

ITALIA

Alstom Ferroviaria SpA
Via Ottavio Moreno, 23
12038 Savigliano (CN)
Phone: +39 (0)172 718111
Fax: +39 (0)172 718710
www.alstom.com

REGOLAMENTO AZIENDALE

La Società Alstom Ferroviaria S.p.A. con sede in Savigliano (CN) – Via O. Moreno, 23 (in seguito denominata Società), premesso che sussiste una crescente domanda interna per istituire un piano privato di natura assistenziale, integrativo e aggiuntivo rispetto al trattamento obbligatorio di Legge, per il personale appartenente alle categorie: Operai, Impiegati, Quadri

decide di attuare, per tutte le società appartenenti al Gruppo, quanto segue:

1. Con decorrenza dalle ore 24.00 del 31/12/2022, la Società provvederà a fornire a tutti i dipendenti appartenenti alle categorie seguenti: Operai, Impiegati, Quadri (in seguito denominati Dipendenti), a proprio integrale ed esclusivo carico, le provvidenze elencate al successivo punto 3. Ai sensi del punto 2.2 della circolare del Ministero delle Finanze n. 55 del 04.03.1999, rimane in facoltà dell'Azienda di scegliere se garantirsi, nel suo esclusivo interesse, una copertura economica per tali pagamenti, stipulando una polizza assicurativa o iscrivendosi ad una Cassa di Assistenza.
2. Le coperture oggetto del presente regolamento sono operative per tutti i dipendenti appartenenti alle suddette categorie, presenti e di futura assunzione.
3. Le provvidenze, che la Società garantirà a proprio totale carico, sono:

A. Garanzia Temporanea per il caso di Morte: viene prevista la liquidazione di un capitale in caso di morte del Dipendente.

Beneficiari:

- i soggetti formalmente indicati dallo stesso Dipendente; in mancanza di tale indicazione i beneficiari sono gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi (individuati ai sensi dell'art. 2122 del Codice Civile).

Evento catastrofale:

in caso di evento che colpisca più Dipendenti contemporaneamente, la Società si impegna a corrispondere un importo massimo complessivo pari a 6 volte la somma media garantita a tutti Dipendenti.

Detto importo andrà suddiviso in relazione al numero dei Dipendenti colpiti dall'evento ed in proporzione alla rispettiva somma garantita, come sopra definita.

Le provvidenze non opereranno in caso di:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione del Dipendente a delitti dolosi;
- partecipazione attiva del Dipendente ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atto di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se il Dipendente non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o guerra civile e il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto il Dipendente si trovasse già nel territorio dell'accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo del Dipendente implica l'esclusione;
- incidente di volo, se il dipendente viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o abuso di farmaci o stati di alcolismo acuto o cronico.

La Società, al fine di potersi garantire una eventuale riserva economica per fare fronte all'impegno preso e per garantire l'operatività della garanzia, potrebbe richiedere l'espletamento di alcune attività di tipo burocratico o sanitario.

Se il Dipendente

- non potesse corrispondere al requisito di presenza attiva e continuativa al lavoro nel momento in cui la garanzia viene attivata

l'impegno dell'Azienda cesserà immediatamente.

Il diritto alle somme previste maturerà successivamente all'espletamento del seguente iter.

In caso di Morte, gli eredi dovranno presentare

- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause del decesso, redatta su apposito modulo, nonché l'ulteriore documentazione di carattere sanitario (cartelle cliniche, esami medici, ecc.) che venisse richiesta dalla Compagnia di assicurazione / Cassa di Assistenza alla quale la Società avesse deciso di trasferire il rischio per garantirsi una copertura economica;
- idonea documentazione atta all'identificazione dei beneficiari della prestazione

B. Garanzia in caso di Invalidità Permanente causata da Malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto delle provvidenze.



Questa provvidenza non opererà nei casi di:

- Persone affette da epilessia, colpite da apoplezia, paralisi, infermità mentali, alcoolismo, tossicomania, AIDS. Qualora tali stati si palesino in corso di copertura, l'assicurazione cessa immediatamente con il loro manifestarsi. È fatto salvo, tuttavia, il diritto all'indennizzo – qualora ricorrano i presupposti delle condizioni generali di contratto – per le invalidità conseguenza di episodi di epilessia, apoplezia e paralisi manifestatisi per la prima volta in corso di contratto. In tali casi l'assicurazione cessa immediatamente e non potrà più essere rinnovata.
- L'assicurazione non comprende gli stati invalidanti preesistenti alla stipulazione del contratto o all'inclusione dell'assicurato in garanzia.
- Le malattie mentali;
- Le malattie professionali così definite dal D.P.R. 30 Giugno 1965 n. 1124 o successive modificazioni;

Beneficiari: Il dipendente stesso

In caso di invalidità permanente da malattia il diritto alle somme previste maturerà successivamente all'espletamento del seguente iter, sempre che l'evento che ha causato la malattia non rientri in quelli più sopra espressamente esclusi:

- La denuncia della Malattia entro 30 giorni da quando, secondo parere medico, vi sia motivo di ritenere che la Malattia stessa, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata e comunque non oltre un anno dalla cessazione dell'Assicurato;
- L'Assicurato dovrà trasmettere, certificati medici, copia delle cartelle cliniche ed ogni altro documento che attesti il decorso e le conseguenze della malattia;
- L'assicurato dovrà presentare adeguata certificazione medica attestante l'invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuata dalla malattia denunciata, richiedendo gli accertamenti del caso da parte della Compagnia.

C. Garanzia in caso di morte o invalidità permanente derivante da infortuni professionali od extraprofessionali: è previsto il riconoscimento di un capitale variabile a seconda della casistica e della categoria di inquadramento.

In caso di invalidità permanente parziale, verranno applicate le seguenti franchigie:

- Fino al 3% nessun rimborso
- Dal 3% al 15%: indennità corrisposta per la parte eccedente
- Oltre al 15% nessuna franchigia

Le predette provvidenze non operano nei seguenti casi:

- guida o uso di mezzi di locomozione aerei, salvo quanto previsto dalle condizioni particolari di assicurazione
- abuso o uso non terapeutico di stupefacenti, di psicofarmaci e allucinogeni
- abuso di alcolici limitatamente al caso di guida di veicoli e/o natanti;



- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- guerra ed insurrezioni, salvo quanto previsto dall'art. "Rischio Guerra"
- trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione o radiazioni ionizzanti.

Sono inoltre escluse le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

Non sono assicurabili le persone affette da infermità mentale, alcolismo, tossicodipendenza e AIDS; l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Beneficiari:

- in caso di morte: i soggetti formalmente indicati dallo stesso Dipendente; in mancanza di tale indicazione i beneficiari sono gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi (individuati ai sensi dell'art. 2122 del Codice Civile)
- in caso di invalidità permanente: il Dipendente stesso.

Il diritto alle somme previste maturerà successivamente all'espletamento del seguente iter:

In caso di **morte**, sempre che l'evento che ha causato l'infortunio non rientri in quelli più sopra espressamente esclusi, dopo presentazione dei seguenti documenti:

- certificato di morte
- relazione medica sulle cause del decesso, redatta su apposito modulo, nonché l'ulteriore documentazione di carattere sanitario (cartelle cliniche, esami medici, ecc.) che venisse richiesta dalla Compagnia di Assicurazione / Cassa di Assistenza alla quale la Società avesse deciso di trasferire il rischio per garantirsi una copertura economica per tali pagamenti
- eventuale atto notorio dal quale risulti se il dipendente ha lasciato o meno testamento e l'indicazione degli eredi legittimi
- eventuale copia del testamento pubblicato

In caso di **invalidità permanente totale o parziale da Infortunio**, successivamente all'espletamento del seguente iter sempre che l'evento che ha causato l'infortunio non rientri in quelli più sopra espressamente esclusi:

- La denuncia dell'infortunio che possa comportare una invalidità permanente deve essere presentata alla Assicurazione / Cassa di Assistenza entro 30 giorni dall'accadimento del sinistro o, comunque entro 1 anno dall'accertamento della invalidità. La denuncia dell'infortunio dovrà contenere le informazioni inerenti alla dinamica del sinistro ed essere corredata di tutti i certificati medici sul decorso delle lesioni sino alla definizione del grado di invalidità residuale.

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Compagnia di Assicurazione / Cassa di Assistenza incaricata, quantificherà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento.

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di Invalidità Permanente, il dipendente, la Compagnia di Assicurazione / Cassa di Assistenza da essa incaricata, si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle condizioni espresse nel presente regolamento, nella polizza assicurativa o nell'eventuale disciplinare (che non dovranno comunque differire nelle specifiche riportate nel presente regolamento).

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti con dispensa di ogni formalità di legge. La proposta di convocare il Collegio medico deve partire dal dipendente entro trenta giorni da quello in cui è stata comunicata la decisione della Compagnia di Assicurazione / Cassa di Assistenza incaricata, e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del medico designato; dopo di che la Compagnia di Assicurazione / Cassa di Assistenza incaricata, comunicherà al dipendente, entro trenta giorni, il nome del medico che essa a sua volta avrà designato.

Il terzo medico viene scelto dalla Parti entro una terna di medici proposta dai due primi; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il collegio medico. Nominato il terzo medico, la Compagnia di Assicurazione / Cassa di Assistenza incaricata, convocherà il Collegio invitando il dipendente a presentarsi. Il Collegio medico risiede, a scelta della Compagnia / Cassa incaricata, presso la sede della Compagnia / Cassa stessa. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro due anni; nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sulle indennità da imputarsi nella liquidazione definitiva dell'invalidità.

La decisione del Collegio medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

NORME GENERALI

Si prende atto che i contratti stipulati dalla Società a tutela del proprio patrimonio al fine di proteggersi da eventi sfavorevoli che possano avere ripercussioni negative sull'andamento aziendale sono il riferimento unico per la determinazione del diritto alle prestazioni.

La Società dà mandato alla Compagnia di Assicurazione/Cassa di Assistenza di rappresentarla per la determinazione del diritto alla prestazione dell'ammontare del danno e per ogni atto, ivi compresa la liquidazione dell'importo dovuto inerente alle prestazioni previste dal regolamento.

Le contribuzioni poste a carico della Società dal presente Regolamento non assumono rilevanza né ai fini del trattamento di fine rapporto, né a quelli di qualsiasi altro istituto.



Il presente regolamento potrà essere revocato o modificato in qualsiasi momento da parte della Società.

Le Provvidenze previste nel presente regolamento potranno essere assorbite da eventuali futuri obblighi in materia assistenziale che dovessero essere introdotti da leggi o dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro. In tal caso il presente regolamento potrà essere modificato in tutte le parti necessarie ad accogliere le nuove disposizioni.

Savigliano, 14/12/2022

Marco De Rosa
HR Director Italia
Alstom Ferroviaria S.p.A.

