazioni assistenziali attualmente previste dallo Statuto e dal 'Regolamento'[1], cui rinviamo per completezza di informazioni e maggiori dettagli, nella convinzione che una maggiore conoscenza di questi strumenti possa aiutare i colleghi a utilizzare al meglio le opportunità loro concesse.

La nostra Cassa eroga, attualmente, le prestazioni assistenziali complessivamente per circa 16,3 milioni di euro, ripartite secondo le seguenti percentuali di utilizzo[2], ordinate in base alla spesa sostenuta:

Trattamenti previdenziali	**Migliaia €**	**Valori %**
Indennità di maternità	8.300	50,66%
Polizza sanitaria	6.060	36,99%
Portatori di handicap o malattie invalidanti	850	5,19%
Interventi assistenziali per particolare stato di bisogno	500	3,05%
Borse di studio	338	2,06%
Assegni per spese di ospitalità in case di riposo	150	0,92%
Assegni di partecipazione a spese funerarie	100	0,61%
Assegni per aborto spontaneo	50	0,31%
Premi per benemerenze	26	0,16%
Assegni per spese infermieristiche	10	0,06%
Totale trattamenti assistenziali	**16.384**	**100,00%**

Ad eccezione dell'indennità di maternità, che viene finanziata dal contributo di maternità per 6,2 milioni di euro e per la differenza di 2,1 milioni di euro è a carico dello Stato, tutte le altre prestazioni assistenziali vengono finanziate con il contributo integrativo.

Ipotizzando che circa la metà del contributo integrativo di € 246,676 milioni di euro venga riconosciuta sui montanti individuali per la maturazione della pensione, grazie ai meccanismi introdotti

[1] http://www.cnpadc.it/principale/pag_frame.asp?url=A_Pubblica/Normativa/Regolamenti/index.htm
[2] Fonte BUDGET 2013 CNPADC

con la “Mini Riforma” e la “Lo Presti” (il sistema, infatti, prima dell’adozione di tali strumenti, era in equilibrio con un contributo integrativo del 2%), la restante parte concorre a finanziare, oltre ai trattamenti assistenziali, le spese di gestione della cassa (circa 17 milioni di euro annui) e il debito latente generato dalle pensioni maturate con il metodo retributivo.

E’ di tutta evidenza, comunque, l’enorme divario tra i contributi integrativi incassati di quasi 247 milioni di euro rispetto alle prestazioni assistenziali erogate, di soli 16 milioni di euro.

In un contesto socio-economico di profonda crisi, con enormi effetti anche sulla nostra professione, riteniamo che debbano essere potenziati i trattamenti assistenziali, in particolare per le fasce più deboli dei professionisti, quali i giovani, già ampliamente penalizzati dal sistema previdenziale contributivo.

Tali ulteriori prestazioni potrebbero essere finanziate mettendo a regime il contributo di solidarietà (nel 2013 scade il secondo quinquennio e annualmente sono previste entrate per circa 5,5 milioni di euro annui) e proporzionando tale contributo al pro-rata della pensione.

Il presente documento ha lo scopo di analizzare i trattamenti ad oggi esistenti, per diffonderne la conoscenza e, di conseguenza, l’utilizzo, nonché per proporre dei correttivi al fine di renderli maggiormente incisivi.

In un prossimo lavoro, invece, verranno proposti altri strumenti assistenziali al fine di coprire ulteriori esigenze dei colleghi, con particolare attenzione ai giovani.

I TRATTAMENTI ASSISTENZIALI EROGATI DALLA CNPADC

Preliminarmente incominciamo dicendo chi sono i soggetti potenzialmente destinatari delle prestazioni assistenziali di cui stiamo parlando.

I soggetti destinatari di tali trattamenti sono tutti gli iscritti alla Cassa al 31 dicembre dell'anno precedente quello di competenza dell'erogazione e comunque al momento della presentazione della domanda, i titolari di pensioni di ciascun tipo erogate dalla Cassa, i coniugi e i parenti in linea retta di primo grado dei soggetti precedentemente indicati con essi conviventi ed a carico.

A tali soggetti, nei limiti delle disponibilità risultanti dallo stanziamento dell'apposito capitolo di bilancio della Cassa e previo accertamento dello stato di bisogno effettuato di volta in volta dal Consiglio di Amministrazione, possono essere concesse:

1. **erogazioni a titolo assistenziale a fronte di eventi con particolare incidenza sul bilancio familiare;**
2. **borse di studio per frequenza meritevole nella scuola media di primo e secondo grado, corsi universitari ed extrauniversitari di specializzazione, master e simili per il conseguimento di qualificazioni specifiche dell'area delle professioni economico-finanziarie;**
3. **assegni di partecipazione a spese funerarie;**
4. **assegni di concorso nelle spese di ospitalità in case di riposo per anziani, cronici o lungodegenti;**
5. **assegni di concorso nelle spese di assistenza infermieristica domiciliare;**
6. **assegni a favore di genitori di figli portatori di handicap e portatori di handicap orfani di associati;**
7. **premi per benemerenze particolari;**
8. **indennità di maternità** (che sono trattate in apposita sezione)**.**
9. **assegni per aborto spontaneo o terapeutico** (che sono trattati unitamente alle indennità di maternità)**;**
10. **la polizza sanitaria con piano base, garantita gratuitamente a tutti gli iscritti, l'estensione della stessa ai familiari e piano integrativo** (che sono trattate in apposita sezione)**.**

Ma, entrando più nello specifico, cosa si intende per **eventi di particolare incidenza sul bilancio familiare** di cui al **punto 1** sopra citato ?

Il C.d.A. accerta lo stato di bisogno sulla base dei seguenti quattro criteri di massima:

a) eventi straordinari, ovvero dovuti a caso fortuito o forza maggiore, che abbiano rilevante incidenza sul bilancio familiare ed espongano a spese ed esborsi documentati, urgenti o di primaria necessità, anche per lo svolgimento dell'attività professionale, e non siano ordinariamente sostenibili;

b) eventi che comportino, per fatto di malattia accertato da struttura sanitaria pubblica, una interruzione per più di tre mesi dell'attività professionale di dottore commercialista da parte di un iscritto da almeno tre anni che non sia già titolare di pensione a carico della Cassa o di altra gestione previdenziale;

c) eventi che comportino il sostenimento di spese per intervento chirurgico e relativa degenza, dovuti a fatto di malattia, da parte di iscritto alla Cassa da almeno tre anni, che non abbia potuto esercitare, in maniera assoluta, l'attività professionale per almeno tre mesi;

d) decesso dell'iscritto o pensionato che abbia procurato, a causa della cessazione dell'attività professionale svolta, situazione di grave difficoltà finanziaria al coniuge superstite ovvero ai figli minori o maggiorenni inabili a proficuo lavoro.

In tutti i quattro casi sopra citati il richiedente ed i componenti il nucleo familiare devono avere dichiarato nell'anno precedente la domanda redditi imponibili di importo non superiore a quello fissato dal Consiglio di Amministrazione nell'anno di presentazione della domanda. Per le domande presentate nell'anno 2013 il tetto reddituale risulta pari ad Euro 29.990,44, per il richiedente unico componente, e Euro 39.587,38 per il richiedente con nucleo familiare.

Per quanto attiene le **Borse di Studio** di cui al **punto 2** dell'elencazione, Il Consiglio di Amministrazione emana annualmente bandi di concorso a borse di studio, suddivisi per categorie di classi scolastiche, per i quali hanno titolo al beneficio i figli degli iscritti o dei pensionati a carico della Cassa, ovvero i titolari di pensione indiretta o di reversibilità, che associno il requisito del merito a quello dello stato di bisogno secondo il limite reddituale determinato nel bando di concorso.

Il C.d.A. inoltre può erogare contributi a titolo di borse di studio riservati ai dottori commercialisti iscritti alla Cassa da almeno tre anni non titolari di pensione per la frequenza di corsi universitari ed extra universitari di specializzazione, di qualificazione, per il conseguimento di qualificazioni specifiche dell'area delle professioni economico-finanziarie, master, e simili.

Le borse di studio a favore dei figli di Dottori Commercialisti sono pari ad:

€ 1.500 per l'esame di scuola media inferiore;

€ 2.000 per ciascun anno scolastico di scuola media superiore;

€ 2.500 per l'esame di maturità;

€ 3.500 per ciascun anno accademico universitario;

mentre le borse di studio a favore del Dottore Commercialista sono a titolo di rimborso delle spese sostenute, fino ad un massimo di € 2.000 per corsi tenuti da Università e fino ad € 3.000 per corsi tenuti da strutture private.

Il bando di gara chiuso nel 2013 prevedeva un tetto reddituale pari ad Euro 29.088,69, per il richiedente unico componente, e Euro 38.397,07 per il richiedente con nucleo familiare.

Come preannunciato al **punto 3** dell'elencazione, può essere richiesto dall'iscritto o pensionato della Cassa, un **contributo per le spese di onoranze funebri** fino a **€ 2.000,00**, ovvero **€ 4.000,00** in situazioni di commorienza, in caso di decesso dell'iscritto, del coniuge, dei figli ovvero dei genitori, facenti parte del nucleo familiare ed a carico, per il sostenimento delle spese di onoranze funebri documentate. Il richiedente ed i componenti il nucleo familiare, con esclusione del de cuius, devono avere dichiarato nell'anno precedente la domanda redditi imponibili di importo non superiore a quello fissato dal Consiglio di Amministrazione nell'anno di presentazione della domanda. Il tetto reddituale risulta pari ad Euro 35.000,00 per il richiedente unico componente Euro 45.000,00 per il richiedente con nucleo familiare.

Quanto all'erogazione del contributo per **spese di ospitalità in case di riposo per anziani, cronici o lungodegenti** di cui al **punto 4**, ha titolo a richiedere il contributo assistenziale il pensionato o il coniuge superstite che abbia ottenuto di dimorare permanentemente in casa di riposo pubblica o privata per anziani, cronici o lungodegenti e che sostenga a proprio carico la retta, che non sia già soggetta a rimborso parziale o totale da parte di altri enti assistenziali pubblici o privati.

Il beneficio assistenziale concesso dalla Cassa é costituito dal contributo sulla spesa sostenuta dal pensionato per retta annuale di dimora sino a concorrenza massima di **€ 750,00** mensili. Per l'anziano, il cronico ed il lungodegente non autosufficienti, l'importo mensile massimo è elevato a **€ 1.584,00**.

Per aver diritto all'intero contributo, il reddito complessivo dichiarato dal nucleo familiare non deve superare Euro 39.000,00 se il richiedente è persona autosufficiente ed Euro 49.000,00 se persona non autosufficiente.

Quanto all'erogazione del **contributo per spese di assistenza infermieristica domiciliare**, elencati al di cui al **punto 5**, la Cassa, su domanda, corrisponde a favore di iscritti o pensionati, del coniuge o dei figli aventi titolo alla pensione indiretta o di reversibilità, contributi di partecipazione alle spese sostenute per l'assistenza infermieristica domiciliare prestata per un rimborso mensile massimo di € 500,00 per una durata non superiore a 6 mesi, in conseguenza di eventi di malattia o infortunio di carattere acuto e temporaneo che abbiano colpito i soggetti indicati, sempreché la somma dei redditi

imponibili dei componenti il nucleo familiare, dichiarati nell'anno precedente quello di presentazione della domanda, risulti di ammontare non superiore a quello fissato dal Consiglio di Amministrazione nell'anno di presentazione della domanda.

Per le domande presentate nell'anno 2013 il tetto reddituale risulta pari ad Euro 29.990,44, per il richiedente unico componente, e Euro 39.587,38 per il richiedente con nucleo familiare.

Continuando ricordiamo che la Cassa Nazionale eroga su domanda, a favore di iscritti o pensionati della stessa Cassa che siano **genitori di figli conviventi ed a carico** (anche naturali o adottivi) **portatori di handicap o malattie invalidanti**, un assegno annuo di importo ed alle condizioni fissate dal Consiglio di Amministrazione.

Possono beneficiarne, pertanto:

a) i Dottori commercialisti, genitori di figli portatori di handicap o malattie invalidanti, che in presenza di esercizio professionale siano:

- iscritti alla Cassa con 5 anni continuativi di effettiva iscrizione e regolare contribuzione,

oppure

- iscritti alla Cassa in data antecedente al riconoscimento dell'handicap da parte di una apposita commissione medica, con età inferiore a 35 anni al momento della presentazione della domanda;

b) i pensionati della Cassa attivi e non, genitori di figli portatori di handicap o malattie invalidanti;

c) i portatori di handicap o malattie invalidanti, orfani di genitore esercente l'attività di dottore commercialista, purché iscritto alla Cassa alla data del decesso.

Tale contributo consiste in un "assegno" vitalizio annuo il cui importo viene determinato, e nel tempo eventualmente modificato, dal Consiglio di Amministrazione a seguito di sua valutazione insindacabile.

Per poter beneficiare dell'assegno, il reddito imponibile dichiarato nell'anno precedente la presentazione della domanda (e quindi prodotto due anni prima) dal nucleo familiare del richiedente, con esclusione di quello del "de cuius" nel caso c), non deve superare l'importo fissato annualmente dal Consiglio di Amministrazione, come da tabella seguente valevole per l'anno 2013.

Nucleo familiare	**Limite reddituale (Euro)**
1 genitore + 1 figlio con handicap	60.979,73
2 genitori + 1 figlio con handicap	79.273,65 (60.979,73 + 30%)
2 genitori + 1 figlio con handicap + 1 figlio	103.665,54 (60.979,73 + 30% + 40%)
2 genitori + 1 figlio con handicap + 2 figli	128.057,43 (60.979,73+ 30% + 40% + 40%)

2 genitori + 2 figli con handicap	115.861,49 (60.979,73+ 30% + 60%)
2 genitori + 3 figli con handicap	152.449,32 (60.979,73+ 30% + 60% + 60%)
2 genitori + 2 figli con handicap + 1 figlio	140.253,38 (60.979,73+ 30% + 60% + 40%)
2 genitori + 1 nonno + 1 figlio con handicap	97.567,57 (60.979,73+ 30% + 30%)

MATERNITA’

All’indennità di maternità possono accedere le donne, Dottori Commercialisti, che siano iscritte alla Cassa di Previdenza. L'indennità di maternità viene corrisposta per:

a) il periodo di gravidanza e puerperio comprendente i due mesi antecedenti la data presunta del parto ed i tre mesi successivi la data dell'evento;

b) l’interruzione della gravidanza per motivi spontanei o terapeutici dopo il compimento del sesto mese;

c) l’adozione o affidamento in pre-adozione di bambino di età non superiore ad anni 6 per adozione nazionale e ad anni 18 per quella internazionale all'atto dell'ingresso nel nuovo nucleo familiare;

d) in caso di aborto spontaneo o terapeutico non prima del terzo mese di gravidanza.

La domanda di indennità di maternità, deve essere presentata per i casi a) e b) (parto od interruzione della gravidanza), nel periodo compreso tra il compimento del sesto mese di gravidanza ed i 180 giorni successivi all'evento, per i casi c) e d) (ingresso del bambino nel nuovo nucleo familiare o aborto), entro 180 giorni dalla data dell'evento. L'indennità spetta, per i casi a, b e c (parto, interruzione della gravidanza o adozione), per i due mesi precedenti l'evento e per i tre mesi successivi ed è commisurata ai 5/12 dell'80% del reddito prodotto nel secondo anno precedente quello dell'evento, sempreché sia stato denunciato ai fini fiscali. E' in ogni caso dovuto un importo minimo, stabilito dalla legge, che viene adeguato annualmente, per il 2013 pari ad € 4.895,28. Per il caso d, l'indennità di maternità, rapportata al reddito prodotto come sopra, spetta per una mensilità.

Sulle liquidazioni delle indennità viene effettuata la ritenuta d’acconto del 20%, quale reddito sostitutivo di reddito professionale, salvo che non si benefici di regimi fiscali agevolati che non prevedano la ritenuta a titolo d’acconto sui redditi professionali. Rammentiamo, infine, con le modifiche apportate dalla L.289/03 in vigore dal 29/10/2003, è stato introdotto un tetto a tutte le indennità di maternità pari a 5 volte il minimo erogato nell'anno di riferimento, pari per il 2013 ad € 24.476,40.

Ricordiamo inoltre che La Cassa corrisponde, su domanda, a favore delle iscritte un assegno **in caso di aborto spontaneo o terapeutico intervenuto anteriormente al terzo mese di gravidanza**.

Ha titolo a presentare domanda la dottoressa che abbia inviato la richiesta di iscrizione alla Cassa almeno tre mesi prima del verificarsi dell’aborto.

L’importo dell’assegno è pari ad 1/5 dell’indennità di maternità minima prevista per l’anno in cui è avvenuto l’aborto: per l’anno 2013 è quindi pari ad € 4.895,28 / 5, vale a dire € 979,06.

Nel caso, invece, in cui l'**aborto spontaneo o terapeutico sia intervenuto tra il terzo ed il sesto mese di gravidanza**, spetta, come sopra indicato, un contributo pari all'80% di 1/12 del reddito professionale, quale risulta dalla dichiarazione effettuata nell'anno precedente l'interruzione. In ogni caso l'indennità non può essere inferiore né inferiore né superiore ad 1/5 dei minimi/massimi coperti con l'indennità di maternità, quindi per l'anno 2013, è compresa tra € 979,06 ed € 4.895,28.

Infine, nel caso di **aborto spontaneo o terapeutico oltre il sesto mese**, come prima segnalato, spetta l'indennità di maternità piena.

POLIZZA SANITARIA

La Cassa a favore di ciascun associato, pensionato, familiare a carico e del coniuge, eroga prestazioni di tutela sanitaria mediante la stipulazione di una polizza assicurativa ad integrazione delle prestazioni assistenziali previste.

La polizza sanitaria è gestita dalla compagnia Reale Mutua attraverso la società Blue Assistance che è possibile contattare al numero verde 800.555.266.

La polizza prevede un piano sanitario base gratuito per tutti i dottori commercialisti con un massimale di € 260.000,00[3].

La polizza base prevede una copertura delle spese sostenute nei casi di Grande Intervento Chirurgico, Grande Evento Morboso e delle Prestazioni accessorie alle Principali.

La copertura base può essere ampliata prevedendo un'ulteriore copertura più estesa, sottoscrivendo individualmente, entro il 28/2 di ogni anno (per il 2013 era stato prorogato fino al 31/3/2013) un piano integrativo a proprio carico direttamente con la Compagnia.

Inoltre, l'associato può estendere l'assicurazione base al nucleo familiare con un premio a carico di ciascun assicurato e variabile in base al numero dei familiari assicurati: in presenza di un solo familiare assicurato oltre l'iscritto € 99,50, di due € 199,00, di tre o più € 298,50. La domanda con l'indicazione dei familiari da assicurare, con quantificazione del premio, deve essere presentata entro il 28/2 di ogni anno (per il 2013 era stato prorogato fino al 31/3/2013), utilizzando l'apposita modulistica prevista. Il nucleo familiare è composto dal capo nucleo e dai suoi familiari conviventi come risultanti dallo stato di famiglia. Quali familiari si intendono: il coniuge non legalmente separato convivente o il convivente more uxorio e i figli conviventi. Sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti e i figli non conviventi per i quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione o altro provvedimento dell'Autorità giudiziaria. Sono, inoltre, equiparabili ai figli, ai fini della copertura assicurativa, anche i figli del coniuge o del convivente.

Nel caso di un nuovo iscritto, l'assicurazione decorre a partire dal giorno di delibera dell'avvenuta iscrizione, con l'impegno della Cassa di comunicare alla compagnia le nuove iscrizioni entro 60 giorni dalla delibera. In caso di cessazione di iscrizione dalla Cassa la copertura avrà termine il 31/12 dell'anno.

La tipologia delle prestazioni è schematizzata utilizzando la seguente codifica:

- GP GARANZIE PRINCIPALI

[3] L'importo è da intendersi come disponibilità massima a favore di ciascun assicurato che abbia subito uno o più sinistri nel medesimo anno assicurativo.

- GA GARANZIE ACCESSORIE ALLE PRINCIPALI.

Le garanzie principali si dividono in:

GP.A Grande intervento chirurgico e in GP.B Grande evento morboso.

La tipologia degli interventi chirurgici è indicata nell'allegato I del contratto mentre i grandi eventi morbosi sono indicati nell'allegato II.

Le garanzie accessorie alle principali, in caso di evento assicurato ai sensi delle garanzie principali, prevedono una serie di prestazioni che comprendono un'ampia casistica.

Vanno evidenziate in particolare le prestazioni di:

- prevenzione GA.G a favore dei soli iscritti alla cassa con pagamento di prestazioni effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con la società assicuratrice. Le prestazioni sono indicate e differenziate per sesso e per età dell'associato[4].

- Long term care GA.Q, grazie alla quale la società indennizza le spese per servizi di assistenza, sanitaria e non, richiesti dall'assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza inteso come impossibilità fisica totale e permanente, di poter effettuare da solo almeno tre dei seguenti atti della vita quotidiana: capacità di lavarsi, nutrirsi, deambulare e vestirsi. Le prestazioni potranno essere corrisposte alternativamente, in seguito a richiesta dell'assicurato, in unica soluzione o sotto forma di rendita mensile[5] ed hanno una durata massima per cinque anni.

Va specificato che l'assicurazione non copre le cure e/o interventi per l'eliminazione di difetti fisici, malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti, prestazioni mediche aventi finalità esclusivamente estetiche.

La polizza prevede per ogni tipologia di intervento diverse forme di scoperto, franchigia e limiti di indennizzo di cui si darà conto nella tabella riepilogativa finale in modo da fornire un quadro di riepilogo.

Occorre ricordare che è estremamente importante effettuare tempestivamente la denuncia di sinistro alla società utilizzando l'apposito modulo, allegato III, nel termine di giorni 30 dal ricovero o dal momento in cui l'assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Per accedere alla struttura sanitaria, l'assicurato dopo aver informato la centrale operativa (salvo casi di comprovata urgenza) ha tre possibilità:

1. Strutture sanitarie private non convenzionate: le spese relative effettuate e previste dalle garanzie vengono rimborsate all'assicurato dietro presentazione della documentazione comprovante le spese medesime nel rispetto dei massimali;

[4] Il limite massimale annuo per assicurato corrisponde a € 2.000,00 per persona o per familiare.

[5] La garanzia non è efficace per coloro ai quali, al momento dell'entrata in vigore del contratto, siano già stati diagnosticati i morbi di Alzheimer o di Parkinson. Il massimale annuo garantito è pari a € 12.000,00, rendita mensile fino a € 1.000,00.

2. Servizio sanitario nazionale: le garanzie sono operanti esclusivamente per le eventuali spese o eccedenze restanti a carico dell'assicurato, che vengono rimborsate integralmente nel limite del massimale e dietro presentazione della documentazione;

3. Strutture sanitarie private convenzionate: con la prenotazione tramite la centrale operativa tutte le spese indennizzabili relative ai servizi erogati e nei limiti dei massimali verranno liquidate direttamente dalla società alla struttura.

Per il rimborso delle spese sostenute nei casi 1 e 2, l'assicurato deve inviare tutta la documentazione (cartella clinica, certificati medici, ecc.) alla sede della società Blue Assistance Corso Svizzera 185 Torino, consentendo, se richiesto, ulteriori controlli medici disposti dalla società.

Il rimborso delle somme sarà effettuato a cura ultimata, previa consegna della documentazione di spesa in originale debitamente quietanzata.

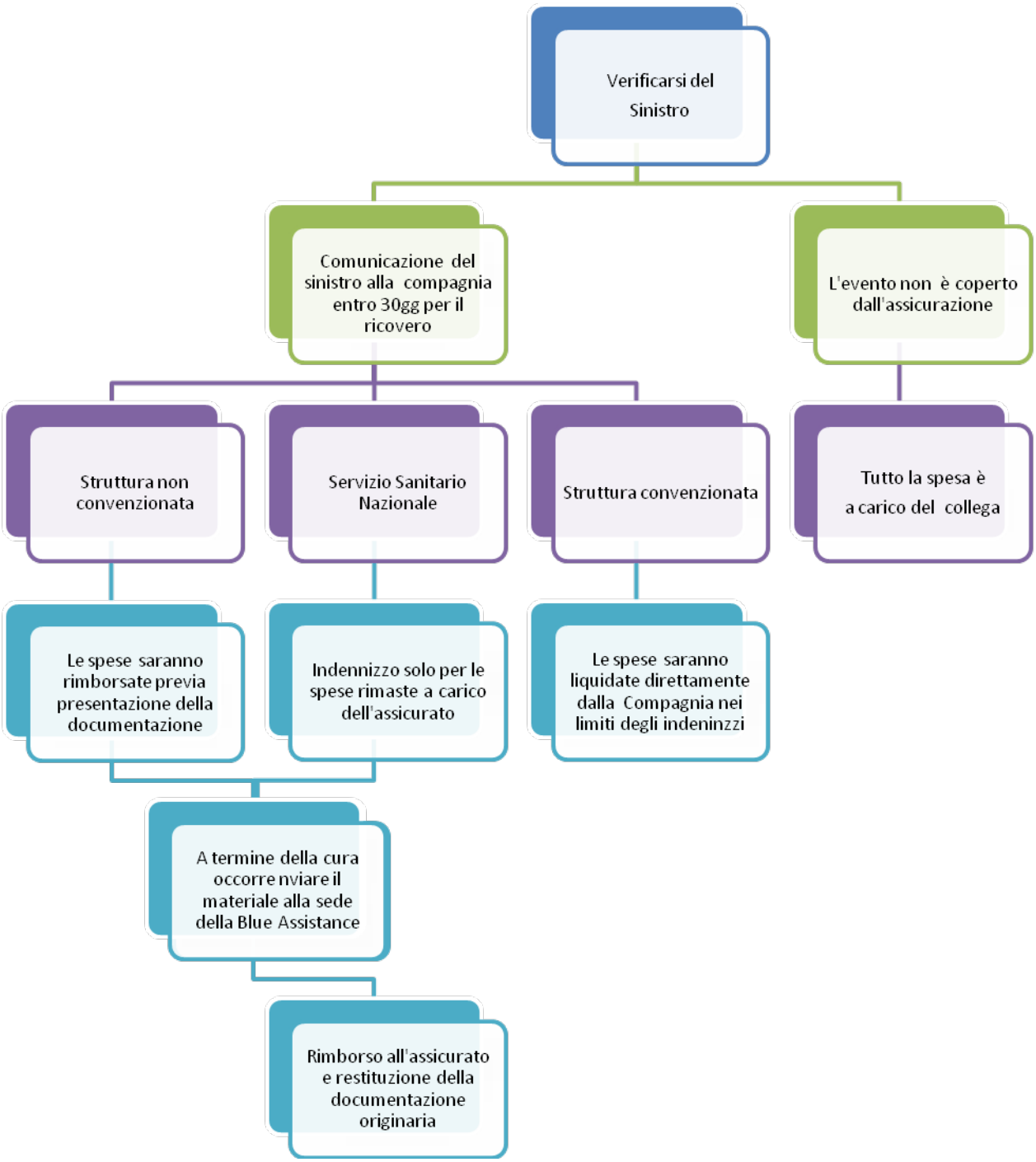
L'assicurazione ha una copertura territoriale mondiale, ma in ogni caso, i rimborsi saranno effettuati in valuta italiana al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Nel caso in cui le spese da sostenere non siano inferiori a € 15.000,00, l'assicurato ha facoltà di richiedere anticipatamente il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate in misura non superiore al 50% delle stesse previa presentazione alla società di certificazione provvisoria dell'istituto di cura.

Potrebbe verificarsi il caso in cui l'assicurato si ricoveri prima della scadenza del contratto e prosegua oltre tale data, in questo caso sono incluse le spese fino al 180° giorno del post ricovero ed è operante sino a quando l'assicurato viene dismesso dall'istituto di cura.

Tutti i dettagli della polizza sono disponibili sul sito della cassa al seguente link: http://www.cnpadc.it/index.php?q=dottori_commercialisti/convenzioni/polizza_sanitaria

Procedura di Attivazione della Polizza Sanitaria



GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO[6]

GP.A	Descrizione	Massimale	Note
GP.A.1	Onorari del chirurgo e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento		
GP.A.2	Diritti di sala operatoria		
GP.A.3	Materiale di intervento		Compresi apparecchi protesici - terapeutici
GP.A.4	Assistenza infermieristica, cure, trattamenti ed esami effettuati durante il periodo di ricovero		
GP.A.5	Rette di degenze		
GP.A.6	Intervento chirurgico		
GP.A.7	Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici effettuati 120 giorni precedenti il ricovero		
GP.A.8	Esami, medicinali, prestazioni, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 120 gg successivi	€ 5.000,00	Per assicurato e per ciascun anno
GP.A.9	Trapianto prelievo, impianto ed espianto di organi		

GRANDE EVENTO MORBOSO[7]

GP.B	Descrizione	Massimale	Note
GP.B.1	Rette di degenza		
GP.B.2	Assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi durante il periodo di ricovero.		
GP.B.3	Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici effettuati nei 120 giorni precedenti		
GP.B.4	Spese sostenute nei 180 giorni successivi alla data di dimissione dall'istituto di cura		
GP.B.5	In caso di solo trattamento domiciliare, le spese per visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, prestazioni infermieristiche sostenute nei 180 giorni successivi alla data in cui è stato diagnosticato l'evento morboso.	€ 18.000,00	Per assicurato e per ciascun anno

[6] L'intervento deve essere previsto nell'allegato I al contratto di polizza.
[7] L'evento deve essere previsto nell'allegato II al contratto di polizza.

GARANZIE ACCESSORIE ALLE PRINCIPALI[8]

GA	Descrizione	Massimale	Note
GA.A	Indennità sostitutiva Nel caso in cui l'assicurato a seguito di sinistro non faccia richiesta di indennizzo, la società corrisponderà € 150,00 ogni giorno di ricovero	€ 27.000,00 (€ 150,00 per 180 gg)	Per assicurato e per ciascun anno
GA.B	Day hospital L'assicurazione è efficace anche in day hospital a seguito di sinistro		
GA.C	Malattie oncologiche Nel caso di malattia oncologica, la società sostiene le spese, non altrimenti indennizzabili a termini di polizza, ospedaliere ed extraospedaliere per terapie oncologiche	€ 10.000,00	Per assicurato e per ciascun anno
GA.D	Trasporto sanitario Viene indennizzato il trasporto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'istituto di cura, di trasferimento tra istituti e di ritorno all'abitazione	€ 6.000,00	Massimale annuo a persona
GA.E	Accompagnatore Spese di vitto e pernottamento in istituto di cura o alberghiera	€ 3.900,00	Per un accompagnatore € 130,00 giornalieri max per 30 giorni
GA.F	Indennità di lunga convalescenza In caso di mancata autonomia post ricovero, verrà corrisposta l'indennità.		Max € 100,00 al giorno per numero di giorni pari al ricovero
GA.G	Prevenzione Prestazioni sanitarie preventive presso strutture convenzionate	€ 2.000,00	Per persona e/o nucleo familiare per ciascun anno
GA.H	Alta specializzazione E' previsto un indennizzo per le prestazioni extraospedaliere ad alta diagnostica radiologica		
GA.I	Mancato reddito Nell'impossibilità di lavoro per almeno quattro mesi la società indennizza le spese sostenute e documentate quale prova delle condizioni di disagio.		Reddito annuo complessivo inferiore a € 24.000,00, aumentato di € 3.000,00 per ogni familiare a carico
GA.L	Colpa grave dell'Assicurato Sono inclusi nella garanzia anche tali eventi determinati dall'assicurato, escludendo solo azioni dolose.		
GA.M	Diagnosi comparativa Per particolari patologie, la società provvederà previo esame della documentazione, ad inoltrare all'assicurato la diagnosi comparativa con indicazione di due specialisti consultati.		Entro 15 giorni dall'invio della documentazione.

[8] In caso di evento assicurato ai sensi delle garanzie principali, si intendono efficaci le garanzie accessorie.

GA.N	Assistenza sanitaria Il servizio di consulenza è fornito attraverso la centrale operativa a. Informazioni sanitarie telefoniche b. Pareri medici immediati c. Invio di un medico d. Viaggio di un familiare all'estero e. Invio di medicinali urgenti all'estero		Numero verde 800.555.266 dall'estero prefisso internazionale e 011.7425507 Per il familiare all'estero max spese € 500,00 per sinistro.
GA.O	Morte da infortunio In caso di morte dovuta a causa fortuita, violenta ed esterna.	€ 25.000,00	
GA.P	Invalidità permanente da infortunio e da malattia Invalidità permanente dell'assicurato dovuta a causa fortuita, violenta ed esterna o a malattia di grado superiore al 66%	€ 50.000,00	
GA.Q	Long term care Indennizzo relativo alle spese per servizi di assistenza sanitaria e non per l'assicurato non autosufficiente	€ 60.000,00	€ 12.000,00 per anno per un massimo di cinque anni.

Oltre alle limitazioni su indicate, espressamente disciplinate in polizza per le singole garanzie, sono previsti gli ulteriori limiti all'indennizzo da parte della società:

Garanzia	Franchigia	Scoperto	Massimo Scoperto	Massimo Indennizzo
Ricovero presso strutture non convenzionate	€ 250,00	10%	€ 2.500,00	
Prestazioni a favore di assicurati > 75 anni	€ 1.000,00	10%	€ 5.000,00	
Retta di degenza struttura non convenzionata				€ 300,00 al dì
Accertamenti diagnostici e visite specialistiche presso strutture convenzionate				€ 2.600,00 per nucleo familiare
Accertamenti diagnostici e visite specialistiche presso strutture non convenzionate	€ 50,00	25%		€ 2.600,00 per nucleo familiare
Alta specializzazione presso strutture convenzionate				€ 8.000,00 per nucleo familiare
Alta specializzazione presso strutture non convenzionate	€ 50,00 a prestazione	25%		€ 8.000,00 per nucleo familiare
Malattie mentali	€ 500,00			€ 10.000,00 per nucleo familiare

Polizza Sanitaria Integrativa

Per completezza di informazione, va detto che è possibile estendere le garanzie della polizza sanitaria base, stipulando direttamente con la Reale Mutua una polizza integrativa.

Il premio annuale da versare per l'iscritto alla Cassa, per il pensionato attivo e per ciascun familiare maggiorenne, comprensivo di oneri fiscali è pari a € 1.000,00 (mille/00), mentre per i familiari che abbiano un'età inferiore a 18 anni (al momento di inizio dell'annualità assicurativa), comprensivo di oneri fiscali, l'importo è pari a € 750,00. In ogni caso, si intendono escluse le prestazioni rientranti nell'oggetto di copertura della "polizza base" stipulata dalla CNAPDC.

Di seguito, in forma tabellare un riepilogo delle principali prestazioni della polizza:

Tipologia	Prestazioni Rimborsate	Note
RICOVERO		
Pre - Ricovero	Esami di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite mediche specialistiche resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero	Effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero
Intervento chirurgico	Onorari del chirurgo, aiuto, assistente, anestesista ed ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento.	
Assistenza medica, medicinali, cure	Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami durante il periodo di ricovero.	
Rette di degenza	Nel caso di ricorso a istituto di cura non convenzionato, la garanzia è prestata con il limite di € 210,00 al giorno	Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in terapia intensiva le spese vengono rimborsate con l'applicazione id uno scoperto del 10%
Accompagnatore	Retta di vitto e pernottamento in istituto di cura.	Nel caso di istituti non convenzionati massimale di € 51,65 al giorno per massimo di 30 giorni.
Assistenza infermieristica privata individuale	Massimo di € 51,65 per 30 giorni per ricovero	

Post Ricovero	Esami di laboratorio e accertamenti diagnostici, medicinali e prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche; trattamenti fisioterapici e rieducativi e le cure termali in conseguenza di intervento chirurgico	Effettuate nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero resi necessari dalla malattia o dall'infortunio
Parto e aborto	Tutto quanto indicato per gli interventi chirurgici, assistenza e medicinali e cure post ricovero	Massimale di € 5.000,00, € 3.000,00 in caso di parto naturale
Trapianti	Oltre a quanto sopra indicato, se l'assicurato è ricevente le spese di prelievo e trasporto di organi, ovvero le spese del donatore vivente; se l'assicurato è donatore, le spese di ricovero e viaggio	
Indennità sostitutiva	Se le spese sono a totale carico del SSN, in sostituzione del rimborso delle prestazioni viene rimborsata una diaria.	€ 100,00 (€ 50,00 in day hospital) per ciascun pernottamento con un massimo di 100 per anno assicurativo.
EXTRARICOVERO		
Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	Resi necessari da malattia e infortunio	Escluse visite oculistiche, ginecologiche, pediatriche e visite e accertamenti odontoiatrici. Massimale annuo € 3.000,00 per nucleo familiare
Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio	Per Infortuni certificati da Pronto Soccorso Pubblico	Massimale annuo 350,00
Prestazioni odontoiatriche	Una visita specialistica odontoiatrica e una seduta di igiene orale per ciascuna annualità	

PROPOSTE DI MODIFICA

Al fine di rendere maggiormente incisivi e fruibili i trattamenti assistenziali analizzati, si propongono le seguenti modifiche.

I trattamenti assistenziali erogati dalla CNPADC

La prima proposta di modifica, che riguarda trasversalmente vari trattamenti assistenziali, è l'abolizione del requisito minimo di anzianità di iscrizione alla cassa (presente per le erogazioni a titolo assistenziale a fronte di eventi con particolare incidenza sul bilancio familiare, borse di studio, genitori di figli portatori di handicap). Si ritiene che la natura stessa degli accadimenti per i quali vengono previsti i trattamenti assistenziali sia non solo meritevole di copertura per tutti, al di là dei versamenti già effettuati, ma anche preclusiva di possibili preordinazioni elusive in capo all'iscritto e, pertanto, si propone di prevedere la prestazione per tutti i fatti manifestatisi successivamente alla domanda di iscrizione alla Cassa.

La seconda modifica proposta è l'innalzamento dei requisiti reddituali richiesti per accedere ai vari trattamenti assistenziali per renderli fruibili ad una platea più estesa di iscritti e l'uniformazione degli stessi. I requisiti reddituali attuali sono ora per lo più contenuti al di sotto dei 30.000 euro per nuclei familiari di un solo soggetto e 40.000 per nuclei familiari di più componenti. Si propone un meccanismo a percentuali variabili a seconda del numero di componenti, così come previsto per i soli trattamenti a favore dei genitori di figli portatori di handicap, e la previsione di soli due requisiti distinti di reddito per incentivare alcuni trattamenti rispetto ad altri.

Maternita'

Relativamente alla maternità ed al periodo immediatamente seguente, si propone di integrare l'indennità attualmente erogata con l'introduzione di contributi per realizzare una conciliazione di tempi di vita, cura e lavoro. In particolare, si propone di introdurre dei contributi a fronte di spese sostenute nei primi tre anni di vita del figlio per:

- asili nido,
- assunzione di una collaboratrice domestica per la cura del figlio,
- assunzione di un collaboratore di studio per la sostituzione del professionista.

Sempre nell'ottica della conciliazione tra attività lavorativa e il lavoro di cura familiare e nell'obiettivo d'integrazione del reddito per il periodo di maternità e d'incentivazione alla maternità si potrebbe erogare una integrazione economica, una tantum, per le dottoresse che percepiscono una indennità minima di maternità.

Polizza sanitaria

In merito agli aspetti più propriamente formali, si propone di:

- ridefinire il concetto di nucleo familiare, comprendendo tutti coloro che, anche se non legati da vincoli di parentela, risultano nello stato di famiglia e considerando facente parte del nucleo familiare anche il coniuge non convivente (attualmente non coperto nella definizione della polizza), qualora non legalmente separato o divorziato, oltre ai figli non conviventi se si concorre al mantenimento degli stessi.
- prevedere la possibilità di estendere la polizza base a tutti i componenti del nucleo familiare e di sottoscrivere la polizza integrativa senza necessità di fissare una data tassativa per l'adesione, ovviamente proporzionando il pagamento del premio al periodo temporale assicurato. D'altronde tale "sistema" è già adottato dalla Cassa nei confronti della compagnia relativamente agli iscritti in corso d'anno, per i quali è previsto un pagamento ridotto[9] del premio.

In merito agli aspetti più sostanziali, fermo restando l'indiscussa utilità della polizza sanitaria, relativamente alle prestazioni garantite:

- ampliare le prestazioni di prevenzione;
- eliminare il vincolo temporale di cinque anni per la long term care;
- implementare ulteriormente la polizza integrativa, prevedendo un premio aggiuntivo per chi volesse la copertura anche di prestazioni ora escluse, quali le visite specialistiche oculistiche, ginecologiche, pediatriche e le prestazioni odontoiatriche, nonché una polizza infortuni;
- possibilità di estendere la copertura sanitaria nei confronti dei tirocinanti che hanno effettuato la pre-iscrizione alla Cassa. In tal modo si fornirebbe un ulteriore incentivo, e una sorta di completo riconoscimento, ai giovani colleghi che hanno deciso di intraprendere la professione di dottore commercialista.

[9] Il pagamento del premio è ridotto al 60% per gli iscritti nel secondo semestre.