



ebisep
ENTE BILATERALE SETTORE PRIVATO



Sindacato Nazionale Agenti di Assicurazione



**CCNL SNA
DEL 05/02/2018**



IN DATA 5 FEBBRAIO 2018 È STATO RINNOVATO IL C.C.N.L. PER I
DIPENDENTI DELLE AGENZIE DI ASSICURAZIONE IN GESTIONE LIBERA.

L'ACCORDO DI RINNOVO È STATO APPROVATO ALL'UNANIMITÀ, IL
23/02/2018, DAL COMITATO CENTRALE DEL SINDACATO NAZIONALE
AGENTI DI ASSICURAZIONE.

IL NUOVO C.C.N.L., SCARICABILE SIA DAL SITO **WWW.SNASERVICE.IT**
CHE DAL SITO **WWW.EBISEP.IT**, DECORRE DAL **1° APRILE 2018** ED HA
SCADENZA IL **01/04/2023**.

**CCNL SNA
2018**

EBISEP

ASSICURMED

**FONDO DI
FORMAZIONE
INTERPROFESSIONALE**



EBISEP

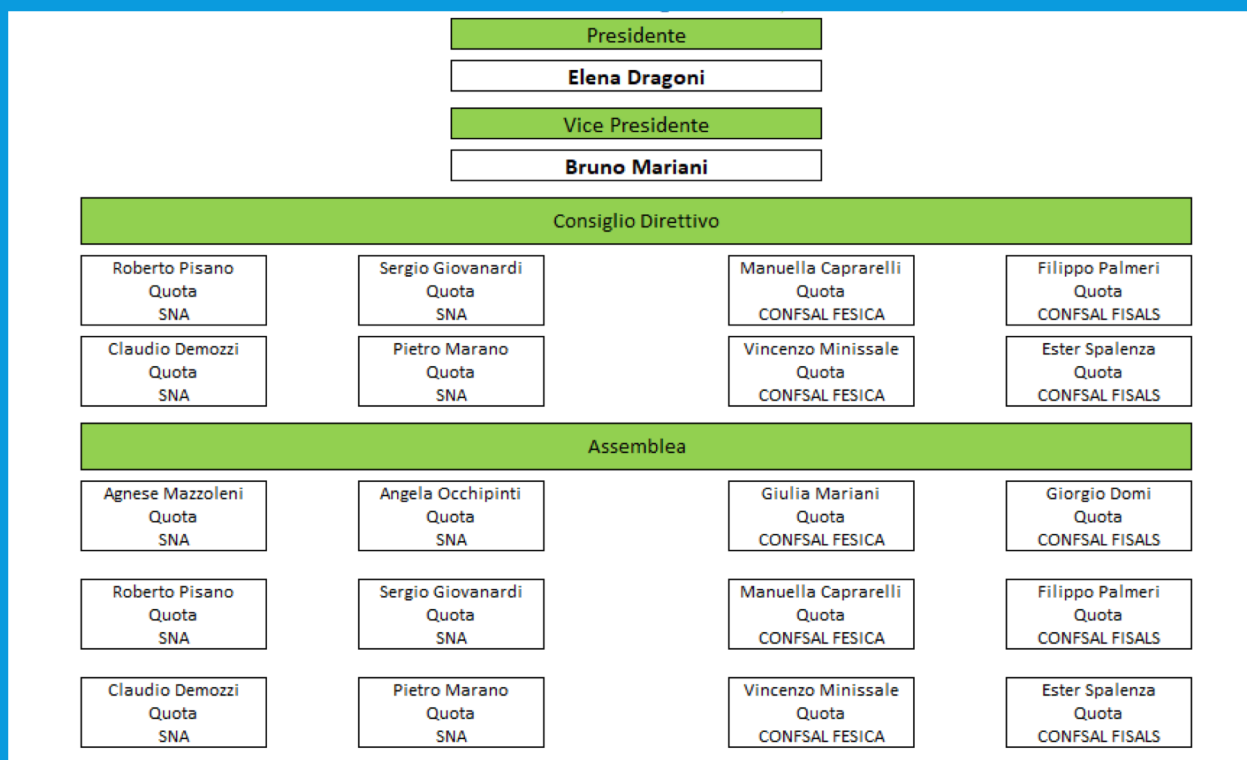
L'ENTE BILATERALE NAZIONALE SETTORE PRIVATO (ART. 9)

EBISEP è stato costituito a norma del C.C.N.L. al quale fa riferimento. Il Contratto di Lavoro in questione è stato sottoscritto da:

- **SNA** (Sindacato Nazionale Agenti di Assicurazione)
- **FESICA CONFISAL**
- **CONFISAL FISALS**

Gli organi di gestione dell'Ente bilaterale sono composti su base paritetica tra le Organizzazioni sindacali dei lavoratori e le Associazioni dei datori di lavoro.

ORGANIGRAMMA





ASSISTENZA CONTRATTUALE (ART.3)

Per ciascun dipendente in forza al momento della prima applicazione del CCNL” deve essere versato un contributo di assistenza contrattuale all’Ebisep di € 16,00 con bonifico sul c/c/ n. 000103459149, intestato all’EBISEP, IBAN IT 41 B 02008 01470 000 103459 149.

Le Agenzie che avessero già versato tale contributo in occasione della sottoscrizione del CCNL del 10/11/2014, non sono tenute a versare tale contributo.



CONTRIBUTO EB04

Il Contributo **EB04**, versato nella misura dell'**1,25%** delle retribuzioni dei dipendenti, è calcolato come segue:

- ❖ **0,25%** a carico di tutti i lavoratori, compresi gli apprendisti, calcolato sulla retribuzione lorda mensile (per 14 mensilità);
- ❖ **1,00%** a carico dei datori di lavoro, calcolato sulla retribuzione lorda mensile (per 14 mensilità) di tutti i lavoratori, compresi gli apprendisti;

Viene calcolato sull'imponibile previdenziale (per 14 mensilità).

ECCO UN ESEMPIO PRATICO:

SEZIONE INPS										
codice sede	causale contributo	matricola INPS / codice INPS / filiale azienda	periodo di riferimento		importi a debito versati	importi a credito compensati				
			da mm/aaaa	a mm/aaaa						
XXXX	EB04	0000000000	102017		12,60					
					TOTALE	C	12,60 D	0,00	+/- SALDO (C-D)	12,60



QUALI AZIENDE SONO TENUTE A VERSARE? E PER CHI SI VERSA?

Coloro che aderiscono al **C.C.N.L.** per i dipendenti delle Agenzie di Assicurazione in Gestione Libera sottoscritto da **SNA** e da **FESICA CONFISAL, CONFISAL FISALS**.

Per tutti i lavoratori assunti con contratto a:

- ✓ Tempo determinato
- ✓ Tempo indeterminato
- ✓ Apprendistato
- ✓ Inclusi i lavori a tempo part-time

N.B.: Il dipendente non può contestare la trattenuta in busta paga della quota a suo carico del contributo EBISEP in quanto tale contributo è obbligatorio.

SERVIZI A FAVORE DEGLI AGENTI

**CASSA
MALATTIA**
(per infortunio/malattia
dipendente)

**APPRENDISTATO
PROFESSIONALIZZANTE**

**DECRETO
LEGISLATIVO
81/2008**

SERVIZI



CASSA MALATTIA

È attiva in forma di polizza di assicurazioni stipulata con la Compagnia **Nobis Assicurazioni spa**. La cassa eroga al datore di lavoro il **rimborso dell'80%** del costo del lavoro in caso di assenza di un dipendente per malattia che si protragga per oltre tre giorni con un massimo di 6 mesi e con un massimo risarcibile di **€ 15.000** per dipendente/anno. Deve essere trasmessa denuncia a sna@nobisassicurazioni.it **entro 60 giorni dal verificarsi dell'evento**.

ASSICURATO	COPERTURA	FRANCHIGIA	MASSIMALE
Datore di lavoro	Perdita Pecuniaria dovuta a malattia o infortunio professionale del dipendente	3 giorni	MAX € 15.000,00 6 mesi



COME CHIEDERE IL RIMBORSO

Entro e non oltre 60 GIORNI dall'inizio della malattia, inviare a sna@nobisassicurazioni.it:

❖ **Modulo Denuncia Sinistro Perdita Pecuniaria**

(scaricabile dal sito www.ebisep.it alla voce «*Cassa malattia*», di cui un fac-simile è riportato nella prossima slide)

- ❖ Copia del documento attestante il regolare pagamento degli ultimi 3 F24 a favore di Ebisep (EB04)
- ❖ Copia dell'Attestato di Malattia indicante la prognosi/assenza di lavoro **regolarmente comunicato all'INPS.**
- ❖ Copia della CU 2017 e ultime 3 Buste Paga del dipendente in malattia

SX Numero

Modulo Denuncia Sinistro Perdita Pecuniaria

Data Denuncia Sinistro

Cognome del compilante-denunciante

Nome del compilante- denunciante

Recapito Telefonico

Indirizzo di posta elettronica

Garanzia Assicurativa Coinvolta: Perdita Pecuniaria
 Numero Polizza : 2 0 0 0 8 1 3 6 9

Agenzia:

Indirizzo:

Breve Descrizione dell'evento:
 Malattia del dipendente - -
 dal al

Documenti da allegare in caso di sinistro perdite pecuniarie, entro **60 giorni** dal verificarsi dell'evento:

- Copia del documento attestante il regolare pagamento degli ultimi 3 F24 a favore di Ebisep (EB04)
- Copia dell'attestato di malattia indicante la prognosi/assenza di lavoro regolarmente comunicato all'INPS.
- Copia della documentazione attestante la RAL annua e le contribuzioni Inps.
- Riferimenti Iban dell'Agente per procedere al relativo accredito

Indicare la presenza di altre polizze assicurative che presentano garanzie inerenti alla copertura dell'evento occorso e qui denunciato.

Compagnia assicurativa:

Numero di Polizza:

Documenti da allegare in presenza di altra copertura assicurativa:

- | | | |
|---|--|--------------------------|
| - | Certificato assicurativo della compagnia interessata | <input type="checkbox"/> |
| - | Condizioni di Polizza della compagnia interessata | <input type="checkbox"/> |

Io Sottoscritto,
 assicuro che le informazioni da me fornite corrispondono alla verità e sono consapevole del fatto che indicazioni false o non corrispondenti al vero potranno avere come conseguenza la perdita della copertura assicurativa.

DATA
 / /

FIRMA

Compilare e Restituire via E-mail
sna@nobisassicurazioni.it
 UFFICIO LIQUIDAZIONE SINISTRI, VIA LANZO 29 BORGARO TORINESE

**ACQUISTO LIBRI
SCOLASTICI/TESTI
UNIVERSITARI**
€. 250.000

**DECRETO 81/2018
CORSI IN MATERIA DI
SICUREZZA SUL LAVORO**
€. 200.000

**CONTRIBUTO
PARTECIPAZIONE AI
CONGRESSI SNA**
€. 125.000

**CONTRIBUTO PER
PARTECIPAZIONE A
CORSI DI
FORMAZIONE**
€. 125.000

**CONTRIBUTO PER
ASSUNZIONE DIPENDENTE**
€. 250.000

**CONTRIBUTO PER
FIGLI, GENITORI,
CONIUGI DISABILI**
€. 150.000

**CONTRIBUTO PER
ABBONAMENTO ANNUALE
A PISCINE-PALESTRE-
CIRCOLI SPORTIVI**
€. 250.000

SUSSIDI AGENTI

**CONTRIBUTO PER
TITOLARE DI LAUREA
MAGISTRALE PER
ISCRIZIONE MASTER**
€. 150.000

**BONUS PER
NASCITA
FIGLIO**
€. 100.000

**CONTRIBUTO SPESE
MEDICHE FISIOTERAPICHE
E RIABILITATIVE DIETRO
PRESCRIZIONE MEDICA**
€. 300.000

**APPRENDISTATO
PROFESSIONALIZZANTE**
€. 100.000

DECRETO LEGISLATIVO 81/2008

Ebisep offre una serie di corsi di formazione in aula e corsi e-Learning per la sicurezza sul lavoro (D.Lgs. 81/2008)

Elenco corsi:

- ✓ Formazione Generale + Specifica
- ✓ RLSPP
- ✓ RLS O RLST
- ✓ Antincendio
- ✓ Primo Soccorso
- ✓ Gestione emergenze
- ✓ Stesura e aggiornamento DVR
- ✓ Aggiornamenti vari



APPRENDISTATO PROFESSIONALIZZANTE

SERVIZIO DI SUPPORTO AL *TUTOR* ATTRAVERSO UNA PIATTAFORMA INFORMATICA PER LA FORMAZIONE DELL'APPRENDISTA

- ✓ Limiti di età dell'apprendista: giovani di età compresa tra **i 18 e i 29 anni**
- ✓ Durata del contratto: massimo **36 mesi**
- ✓ Formazione (ai sensi dell'art. 10 Allegato 1 CCNL, così come modificato): monte di **formazione di base-trasversale** e **tecnica-professionale** interna o esterna di almeno **120 ore** complessive



Formazione di Base-Trasversale:

È definita dalla Regione di competenza. È importante verificare la normativa Regionale.

Ad esempio per la Regione Lombardia:

- ✓ **120 ore** : licenza di scuola secondaria di primo grado o nessun titolo di studio
- ✓ **80 ore:** attestato di qualifica o diploma professionale o diploma d'istruzione
- ✓ **40 ore:** laurea o altri titoli di livello terziario

Formazione Tecnico Professionale

Dal monte ore complessivo è necessario decurtare le ore di formazione di base-trasversale per ottenere le ore di Formazione tecnico-professionale, che verranno costantemente riportate nel LIBRETTO FORMATIVO.

Esempi di formazione Tecnico Professionale:

- ✓ Affiancamento del Tutor Aziendale
- ✓ Ore di Formazione valide ai fini Ivass



LA PROCEDURA

Ecco i passaggi da compiere per l'attivazione dell'Apprendistato Professionalizzante.

IL COMPITO DELL'AGENTE è...

1. - Inviare a info@ebisep.it la **COMUNICAZIONE DI AVVENUTA ASSUNZIONE** del lavoratore con contratto di apprendistato, come previsto dal CCNL SNA 2014, rinnovato nel 2018;
2. - Compilare e conservare in Agenzia il **PIANO FORMATIVO INDIVIDUALE**, consegnandone una copia al dipendente, senza invio a terzi;
3. - Compilare costantemente e conservare in Agenzia il **LIBRETTO FORMATIVO**, senza invio a terzi.
4. - Comunicare all'Ebisep, in caso di conversione del contratto ai sensi del comma 3 dell'art 1 dell'Allegato 1 CCNL SNA 2014, la **TRASFORMAZIONE DEL CONTRATTO DI LAVORO** da Apprendistato a tempo indeterminato ed altresì in caso di chiusura del rapporto di Apprendistato (mancata conversione) e in questo caso con le relative motivazioni.

IL COMPITO DELL'APPRENDISTA:

1. - inviare a EBISEP il **MODULO RACCOLTA DATI APPRENDISTA** e l'**AUTOCERTIFICAZIONE DEL TITOLO DI STUDIO**

Comunicazione di avvenuta assunzione

Spett.le
EBISEP
Via Lanzone n. 2
20123 MILANO
via mail:
info@ebisep.it

_____, li _____

Oggetto: Contratto di Apprendistato – comunicazione ai sensi del comma 3 art. 1 - Allegato 1 CCNL.

Con la presente, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dal CCNL dei dipendenti delle Agenzie di Assicurazione in Gestione Libera del 10/11/2014 e dell'Addendum del 22/07/2015 - Allegato n.1 "*Apprendistato Professionalizzante*", si comunica che in data _____ è stato stipulato un contratto di Apprendistato tra il lavoratore Sig. _____ e la scrivente Agenzia di Assicurazioni _____.

Distinti saluti.

La Ditta

Allegato: comunicazione di assunzione al centro per l'impiego.

Piano formativo individuale

PIANO FORMATIVO INDIVIDUALE

Relativo all'Assunzione di : COGNOME - NOME _____

AZIENDA:

Ragione Sociale : _____
 Sede legale: _____ VIA _____ N. _____
 Sede operativa: _____ VIA _____ N. _____
 Codice Fiscale : _____ Partita IVA : _____
 Legale Rappresentante : _____
 Attività svolta: _____
 CCNL APPLICATO: Agenzie di Assicurazione in Gestione Libera SNA

APPRENDISTA:

Dati Anagrafici:

Cognome : _____ Nome : _____
 Codice Fiscale _____ Cittadinanza : _____
 Scadenza Permesso di Soggiorno (nel caso di extra-com.) : _____
 Nato a: _____ il: _____ Residenza- Domicilio: _____
 Via: _____ N. _____ Prov.: _____ Recap. Telef. _____

Dati relativi alle esperienze formative e di lavoro :

Titoli di studio posseduti ed eventuali percorsi di istruzione non conclusi :

Esperienze Lavorative

Eventuali periodi di Apprendistato svolti:

da _____ al _____

1

Formazione extra - scolastica compresa quella svolta in apprendistato:

a) _____
 b) _____
 c) _____

Il presente Piano Formativo Individuale ha lo scopo di far conseguire all'apprendista una qualificazione attraverso una formazione sul lavoro e l'acquisizione di competenze di base e trasversali (funzionali alla qualifica da conseguire) e tecnico-professionali.

Aspetti Normativi :

Data di Assunzione: _____
 Durata apprendistato: _____ MESI
 Qualifica da Conseguire: APPRENDISTA IMPIEGATO/A ADDETTO/A

(si indichi la figura professionale di riferimento sulla base delle declaratorie contrattuali).

Livello di inquadramento: _____

- Orario di lavoro tempo pieno
 Orario di lavoro tempo parziale: specificare la distribuzione _____

Si ricorda che l'apprendistato a tempo parziale deve avere durata non inferiore al 60% della prestazione lavorativa a tempo pieno (pari almeno a 22,50 ore)

TUTOR:

Tutor Aziendale _____
 Codice Fiscale _____
 Livello Inquadramento (se diverso da Titolare) _____
 Anni esperienza (se diverso da Titolare) _____

2

CONTENUTI FORMATIVI :

AREA DELLE COMPETENZE DI BASE E TRASVERSALI

Durata nel triennio (la formazione sulle competenze di base e trasversali è definita dalla Regione di competenza; verificare la normativa Regionale): _____

Per la *Regione Lombardia* (barrare l'ipotesi che ricorre):

- licenza di scuola secondaria di primo grado o nessun titolo di studio: 120 ore
- attestato di qualifica o diploma professionale o diploma d'istruzione: 80 ore
- laurea o altri titoli di livello terziario: 40 ore

Offerta formativa (barrare la scelta):

- Formazione esterna;
- Formazione interna.

Aree tematiche:

a) **Competenze Relazionali :**
valutare le competenze e le risorse personali, anche in relazione al lavoro ed al ruolo professionale, comunicare efficacemente nel contesto di lavoro (comunicazione interna – esterna), analizzare e risolvere situazioni problematiche, definire la propria collocazione nell'ambito di una struttura organizzativa.

b) **Organizzazione ed Economia :**
conoscere i principi e le modalità di organizzazione del lavoro nell'impresa, conoscere i principali elementi economici e commerciali dell'impresa: le condizioni ed i fattori di redditività dell'impresa (produttività, efficacia ed efficienza), il contesto di riferimento di un'impresa (forniture, reti, mercato ecc.), saper operare in un contesto aziendale orientato alla qualità ed alla soddisfazione del cliente.

c) **Disciplina del rapporto di lavoro:**
conoscere le linee fondamentali di disciplina legislativa e contrattuale del rapporto di lavoro e gli istituti contrattuali, conoscere i diritti ed i doveri dei lavoratori, conoscere gli elementi che compongono la retribuzione ed il costo del lavoro.

e) **Sicurezza sul lavoro :**
conoscere gli aspetti normativi ed organizzativi generali relativi alla sicurezza sul lavoro, conoscere i principali fattori di rischio, conoscere e saper individuare le misure di prevenzione e protezione.

AREA DELLE COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI

Durata nel triennio (ai sensi del CCNL): 120 ore nel triennio dalle quali decurtare le ore di formazione di base – trasversale sopra segnalate secondo l'ipotesi che ricorre.

Aree Tematiche:

COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI

- conoscere i prodotti e servizi di settore e contesto aziendale;
- conoscere e saper applicare le basi tecniche e scientifiche della professionalità;
- conoscere e saper utilizzare le tecniche ed i metodi di lavoro;
- conoscere e saper utilizzare strumenti e tecnologie di lavoro (attrezzature e strumenti di lavoro, anche informatici);
- conoscere ed utilizzare le misure di sicurezza individuale e tutela ambientale;
- conoscere le innovazioni di prodotto, di processo e di contesto.

COMPETENZE DI PROFILO

FIGURE PROFESSIONALI DI RIFERIMENTO: incaricato della trattazione degli affari di uno o più rami e/o dell'intermediazione assicurativa, anche all'esterno dell'agenzia; impiegato addetto al servizio cassa o contabilità dell'agenzia; impiegato che svolge compiti amministrativi, d'ordine e attività impiegate esecutive; operatore meccanografico che opera in via prevalente all'elaborazione dati e/o al video terminale.

- Conoscere gli elementi di organizzazione dei processi aziendali;
- Conoscere gli elementi di legislazione con particolare riferimento alla normativa della Privacy;
- Conoscere la normativa Antiriciclaggio;
- Conoscere la normativa ISVAP;
- Conoscere contratti e clausole assicurative, norme e convenzioni del settore assicurativo;
- Conoscere la tecnica delle assicurazioni;
- Conoscere gli elementi di regolamentazione dei servizi offerti;
- Saper effettuare l'analisi, l'inquadramento e la tariffazione dei rischi assicurativi;
- Saper relazionarsi con il cliente, imparare ad accogliere il cliente e a facilitare la comunicazione con il cliente;
- Imparare ad individuare i fabbisogni e le caratteristiche del cliente;
- Saper fornire al cliente una consulenza sui prodotti assicurativi;
- Saper compilare la documentazione contrattuale;
- Conoscere le procedure per la gestione dei pagamenti;
- Saper utilizzare gli strumenti di incasso e di pagamento;
- Saper eseguire le operazioni tradizionali di cassa;
- Conoscere le procedure di registrazione dei documenti contabili;
- Conoscere le tecniche per l'organizzazione degli archivi anche informatizzati;
- Conoscere e saper utilizzare i software applicativi.

_____li_____

L'APPRENDISTA

LA DITTA

Libretto formativo

PRIMA ANNUALITA': FORMAZIONE SU TEMATICHE AZIENDALI E PROFESSIONALI DURANTE IL PERIODO DI APPRENDISTATO _____ ORE; FORMAZIONE DI BASE E TRASVERSALE _____ ORE			
<i>REE TEMATICHE / CONTENUTI</i> (con riferimento al piano formativo individuale)	<i>DURATA IN ORE / PERIODO</i>	<i>MODALITA' ADOTTATA</i>	<i>FIRMA TUTOR E APPRENDISTA</i>
	Ore : _____ Periodo : _____	<input type="radio"/> Aula <input type="radio"/> On the Job <input type="radio"/> Affiancamento <input type="radio"/> E-Learning <input type="radio"/> Esterna <input type="radio"/>	Firma del Tutor o Formatore Esterno: _____ Firma dell' Apprendista : _____
	Ore : _____ Periodo : _____	<input type="radio"/> Aula <input type="radio"/> On the Job <input type="radio"/> Affiancamento <input type="radio"/> E-Learning <input type="radio"/> Esterna <input type="radio"/>	Firma del Tutor o Formatore Esterno: _____ Firma dell' Apprendista : _____
	Ore : _____ Periodo : _____	<input type="radio"/> Aula <input type="radio"/> On the Job <input type="radio"/> Affiancamento <input type="radio"/> E-Learning <input type="radio"/> Esterna <input type="radio"/>	Firma del Tutor o Formatore Esterno: _____ Firma dell' Apprendista : _____
Totale Ore : _____ Firma Tutor Aziendale : _____ Firma Apprendista : _____			

Modulo raccolta dati apprendista e autocertificazione titolo di studio

Modulo Raccolta Dati Apprendista:

Cognome:

Nome:

Codice Fiscale:

Data di Nascita: / / Sesso: F M

Città (Luogo Di Nascita):

Titolo di studio:

E-mail:

Azienda:

Codice Ateco: • •

Nazione:



AUTOCERTIFICAZIONE TITOLO DI STUDIO APPRENDISTA
(ai sensi dell'art. 46, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2009)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ () il giorno __/__/__ e residente
a _____ () in via _____

consapevole delle sanzioni penali applicabili in caso di dichiarazioni mendaci e non veritiere che sono previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, dotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

di essere in possesso del seguente titolo di studio

conseguito in data __/__/__

presso _____

_____ *luogo e data* _____ *Firma*

La presente dichiarazione è esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 445/2000.



SERVIZI

Sono attivi una serie di servizi per i lavoratori dipendenti delle Agenzie che versano regolarmente il contributo **EB04**, identificativo dell'ente, **da almeno due anni**.

- NB: Da richiedere **entro e non oltre il termine di 90 giorni dal verificarsi dell'evento**, solo se registrati sulla piattaforma.



PRESTAZIONE EROGATA

Entità della prestazione

- | | |
|---|------------|
| ✓ CONTRIBUTO ACQUISTI LIBRI SCOLASTICI E TESTI UNIVERSITARI PER AGENTI E LORO FIGLI
(INDIPENDENTEMENTE DAL NUMERO DI FIGLI) | € 250/ANNO |
| ✓ CONTRIBUTO PARTECIPAZIONI CONGRESSI SNA- MAX 1 AGENTE PER AGENZIA (PER SOCI
SNA SOLO A CONDIZIONE CHE NON SIA ELETTO COME DELEGATO) | € 200,00 |
| ✓ CONTRIBUTO PARTECIPAZIONE CORSI DI FORMAZIONE PER LAVORATORI CON CONTENUTO
PROFESSIONALE, LINGUISTICO, ECONOMICO, CULTURALE, TECNOLOGICO | € 200,00 |



PRESTAZIONE EROGATA

**Entità
della prestazione**

✓ **CONTRIBUTO ABBONAMENTO ANNUALE A PALESTRA - CIRCOLO SPORTIVO - PISCINA**

**SE COSTO
ABBONAMENTO
MAGGIORE DI EURO 500
RIMBORSO DEL 20%
MAX 100**

✓ **CONTRIBUTO PER AGENTI CON FIGLI, GENITORI O CONIUGI CONVIVENTI DISABILI**

**SE COSTO
ABBONAMENTO
SUPERIORE AD EURO
1000 RIMBORSO DEL
20% MAX 200**

€ 1.000 UNA TANTUM

✓ **CONTRIBUTO BORSA DI STUDIO PER TITOLARI DI LAUREA MAGISTRALE, FIGLI DI AGENTI CHE SI ISCRIVONO AL MASTER DI SPECIALIZZAZIONE**

€ 1.000 UNA TANTUM



PRESTAZIONE EROGATA

Entità della prestazione

- | | |
|---|--------------------|
| ✓ RIMBORSO SPESE DI CURA PER AGENTI PER SPESE FISIOTERAPICHE E RIABILITATIVE IN SEGUITO A INFORTUNIO O MALATTIA, DIETRO PRESCRIZIONE MEDICA | € 500,00/ANNO |
| ✓ CONTRIBUTO PER ASSUNZIONE DIPENDENTI – MAX 1 DIPENDENTE ALL'ANNO | € 250,00 |
| ✓ CONTRIBUTO BORSA DI STUDIO PER TITOLARI DI LAUREA MAGISTRALE, FIGLI DI AGENTI CHE SI ISCRIVONO AL MASTER DI SPECIALIZZAZIONE | € 1.000 UNA TANTUM |
| ✓ BONUS PER NASCITA DEL FIGLIO DI AGENTE | € 500,00 |

Modulo richiesta prestazioni



MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI PER SERVIZI AGLI AGENTI

NOME		
COGNOME		
NATO A		
IL		
CODICE FISCALE		
INDIRIZZO RESIDENZA	VIA	Civico
	Paese	Provincia
RECAPITI	MAIL	CELL

CONIUGATO	SI ____ NO ____ NOME CONIUGE
FIGLI	SI ____ NO ____ NUMERO FIGLI

DENOMINAZIONE AGENZIA		
INDIRIZZO AGENZIA	VIA	Civico

Via Lanzetta, 2 - 20123 Milano - c.f. 95170520100 -
email: info@ebisep.it - pec: ebisep@pec.it - sito web: www.ebisep.it



	Paese	Provincia
PARTITA IVA		
RECAPITI AGENZIA	MAIL	TEL
NUMERO DIPENDENTI		
EBISEP CODE REGISTRAZIONE		
DATA DI PRIMA APPLICAZIONE CONL SNA		

INDICARE LA PRESTAZIONE RICHIESTA

- Assegno per la nascita del figlio €. 300,00
- Contributo bonus di studio per i laureati di laurea Magistrale che si laureano al master di specializzazione (Figli conviventi di Agente) €. 1.000,00
- Contributo per acquisto libri scolastici e testi universitari per se o per proprio figlio convivente (massimale annuo) €. 200,00
- Contributo partecipazione Congressi SNA - Max 1 AGENTE per agente (Per i soci SNA solo a condizione che siano eletti come delegati al congresso) €. 200,00
- Contributo partecipazione corsi di formazione con contenuto professionale, legislativo, economico, culturale e tecnologico (solo per agente) €. 200,00
- Contributo abbonamento annuale a palestra - circolo sportivo - piscina (solo per agente)
 - Se costo abbonamento maggiore di € 500,00 rimborso del 20% Max. € 100,00
 - Se costo abbonamento superiore di € 1000,00 rimborso del 20% Max. € 200,00

Via Lanzetta, 2 - 20123 Milano - c.f. 95170520100 -
email: info@ebisep.it - pec: ebisep@pec.it - sito web: www.ebisep.it



- | | | |
|--|----|----------|
| <input type="checkbox"/> Contributo per figli, genitori o coniugi conviventi disabili - UNA TANTUM | €. | 1.000,00 |
| <input type="checkbox"/> Contributo per rimborsi spese di cure per spese fisioterapiche e riabilitative in seguito ad infortunio o malattia, dietro prescrizione medica - solo per agenzie, maxinale annuo | €. | 100,00 |
| <input type="checkbox"/> Contributo per assunzione dipendenti - max 1 dipendente all'anno | €. | 250,00 |

Entro e non oltre il termine di 90 giorni dal verificarsi dell'evento, l'agente dovrà inviare il presente modulo e allegare la seguente documentazione:

- ✓ Copia del Documento d'identità, se la richiesta è per il figlio copia documento di identità anche del figlio
- ✓ Autocertificazione che attesti la regolarità dei versamenti degli ultimi 24 mesi di contribuzione all'Ente Bilaterale Ebisep- Codice Tributo EB04
- ✓ Codice IBAN per procedere al relativo accredito

In base alla prestazione richiesta i seguenti documenti:

- ✓ Copia del certificato di nascita del figlio
- ✓ Copia del Diploma di Laurea Magistrale e dell'iscrizione al Master, stato di famiglia
- ✓ Ricevuta di acquisto (fattura o scontrino fiscale) dei libri scolastici o testi universitari con nominativo dello studente; se la richiesta viene fatta per il figlio, fornire anche stato di famiglia, copia della lista dei libri di testo adottati rilasciata dalle scuole/istituti oppure versamento tasse con specificato l'anno di riferimento, il nominativo dell'anno e l'istituto frequentato
- ✓ Ricevuta fiscale o fattura albergo, mezzi di trasporto, prova di iscrizione all'Associazione SNA e convocazione del Congresso
- ✓ Ricevuta di iscrizione al corso e giustificativo con valore fiscale (scontrino parlante o fattura/ricevuta fiscale) che attesti l'effettivo pagamento del corso, attestato finale di partecipazione
- ✓ Copia di iscrizione alla palestra, piscina, circolo sportivo, con ricevuta fiscale che attesti il pagamento dell'abbonamento annuale
- ✓ Copia dell'ultima certificazione ASL che attesti l'effettiva disabilità del figlio, genitore, o coniuge
- ✓ Copia del certificato del medico con la prescrizione delle cure, ricevuta fiscale o fattura relative alle prestazioni effettuate.
- ✓ Modello UNILAV assunzione, lettera sottoscritta dal dipendente

Via Lanzoni, 2 - 20123 Milano - c.f. 95170520100 -
email: info@ebisep.it - pec: ebisep@pec.it - sito web: www.ebisep.it



Luogo e data _____

Firma _____

Compilare e Restituire via E-mail
info@ebisep.it

PARTE RISERVATA ALL'ENTE BILATERALE:

Denuncia ricevuta il ____/____/____ Regolarità
contributiva: SI / NO

Pagamento effettuato il ____/____/____

Via Lanzoni, 2 - 20123 Milano - c.f. 95170520100 -
email: info@ebisep.it - pec: ebisep@pec.it - sito web: www.ebisep.it

SERVIZI A FAVORE DEI DIPENDENTI

CASSA MALATTIA

rimborso spese mediche in caso di
infortunio professionale del dipendente
*rif. Circolare SNA 55 del 25 maggio
2015;*

SERVIZI.

**NUOVI SERVIZI IN
ARRIVO....!!!**

CASSA MALATTIA

La Cassa eroga anche prestazioni a favore dei lavoratori che subiscono infortuni sul lavoro, mettendo a loro disposizione un massimale di **5.000 euro per il rimborso delle spese mediche conseguenti all'infortunio**. Il funzionamento della cassa è descritto nella polizza e nella scheda riassuntiva delle prestazioni, che contiene anche le istruzioni da seguire in caso di sinistro.

NB: Da richiedere **entro e non oltre il termine di 60 giorni dal verificarsi dell'evento**, solo se registrati sulla piattaforma.

Dipendente	Rimborso spese mediche per infortunio professionale o in itinere	€ 250,00	MAX € 5.000,00 90 giorni
------------	--	----------	-----------------------------



SERVIZI AI LAVORATORI

Sono attivi una serie di servizi per i lavoratori dipendenti delle Agenzie che versano regolarmente il contributo **EB04**, identificativo dell'ente, **da almeno due anni**.

- NB: Da richiedere **entro e non oltre il termine di 90 giorni dal verificarsi dell'evento**, solo se registrati sulla piattaforma.

**CONTRIBUTO PER
PARTECIPAZIONE A
CORSI DI
FORMAZIONE
€. 125.000**

**ACQUISTO
ABBONAMENTI
MEZZI PUBBLICI
€. 500.000**

**CONTRIBUTO
PARTECIPAZIONE AI
CONGRESSI CONFASAL
€. 125.000**

**CONTRIBUTO PER
ABBONAMENTO ANNUALE
A PISCINE-PALESTRE-
CIRCOLI SPORTIVI
€. 250.000**

**SUSSIDI
LAVORATORI**

**CONTRIBUTO PER
TITOLARE DI LAUREA
MAGISTRALE PER
ISCRIZIONE MASTER
€. 150.000**

**BONUS PER
NASCITA
FIGLIO
€. 100.000**

**CONTRIBUTO PER FIGLI,
GENITORI, CONIUGI
DISABILI
€. 150.000**

**ACQUISTO LIBRI
SCOLASTICI/TESTI
UNIVERSITARI
€. 250.000**

**CONTRIBUTO SPESE
IN CASO DI DECESSO
LAVORATORE
€. 50.000**

**BONUS PER MERITI
SCOLASTICI
€. 150.000**



PRESTAZIONE EROGATA

**Entità
della prestazione**

- | | |
|---|------------|
| ✓ ASSEGNO PER LA NASCITA DEL FIGLIO | € 500,00 |
| ✓ CONTRIBUTO ALLA FAMIGLIA PER DECESSO LAVORATORE DIPENDENTE | € 400,00 |
| ✓ BORSA DI STUDIO PER SCUOLA PRIMARIA CON MASSIMO DEI VOTI | € 250,00 |
| ✓ BORSA DI STUDIO PER DIPLOMA DI SCUOLA SECONDARIA DI 1° LIVELLO CON MASSIMO DEI VOTI | € 300,00 |
| ✓ BORSA DI STUDIO PER SCUOLA SECONDARIA DI 2° LIVELLO CON MASSIMO DEI VOTI | € 500,00 |
| ✓ BORSA DI STUDIO PER DIPLOMA DI LAUREA CON MASSIMO DEI VOTI | € 1.000,00 |



PRESTAZIONE EROGATA

Entità della prestazione

✓ CONTRIBUTO ACQUISTI LIBRI SCOLASTICI E TESTI UNIVERSITARI PER DIPENDENTI E LORO FIGLI (INDIPENDENTEMENTE DAL NUMERO DI FIGLI)	€ 250/ANNO
✓ CONTRIBUTO ABBONAMENTI MEZZI PUBBLICI PER DIPENDENTI O LORO FIGLI, (INDIPENDENTEMENTE DAL NUMERO DI FIGLI)	€ 150/ANNO
✓ CONTRIBUTO PARTECIPAZIONI CONGRESSI CONFSAL MAX 1 DIPENDENTE PER AGENZIA	€ 200,00
✓ CONTRIBUTO PARTECIPAZIONE CORSI DI FORMAZIONE PER LAVORATORI CON CONTENUTO PROFESSIONALE, LINGUISTICO, ECONOMICO, CULTURALE, TECNOLOGICO	€ 200,00

PRESTAZIONE EROGATA

**Entità
della prestazione**

✓ **CONTRIBUTO ABBONAMENTO ANNUALE A PALESTRA- CIRCOLO SPORTIVO- PISCINA**

**SE COSTO
ABBONAMENTO
MAGGIORE DI EURO 500
RIMBORSO DEL 20%
MAX 100**

✓ **CONTRIBUTO PER DIPENDENTI CON FIGLI, GENITORI O CONIUGI CONVIVENTI DISABILI**

**SE COSTO
ABBONAMENTO
SUPERIORE AD EURO
1000 RIMBORSO DEL
20% MAX 200**

€ 1.000 UNA TANTUM

✓ **CONTRIBUTO BORSA DI STUDIO PER TITOLARI DI LAUREA MAGISTRALE, FIGLI DI DIPENDENTI CHE SI ISCRIVONO AL MASTER DI SPECIALIZZAZIONE**

€ 1.000 UNA TANTUM



DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE

Entro e non oltre il termine di **90 giorni** dal verificarsi dell'evento, dovrà far pervenire all'ente la seguente documentazione

- ❖ Modulo Richiesta Prestazione
- ❖ Copia del Documento d'identità
- ❖ Certificato di nascita/ certificato di decesso/ diploma
- ❖ Ultime 24 quietanze di versamento F24 che attestano il regolare versamento del contributo EB04
- ❖ Riferimenti Iban del dipendente per procedere al relativo accredito

Modulo richiesta prestazioni



**MODULO RICHIESTA
PRESTAZIONI
PER SERVIZI AI LAVORATORI
DIPENDENTI**

NOME		
COGNOME		
NATO A		
IL		
CODICE FISCALE		
INDIRIZZO RESIDENZA	VIA	Civico
	Paese	Provincia
RECAPITI	MAIL	CELL
DATA ASSUNZIONE PRESSO AGENZIA ATTUALE		
CONIUGATO	SI NO.....	
FIGLI	NOME CONIUGE	
	SI NO..... NUMERO FIGLI	
DENOMINAZIONE AGENZIA		

Via Lanzoni, 2 - 20123 Milano - c.f. 95170520100 -
email: info@ebisep.it - pec: ebisep@pec.it - sito web: www.ebisep.it



INDIRIZZO AGENZIA	VIA	Civico
	Paese	Provincia
PARTITA IVA		
RECAPITI AGENZIA	MAIL	TEL
NUMERO DIPENDENTI		
EBISEP CODE REGISTRAZIONE		
DATA DI PRIMA APPLICAZIONE CCNL SNA		

INDICARE LA PRESTAZIONE RICHIESTA

- Assegno per la nascita del figlio € 500,00
- Contributo alla famiglia per il decesso del lavoratore dipendente € 400,00
- Borsa di studio per scuola primaria con massimo del vent' € 250,00
- Borsa di studio per Diploma di Scuola Secondaria di 1° livello con il massimo del vent' € 300,00
- Borsa di studio per Diploma di Scuola Secondaria di 2° livello con il massimo del vent' € 500,00
- Borsa di studio per conseguimento Laurea Triennale o Magistrale con il massimo del vent' € 1.000,00
- Contributo borsa di studio per titoli di laurea Magistrale che si iscrive al master di specializzazione € 1.000,00
(figli lavoratori del lavoratore)

Via Lanzoni, 2 - 20123 Milano - c.f. 95170520100 -
email: info@ebisep.it - pec: ebisep@pec.it - sito web: www.ebisep.it



- Contributo per acquisto libri scolastici e testi universitari per sé o per proprio figlio convivente (massimale annuo) € 100,00
- Contributo per acquisto abbonamenti mezzi pubblici per sé o per proprio figlio convivente (massimale annuo) € 100,00
- Contributo partecipazione Congressi CONSAP - Max 1 DIPENDENTE per agente € 100,00
- Contributo partecipazione corsi di formazione con contenuto professionale, legislativo, economico, culturale e tecnologico (solo per lavoratore) € 100,00
- Contributo abbonamento annuale a palestra – Circolo sportivo – piscina (solo per lavoratore)
 - Se costo abbonamento maggiore di € 500,00 rimborso del 20% Max. € 100,00
 - Se costo abbonamento superiore di € 1000,00 rimborso del 20% Max € 200,00
- Contributo per figli, genitori o coniugi conviventi disabili – LINA TANTONIA € 1.000,00

Entro e non oltre il termine di 90 giorni dal verificarsi dell'evento, il lavoratore dovrà inviare il presente modulo e allegare la seguente documentazione:

- ✓ Copia del Documento d'identità, se la richiesta è per il figlio copia documento di identità anche del figlio
- ✓ Autocertificazione che attesti la regolarità dei versamenti degli ultimi 24 mesi di contribuzione all'Ente Bilaterale Ebisep- Codice Tributo EB04
- ✓ Codice IBAN per procedere al relativo accredito

In base alla prestazione richiesta i seguenti documenti:

- ✓ Copia del certificato di nascita del figlio
- ✓ Copia del certificato di morte del lavoratore
- ✓ Copia della pagella della Scuola primaria
- ✓ Copia del Diploma di Scuola Secondaria di 1° livello
- ✓ Copia del Diploma di Scuola Secondaria di 2° livello
- ✓ Copia del Diploma di Laurea Triennale o Magistrale
- ✓ Copia del Diploma di Laurea Magistrale e dell'iscrizione al Master, stato di famiglia
- ✓ Ricevuta di acquisto [fattura o scontrino fiscale] dei libri scolastici o testi universitari con nominativo dello studente; se la richiesta viene fatta per il figlio, fornire anche stato di famiglia, copia della lista dei libri di testo adottati rilasciata dalla scuola/istituto oppure versamento tasse con specificato l'anno di riferimento, il nominativo dell'allievo e l'istituto frequentato

Via Lanzone, 2 - 20123 Milano - c.f. 95170520100 -
 email: info@ebisep.it - pec: ebisep@pec.it - sito web: www.ebisep.it



- ✓ Ricevuta di acquisto dell'abbonamento ai mezzi pubblici, copia tesserino di viaggio, nominativo dello studente; se la richiesta viene fatta per il figlio, fornire anche stato di famiglia
- ✓ Ricevuta fiscale o fattura albergo, mezzi di trasporto, prove di iscrizione all'Associazione Confai e convocazione del Congresso
- ✓ Ricevuta di iscrizione al corso e giustificativo con valore fiscale (scontrino parlante o fattura/ricevuta fiscale) che attesti l'effettivo pagamento al corso, attestato finale di partecipazione
- ✓ Copia di iscrizione alla palestra, piscina, circolo sportivo, con ricevuta fiscale che attesti il pagamento dell'abbonamento annuale
- ✓ Copia dell'ultima certificazione ASL che attesti l'effettiva disabilità del figlio, genitore, o coniuge

Luogo e data _____

Firma

Compilare e Restituire via E-mail

info@ebisep.it

PARTE RISERVATA ALL'ENTE BILATERALE:

Denuncia ricevuta il _____ / _____ / _____ Regolarità

contributiva: SI / NO

Pagamento effettuato il _____ / _____ / _____

Via Lanzone, 2 - 20123 Milano - c.f. 95170520100 -
 email: info@ebisep.it - pec: ebisep@pec.it - sito web: www.ebisep.it



Per ulteriori informazioni sull'Ente Bilaterale consultare il sito
www.ebisep.it oppure contattare la segreteria dell'ente

E-mail: info@ebisep.it tel:02 8426 8740



ASSICURMED

ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA
(ART. 10)

Con il CCNL rinnovato a febbraio 2018 è stata attivata l' **“Assistenza Sanitaria Integrativa”** che prevede l'iscrizione dei lavoratori dipendenti al Fondo di assistenza sanitaria integrativa denominato Assicurmed allo scopo di erogare prestazioni integrative rispetto a quelle fornite dal **Servizio Sanitario Nazionale**. Tale fondo sarà finanziato attraverso l'erogazione di **€ 18 al mese**, a carico del datore di lavoro, per ogni dipendente a tempo indeterminato o determinato, compresi i lavoratori part-time e con contratto di apprendistato. I contributi dovranno essere versati al Fondo con **periodicità mensile mediante F24**.

Per informazioni: www.assicurmed.com.

ebisep
ENTE BILATERALE SETTORE PRIVATO


Sindacato Nazionale Agenti di Assicurazione

FONDO
ASSICURMED
FONDO INTEGRATIVO DEL S.S.N.



IL PIANO SANITARIO

CONDIZIONI

Le prestazioni riportate si intendono ripetibili, senza limiti alle tariffe indicate fatta eccezione per:

- [codice 05] - Ablazione semplice del tartaro (detartrasi);
- [codice 11] - Estrazione semplice dente e/o radice;
- [codice 12] - Estrazione di dente e/o radice in inclusione ossea o parziale;
- [codice 13] - Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (anche per estrazione chirurgica di 3° molare in disodontiasi, compresa prestazione er eventuali radici ritenute).

Nei suddetti casi infatti le tariffe indicate saranno applicabili solo una volta per anno solare. Dalla seconda prestazione (dalla prima per i familiari) erogata per anno solare e senza limiti le tariffe applicate saranno rispettivamente di:

- [codice 05] - tariffa € 35,00;
- [codice 11] - tariffa € 50,00;
- [codice 12] - tariffa € 90,00;
- [codice 13] - tariffa € 130,00;

ESTENSIONE COPERTURA FAMILIARI

Le garanzie inserite nel piano sanitario potranno essere utilizzate con i limiti previsti anche dai familiari fiscalmente a carico (coniuge, convivente more uxorio e figli) dell'assistito.

Le prestazioni potranno essere erogate esclusivamente nelle strutture del network.

CODICE	PRESTAZIONE	TARIFFA ASSICURMED	TARIFFA MEDIA ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani)	TARIFARIO DI RIFERIMENTO CAO ROMA (Commissione Albo Odontoiatri)
VISITE				
01	Visita odontoiatrica iniziale <i>(compreso stesura del piano di cura e preventivo di spesa)</i>	€ 30,00	€ 75,00	€ 70,00
02	Visita odontoiatrica periodica o di controllo	€ 30,00	€ 75,00	€ 70,00
03	Visita odontoiatrica con intervento d'urgenza	€ 50,00	€ 75,00	€ 70,00
04	Visita odontoiatrica comprensiva di rilievo per impronte per modelli di studio	€ 0,00		
IGIENE ORALE E PARADONTALE				
05*	Ablazione semplice del tartaro (detartrasi) <i>(adulti e bambini)</i>	1 gratuita	€ 85,00	€ 90,00
06	Applicazione topica di fluoro (fluoroprofilassi) <i>(adulti e bambini)</i>	€ 15,00	€ 90,00	N.D.
<i>* gratuita per anno solare per assistito. Dalla seconda e dalla prima per i familiari tariffa di € 35,00 (senza limiti di numero)</i>				
CONSERVATIVA				
07	Otturazione in composito o amalgama (1-2 superfici)	€ 65,00	€ 100,00	€ 130,00
08	Otturazione in composito o amalgama (3-5 superfici)	€ 80,00	€ 110,00	€ 150,00
09	Sigillatura <i>(per ogni dente)</i>	€ 25,00	€ 35,00	€ 50,00
10	Ricostruzione del denti con perni endocanalari <i>(per elemento)</i>	€ 110,00	€ 200,00	€ 200,00
CHIRURGIA				
11**	Estrazione semplice di dente o radice	€ 20,00	€ 95,00	€ 100,00
12**	Estrazione di dente o radice in inclusione ossea parziale	€ 60,00	€ 150,00	€ 150,00
13**	Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale <i>(anche per estrazione chirurgica di 3° molare in disodontiasi, compresa prestazione per eventuali radici ritenute)</i>	€ 100,00	€ 350,00	€ 300,00
14	Intervento di chirurgia endodontica per asportazione di 3° apicale della radice per elemento dentario <i>(qualsiasi numero di radici e compresa chiusura apice chirurgico)</i>	€ 180,00	€ 375,00	€ 350,00

CODICE	PRESTAZIONE	TARIFFA ASSICURMED	TARIFFA MEDIA ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani)	TARIFARIO DI RIFERIMENTO CAO ROMA (Commissione Albo Odontoiatri)
15	Intervento di chirurgia odontoiatrica per esposizione di elemento incluso o per trazione di elementi in infraocclusione o parzialmente erotti (compreso di posizionamento di qualsiasi tipo di vite transmucosa e compresa prestazione ortodontica per l'ancoraggio)	€ 110,00	€ 260,00	€ 300,00
16	Separazione di radici in dente pluriradicolato (a elemento, indipendentemente dal numero di radici e complessivo di tempo chirurgico)	€ 70,00	€ 115,00	N.D.
17	Frenulectomia e/o fenuloplastica (per arcata)	€ 100,00	€ 225,00	€ 150,00
18	Biopsia dei tessuti molli o duri di qualsiasi regione della cavità orale	€ 75,00	€ 150,00	N.D.

** due prestazioni per anno solare per assistito alla tariffa indicata (richiesta radiografia di fine trattamento). Dopo le prime due cumulative per anno e sempre per i familiari (senza limiti di numero) le tariffe saranno: Codice 11 € 50,00 - Codice 12 € 90,00 - Codice 13 € 130,00

RADIOLOGIA				
19	Radiografia endorale (periapicale, oclusale, bitewing) per lastrina	€ 12,00	€ 20,00	€ 30,00
20	Ortopantomografia di una o entrambe le arcate dentarie (OPT)	€ 30,00	€ 60,00	€ 60,00
21	RX telecranio antero-posteriore o laterale del cranio e delle ossa facciali	€ 35,00	€ 60,00	€ 60,00
PARADONTOOGIA				
22	Scaling e root planning per emiarcata	€ 65,00	€ 220,00	€ 280,00
23	Lembo gengivale semplice (scaling e root planning a cielo aperto) compreso qualsiasi tipo di lembo e relativa sutura (per emiarcata)	€ 180,00	€ 240,00	€ 400,00
24	Lembo muco gengivale con riposizionamento apicale - courettage a cielo aperto (per emiarcata)	€ 200,00	€ 375,00	€ 600,00
25	Gengivectomia per dente (massimo 5 denti oltre considerata emiarcata)	€ 30,00	€ 240,00 (per emiarcata)	€ 600,00

CODICE	PRESTAZIONE	TARIFFA ASSICURMED	TARIFFA MEDIA ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani)	TARIFARIO DI RIFERIMENTO CAO ROMA (Commissione Albo Odontoiatri)
26	Gengivectomia chirurgica (per emiarcata)	€ 175,00	€ 260,00	€ 600,00
27	Legature dentali extracoronali - splintaggio (per emiarcata)	€ 130,00	€ 200,00	€ 450,00
28	Rizectomia (per elemento dentario indipendentemente dal numero di radici estratte)	€ 100,00	€ 200,00	€ 200,00
29	Intervento di chirurgia ossea (resettiva o allungamento di corona clinica o rigenerativa, trattamento completo incluso) (per emiarcata)	€ 280,00	€ 550,00	€ 750,00
30	Utilizzo di materiali biocompatibili (trattamento completo incluso qualsiasi tipo di lembo e sutura) (per emiarcata)	€ 200,00	€ 300,00	€ 950,00
ENDODONZIA				
31	Terapia endodontica radicolare monocanalare (compresa RX endorale e otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica)	€ 90,00	€ 140,00	€ 250,00
32	Terapia endodontica radicolare bicanalare per elemento (compresa RX endorale e otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica)	€ 150,00	€ 220,00	€ 300,00
33	Terapia endodontica radicolare tricanalare o più di tre canali radicolari (compresa RX endorale e otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica)	€ 200,00	€ 300,00	€ 400,00
34	Ritrattamento endodontico (per elemento) comprensivo dell'otturazione della cavità di accesso, ricostruzione coronale pre-endodontica e radiografie intraorali	€ 100,00	€ 150,00	€ 200,00
35	Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) parziale o totale e otturazione della camera pulpare, qualsiasi numero di canali	€ 70,00	€ 225,00	N.D.
PROTESI				
36	Protesi totale definitiva in resina o ceramica (per arcata)	€ 850,00	€ 1.250,00	€ 1.500,00

CODICE	PRESTAZIONE	TARIFFA ASSICURMED	TARIFFA MEDIA ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani)	TARIFARIO DI RIFERIMENTO CAO ROMA (Commissione Albo Odontoiatri)
37	Protesi totale immediata (per arcata)	€ 700,00	€ 800,00	€ 900,00
38	Protesi parziale definitiva in resina o ceramica compresi ganci ed elementi dentari (per emiarcata)	€ 400,00	€ 1.350,00	€ 1.800,00
39	Struttura parziale rimovibile provvisoria di qualsiasi tipo completa di ganci ed elementi dentari	€ 280,00	€ 850,00	€ 560,00
40	Scheletro in lega di qualsiasi tipo completa di elementi dentari (per arcata)	€ 800,00	€ 1.550,00	€ 1.800,00
41	Gancio su scheletrato	€ 40,00	€ 65,00	N.D.
42	Attacco di precisione di qualsiasi tipo di lega o controfre- saggi in lega prezios o coppette radicolari	€ 150,00	€ 275,00	€ 300,00
43	Riparazione protesi	€ 60,00	€ 185,00	€ 80,00
44	Aggiunta di elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato	€ 55,00	€ 110,00	€ 140,00
45	Ribassamento definitiva protesi totale (tecnica diretta o indiretta) (per arcata)	€ 150,00	€ 225,00	€ 250,00
46	Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo ele- mento/pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte	€ 45,00	€ 100,00	€ 80,00
47	Ricostruzione moncone protesico, per elemento (qualsiasi materiale)	€ 140,00	€ 200,00	€ 180,00
48	Intarsi in qualsiasi materiale (anche prezioso) inlay-on- lay-overlay per elemento (compreso provvisorio)	€ 280,00	€ 412,00	€ 600,00
49	Corona protesica provvisoria semplice in resina o armata	€ 60,00	€ 162,50	€ 150,00
50	Elemento in resina provvisorio rinforzato (qualsiasi tipo di provvisorio rinforzato) (per elemento)	€ 80,00	€ 210,00	€ 200,00
51	Corona protesica in L.N.P. e ceramica o L.P. e faccetta in resina anche fresata o metallo composito (per elemento)	€ 400,00	€ 550,00	€ 900,00

CODICE	PRESTAZIONE	TARIFFA ASSICURMED	TARIFFA MEDIA ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani)	TARIFARIO DI RIFERIMENTO CAO ROMA (Commissione Albo Odontoiatri)
52	Corona il L.P. e ceramica o metal free o A.G.C. e porcellana (per elemento)	€ 600,00	€ 850,00	€ 900,00
53	Elemento a giacca in resina (per elemento definitivo)	€ 240,00	€ 350,00	N.D.
54	Perno moncone con perno in L.P. o L.N.P. o ceramico in fibra di carbonio (per elemento)	€ 180,00	€ 225,00	€ 400,00
GNATOLOGIA				
55	Molaggio selettivo parziale o totale (massimo 1 a seduta)	€ 90,00	€ 175,00	€ 100,00
56	Bite plane o Orto bite o Bite guardie	€ 300,00	€ 600,00	€ 450,00
ORTOGNATODONZIA				
57***	Visita ortodontica comprensiva di rilievo per impronte per modelli di studio	gratuito	€ 80,00	€ 400,00
58	Terapia ortodontica con apparecchiature fisse (per arcata per anno compreso esame cefalometrico) (non si somma alla terapia ortodontica compresa nella terapia)	€ 1.000,00	€ 1.395,00	€ 3.000,00
59	Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzio- nali (per arcata per anno compreso esame cefalometrico) (non si somma alla terapia ortodontica compresa nella terapia)	€ 700,00	€ 2.130,00	€ 2.500,00
60	Terapia ortodontica di mantenimento per contenzione fissa o mobile indipendentemente dal numero di arcate (massimo una volta all'anno)	€ 300,00	€ 515,00	€ 450,00
*** compresa nella terapia ortodontica				
IMPLANTOLOGIA				
61	Impianto osteointegrato (incluso pilastro prefabbricato)	€ 1.000,00	€ 1.280,00	€ 1.400,00

CODICE	PRESTAZIONE	TARIFFA ASSICURMED	TARIFFA MEDIA ANDI <small>(Associazione Nazionale Dentisti Italiani)</small>	TARIFARIO DI RIFERIMENTO CAO ROMA <small>(Commissione Albo Odontoiatri)</small>
62	Intervento per aumento verticale e/o orizzontale del processo alveolare residuo con innesto osso autologo nel seno mascellare (prelievo intraorale) e/o inserimento di qualsiasi tipo di materiale biocompatibile o intervento per ampliamento orizzontale e/o verticale di cresta mandibolare o mascellare con innesto di osso autologo e/o inserimento di qualsiasi tipo di materiale biocompatibile o apertura di seno mascellare per complicanze post-estrattive, per presenza di corpo estraneo, ecc... <i>(per emiarcata)</i>	€ 700,00	€ 1.225,00	€ 1.500,00



FONDI DI FORMAZIONE INTERPROFESSIONALE

(ART 8)

Viene confermata l'adesione al Fondo di formazione continua **FONARCOM** (invariato) o **FORMAZIENDA** (invariato), eliminando il riferimento al Fondo FONDOFUTURO che non ha mai iniziato l'attività (art. 8 formazione professionale).

Procedura di adesione:

- 1) Informare il Consulente del Lavoro dell'adesione ad un fondo;
- 2) Il Consulente provvederà a comunicare all'INPS l'adesione tramite la denuncia Uniemens: Codici **FARC** (Fonarcom), **FORM** (Formazienda).

A BREVE VERRANNO DIRAMATE LE ISTRUZIONI ATTRAVERSO UNA CIRCOLARE SNA

ebisep
ENTE BILATERALE SETTORE PRIVATO


Sindacato Nazionale Agenti di Assicurazione

**Fon
AR
Com**



**Dai voce
alla formazione**



PER INFORMAZIONI SUL CCNL SCRIVERE A
INFOCCNL2014@GMAIL.COM

Gli Agenti dovranno identificarsi inserendo:

- nominativo/ragione sociale, codice identificativo di iscrizione ID,
numero di telefono,
- ricevuta della quota di iscrizione/rinnovo anno 2019.