

REGOLAMENTAZIONE COMUNE

relativa alla copertura dei rischi di malattia dei funzionari
delle Comunità europee

L'ISTITUZIONE,

visto lo statuto dei funzionari delle Comunità europee nonché il regime applicabile agli altri agenti di tali Comunità, stabiliti dal regolamento (CEE, Euratom, CECA) n. 259/68¹ e modificati da ultimo dal regolamento (CEE, Euratom, CECA) n. 723/2004², in particolare l'articolo 72 di detto statuto e l'articolo 28 di detto regime,

vista la regolamentazione relativa alla copertura dei rischi di malattia dei funzionari delle Comunità europee, in particolare l'articolo 30,

visto il parere del comitato dello statuto,

visto il parere del comitato di gestione dell'assicurazione malattia,

¹ GU L 56 del 4 marzo 1968, pag. 1

² GU L 124 del 22 aprile 2004, pag. 1.

considerando che spetta alle istituzioni delle Comunità europee adottare, di comune accordo, una regolamentazione relativa alla copertura dei rischi di malattia applicabile ai funzionari delle Comunità,

visto l'accordo comune delle istituzioni delle Comunità europee ¹,

HA ADOTTATO LA PRESENTE REGOLAMENTAZIONE :

PARTE PRIMA
DISPOSIZIONI GENERALI
TITOLO I
OGGETTO

Articolo 1

A norma dell'articolo 72 dello statuto, è istituito un regime comune di assicurazione malattia (RCAM) alle istituzioni delle Comunità europee. Tale regime garantisce ai beneficiari, nei limiti ed alle condizioni previste dalla presente regolamentazione e dalle disposizioni generali di esecuzione adottate ai sensi dell'articolo 52, il rimborso delle spese causate da malattia, infortunio o maternità, nonché il versamento di un'indennità per le spese di funerale.

¹ La presente regolamentazione è stata adottata da tutte le istituzioni il cui accordo comune è stato constatato dal presidente della Corte di giustizia della Comunità europea il 24.11.2005.

I beneficiari sono gli affiliati e le persone assicurate loro tramite.

Qualsiasi riferimento della presente regolamentazione alle istituzioni si applica anche alle agenzie comunitarie.

TITOLO II

GLI AFFILIATI

CAPITOLO 1

DISPOSIZIONI COMUNI

Articolo 2

Affiliazione

1. Sono affiliati al presente regime:

- il funzionario,
- l'agente temporaneo,
- l'agente contrattuale qualora non abbia chiesto di continuare ad essere coperto dall'assicurazione malattia del paese nel quale è stato coperto per l'ultima volta, conformemente alle disposizioni previste all'articolo 112 del regime applicabile agli altri agenti.

2. Sono affiliate al presente regime, alle condizioni stabilite dal loro trattamento economico, le seguenti persone, in attività o dopo la cessazione dalle funzioni:
- il presidente, i vicepresidenti ed i membri della Commissione,
 - il presidente, i giudici, gli avvocati generali ed il cancelliere della Corte di giustizia,
 - il presidente, i membri ed il cancelliere del Tribunale di primo grado,
 - il presidente e i membri della Corte dei conti,
 - il mediatore europeo,
 - il garante europeo ed il garante aggiunto europeo della protezione dei dati.
3. Sono affiliati al presente regime:
- gli ex funzionari ed agenti temporanei beneficiari di una pensione di anzianità,
 - gli ex agenti contrattuali beneficiari di una pensione d'anzianità, a condizione di essere stati impiegati per più di tre anni in qualità di agente contrattuale,
 - i beneficiari di una pensione d'invalidità o di una indennità d'invalidità,

- le persone che hanno cessato definitivamente il servizio ai sensi dei regolamenti 259/68, 2530/72¹, 1543/73², 2150/82³, 1679/85⁴, 3518/85⁵, 2274/87⁶, 1857/89⁷, 2688/95⁸, 2689/95⁹,
- le persone che hanno cessato definitivamente il servizio ai sensi dei regolamenti 1746/02¹⁰, 1747/02¹¹ e 1748/02¹² del Consiglio, sempreché non percepiscano redditi da un'attività professionale lucrativa,
- i beneficiari di una pensione di anzianità anticipata o differita, a condizione che non esercitino un'attività professionale lucrativa,
- i funzionari, gli agenti temporanei e gli agenti contrattuali in posizioni di aspettativa per motivi personali, a loro richiesta e a condizione che non esercitino un'attività professionale lucrativa.

4. Sono affiliati al presente regime:

- il coniuge superstite o il partner riconosciuto superstite titolare di una pensione di reversibilità;
- il coniuge superstite o il partner riconosciuto superstite di una delle persone di cui al paragrafo 2, alle condizioni stabilite dal suo trattamento economico,
- il coniuge divorziato superstite titolare di una pensione di reversibilità,
- il titolare di una pensione di orfano, a domanda sua o del suo rappresentante legale, qualora non possa essere coperto tramite un affiliato.

¹ GU L 272 del 5.12.1972, pag. 1.
² GU L 155 dell'11.6.1973, pag. 1.
³ GU L 228 del 4.8.1982, pag. 1.
⁴ GU L 162 del 21.6.1985, pag. 1.
⁵ GU L 335 del 13.12.1985, pag. 56.
⁶ GU L 209 del 31.7.1987, pag. 1.
⁷ GU L 181 del 28.6.1989, pag. 2.
⁸ GU L 280 del 23.11.1995, pag. 1.
⁹ GU L 280 del 23.11.1995, pag. 4.
¹⁰ GU L 264 del 2.10.2002, pag. 1.
¹¹ GU L 264 del 2.10.2002, pag. 5.
¹² GU L 264 del 2.10.2002, pag. 9.

Articolo 3

Contributi

1. L'aliquota del contributo al presente regime è pari al 5,1% dello stipendio base, della pensione di anzianità, della pensione o dell'indennità d'invalidità, della pensione di reversibilità o di orfano, dell'indennità di cui ai regolamenti 1746/2002, 1747/2002 e 1748/2002 del Consiglio, nella misura di un terzo a carico dell'affiliato e di due terzi a carico delle istituzioni e degli organi interessati.

Nel caso del titolare di una pensione di anzianità o di una pensione di reversibilità, il contributo non può essere inferiore a quello calcolato sullo stipendio base di grado 1, primo scatto¹.

2. Nel caso di congedo parentale o per motivi familiari, il contributo è calcolato sull'ultimo stipendio base ed è interamente a carico dell'istituzione o dell'organo interessato.

Nel caso di congedo parentale o per motivi familiari sotto forma di lavoro a metà tempo, il contributo a carico dell'istituzione o dell'organo interessato è calcolato sulla differenza tra lo stipendio base integrale e lo stipendio base proporzionalmente ridotto.

Per la parte dello stipendio base effettivamente versata, il contributo dell'affiliato è calcolato secondo le stesse percentuali applicabili in caso di lavoro a tempo pieno.

3. Nel caso di lavoro a orario ridotto, il contributo è calcolato sullo stipendio base integrale dell'affiliato secondo la ripartizione prevista al paragrafo 1.

¹ Per il periodo 1° maggio 2004 - 30 aprile 2006: grado D*1, primo scatto

4. Nel caso di aspettativa per motivi personali, l'affiliato può mantenere la copertura del presente regime, sempreché versi i contributi al regime medesimo nella misura della metà calcolata sull'ultimo stipendio base attualizzato corrispondente al suo scatto nel suo grado per il primo anno di aspettativa e nella misura del totale a decorrere dal secondo anno.
5. Nel caso di congedo per servizio militare l'affiliato non è coperto dal presente regime. Tuttavia le persone assicurate suo tramite mantengono la copertura alle seguenti condizioni:
- nel caso di cui all'articolo 42, secondo comma, dello statuto, senza che l'affiliato sia tenuto a versare contributi;
 - nel caso di cui all'articolo 42, terzo comma, dello statuto, sempreché l'affiliato versi il suo contributo calcolato sull'ultimo stipendio base attualizzato corrispondente al suo scatto nel suo grado.

Articolo 4

Affiliazione obbligatoria ad un altro regime d'assicurazione malattia

Quando un funzionario, un agente temporaneo o un agente contrattuale è distaccato in un paese dove, a norma della legislazione locale, è soggetto a un regime obbligatorio di assicurazione contro i rischi di malattia, i contributi dovuti a tale titolo sono integralmente versati dall'istituzione di cui fa parte l'interessato. In questo caso è applicabile l'articolo 22.

CAPITOLO 2

DISPOSIZIONI SPECIFICHE APPLICABILI AI FUNZIONARI

Articolo 5

Comando senza assegni

Il funzionario che si trova nella posizione di comando senza assegni, di cui all'articolo 39, lettera f, dello statuto, può mantenere la copertura del presente regime fino alle dimissioni d'ufficio, sempreché versi il totale dei contributi calcolati sullo stipendio base attualizzato corrispondente al suo scatto nel suo grado.

Articolo 6

Disponibilità e dispensa dall'impiego

1. Il funzionario che beneficia di un'indennità di cui agli articoli 41 o 50 dello statuto può mantenere la copertura del presente regime a condizione
 - che non eserciti alcuna attività professionale lucrativa
 - e che versi i contributi al presente regime nella misura di un terzo calcolato sull'ultimo stipendio base attualizzato corrispondente al suo scatto nel suo grado.

Il funzionario può essere nuovamente coperto dal presente regime a sua domanda scritta debitamente motivata, alla cessazione di qualsiasi attività professionale lucrativa.

2. Il funzionario che non percepisce né un'indennità di cui agli articoli 41 o 50 dello statuto, né una pensione, può mantenere la copertura del presente regime a condizione
- che non eserciti alcuna attività professionale lucrativa
 - e che versi i contributi al presente regime nella misura della metà calcolata sull'ultimo stipendio base attualizzato corrispondente al suo scatto nel suo grado per i primi sei mesi e nella misura del totale a decorrere dal settimo mese.

Il funzionario può essere nuovamente coperto dal presente regime a sua domanda scritta debitamente motivata, alla cessazione di qualsiasi attività professionale lucrativa.

Articolo 7

Cessazione definitiva dal servizio

Il funzionario che ha lasciato definitivamente il servizio può mantenere la copertura del presente regime per un periodo massimo di sei mesi a condizione:

- che non eserciti alcuna attività professionale lucrativa
- e che versi i contributi al presente regime nella misura della metà calcolata sull'ultimo stipendio base attualizzato corrispondente al suo scatto nel suo grado.

La richiesta di copertura deve essere presentata prima della fine del primo mese successivo alla data della cessazione definitiva dal servizio.

Queste condizioni non si applicano in caso di malattia grave o prolungata contratta prima della cessazione dal servizio e dichiarata all'istituzione prima dello scadere del periodo di sei mesi di cui al primo comma, sempreché l'interessato si sottoponga al controllo medico prescritto dall'istituzione.

Articolo 8

Perdita della retribuzione

Il funzionario che perde il diritto alla retribuzione in caso di assenza irregolare o provvedimento disciplinare può mantenere la copertura del presente regime a sua domanda scritta entro il mese successivo alla data della decisione, a condizione che versi i contributi nella misura di un terzo calcolato sull'ultimo stipendio base attualizzato corrispondente al suo scatto nel suo grado.

Articolo 9

Licenziamento per insufficienza professionale

Il funzionario che beneficia di un'indennità di cui all'articolo 51 dello statuto può mantenere la copertura del presente regime per la durata della corresponsione dell'indennità, a condizione:

- che non eserciti alcuna attività professionale lucrativa,
- e che versi i contributi al presente regime nella misura della metà calcolata sull'ultimo stipendio base attualizzato corrispondente al suo scatto nel suo grado.

CAPITOLO 3

DISPOSIZIONI SPECIFICHE APPLICABILI AGLI AGENTI TEMPORANEI E AGLI AGENTI CONTRATTUALI

Articolo 10

Dimissioni – scadenza del contratto

L'agente che si è dimesso o cui è scaduto il contratto può mantenere la copertura del presente regime per un periodo massimo di sei mesi a condizione:

- che dimostri di non poter ottenere rimborsi a titolo di un'altra assicurazione malattia istituita per legge o regolamento,
- e che versi i contributi al presente regime nella misura della metà calcolata sull'ultimo stipendio base attualizzato corrispondente al suo scatto nel suo grado.

La richiesta di copertura deve essere presentata prima della fine del primo mese successivo alla data delle dimissioni o della scadenza del contratto.

Queste condizioni non si applicano in caso di malattia grave o prolungata contratta prima della cessazione del servizio e dichiarata all'istituzione prima della scadenza del periodo di sei mesi di cui al primo comma, sempreché l'interessato si sottoponga al controllo medico prescritto dall'istituzione.

Articolo 11

Disoccupazione

L'agente che beneficia delle indennità di disoccupazione comunitarie è coperto dal presente regime per la durata della corresponsione delle indennità.

Questa copertura di tipo complementare non è soggetta a contribuzione.

L'agente può essere coperto a titolo primario dal presente regime su sua domanda scritta debitamente motivata in caso d'impossibilità di copertura da parte di un altro regime di assicurazione malattia istituito per legge o regolamento.

TITOLO III

GLI ASSICURATI TRAMITE GLI AFFILIATI

CAPITOLO 1

IL CONIUGE ED IL PARTNER RICONOSCIUTO

Articolo 12

Assicurati

Sono assicurati tramite l'affiliato, alle condizioni di cui agli articoli 13 e 14:

- il coniuge dell'affiliato, a condizione che non sia egli stesso affiliato al presente regime,

- il partner riconosciuto dell'affiliato, anche se non si trova nella condizione di cui all'articolo 1, paragrafo 2, lettera c), punto iv), dell'allegato VII dello statuto,
- il coniuge o il partner riconosciuto, in situazione di aspettativa per motivi personali come previsto dallo Statuto.

Articolo 13

Copertura primaria

L'assicurato è coperto a titolo primario del presente regime se non dispone di redditi propri di origine professionale, o se questi sono troppo limitati per consentirgli di essere coperto da un altro regime obbligatorio d'assicurazione malattia istituito per legge o regolamento.

Sono considerati redditi di origine professionale i salari, gli stipendi, gli onorari, gli emolumenti, gli assegni, le indennità o pensioni dovuti ad un'attività professionale in corso o precedente, esclusi gli assegni o le indennità per spese.

Articolo 14

Copertura complementare

1. Se l'assicurato dispone di redditi di origine professionale, può essere coperto a titolo complementare dal presente regime a condizione:
 - che i suoi redditi annuali imponibili, al lordo dell'imposta ed al netto dei contributi sociali e delle spese professionali, non siano superiori alla retribuzione di base di un funzionario di grado 2, primo scatto¹, cui si applichi il coefficiente correttore stabilito per il paese in cui i redditi vengono percepiti,

¹ Per il periodo 1° maggio 2004 - 30 aprile 2006: grado C*2, primo scatto

- e che sia globalmente coperto contro gli stessi rischi a norma di altre disposizioni di legge o regolamento.
2. Affinché l'assicurato possa continuare a beneficiare della copertura complementare del presente regime, ogni anno prima della fine del primo semestre l'affiliato è tenuto fornire la prova dei redditi percepiti dal coniuge o dal partner riconosciuto a titolo del precedente anno fiscale o civile.
 3. L'affiliato è tenuto a segnalare qualsiasi cambiamento verificatosi nella situazione professionale del coniuge o del partner riconosciuto che possa comportare eventuali modifiche del diritto alla copertura a titolo del presente regime.

Articolo 15

Divorzio - fine dell'unione

1. Il coniuge divorziato di un affiliato o il suo partner riconosciuto, la cui condizione di partner dell'unione di fatto si è interrotta, può essere coperto dal presente regime per un periodo massimo di dodici mesi a decorrere dalla data ufficiale del divorzio o della rottura dell'unione e sempreché non eserciti un'attività professionale lucrativa.
2. In caso di decesso dell'affiliato, il partner riconosciuto assicurato suo tramite, che non possa beneficiare di una pensione di reversibilità, mantiene la copertura a titolo del presente regime alle condizioni di cui al paragrafo 1.

CAPITOLO 2

LE PERSONE A CARICO

Articolo 16

Figlio a carico

1. Il figlio a carico ai sensi dell'articolo 2 dell'allegato VII dello statuto è coperto dal presente regime.

Se le cure mediche del figlio a carico possono essere prese a carico da un altro regime di assicurazione malattia istituito per legge o regolamento, il regime comune interviene a titolo di regime complementare.

2. I limiti d'età e le eccezioni relativi al riconoscimento della qualità di figlio a carico sono definiti all'articolo 2, paragrafo 3, lettera b), e paragrafo 5 dell'allegato VII dello statuto.

3. Il figlio a carico non è coperto dal presente regime durante il periodo del servizio militare o civile .

A questo figlio può essere concessa la copertura oltre ai 26 anni per un periodo massimo di 12 mesi sempre che non eserciti un'attività professionale lucrativa.

Articolo 17

Altre persone a carico dell'affiliato

La persona riconosciuta a carico dell'affiliato ai sensi dell'articolo 2, paragrafo 4, dell'allegato VII dello statuto può essere coperta dal presente regime, sempreché non possa essere coperta da un altro regime di assicurazione malattia istituito per legge o regolamento.

Articolo 18

Proroga

Se non esercita un'attività professionale lucrativa, il beneficiario può mantenere la copertura del presente regime per una durata massima di dodici mesi a decorrere:

- dalla data in cui perde la qualità di figlio a carico o di persona assimilata ad un figlio a carico;
- dalla data in cui perde il diritto alla pensione di orfano.

PARTE SECONDA

RIMBORSO

TITOLO I

PRINCIPIO

Articolo 19

Libera scelta

1. I beneficiari del presente regime sono liberi di scegliere il medico e gli istituti di cura.
2. Il principio della libera scelta non comporta automaticamente il rimborso delle spese di trasporto o di viaggio che ne derivano; le norme di rimborso di questo tipo di spese sono stabilite nelle disposizioni generali di esecuzione.
3. La libera scelta si applica ai beneficiari della complementarietà solo dopo che si sono avvalsi delle possibilità del regime primario.

TITOLO II

NORME

Articolo 20

Norme generali di rimborso

1. Allo scopo di preservare l'equilibrio finanziario del regime comune di assicurazione malattia e conformemente al principio di copertura previdenziale di cui all'articolo 72 dello Statuto, nelle disposizioni generali di esecuzione possono essere fissati massimali di rimborso di talune prestazioni.

Se le spese sostenute dall'affiliato sono inferiori al massimale, il rimborso viene calcolato in base alla spesa sostenuta.

2. In caso di prestazioni prive di massimale di rimborso, la parte di spese considerata eccessiva rispetto ai costi normali del paese ove le spese sono state sostenute non dà luogo a rimborso. La parte di spese considerata eccessiva è stabilita caso per caso dall'ufficio di liquidazione, previo parere del medico di fiducia.

3. Le spese relative alle cure considerate non funzionali o non necessarie dall'ufficio di liquidazione, previo parere del medico di fiducia, non danno luogo a rimborso.

4. Le spese relative a prestazioni non previste dalle disposizioni generali di esecuzione della presente regolamentazione possono essere rimborsate all'80%, previo parere del medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione. Queste informazioni vengono regolarmente comunicate agli affiliati.

5. Per garantire parità di trattamento delle prestazioni liquidate in qualsiasi Stato membro dell'Unione europea, ogni due anni il Collegio dei capi dell'amministrazione, previo parere del Comitato di gestione, fissa i coefficienti di eguaglianza. Tali coefficienti vengono comunicati agli affiliati.

6. Conformemente all'articolo 72, paragrafo 1, dello Statuto le spese sono rimborsate al 100% in caso di tubercolosi, poliomielite, cancro, malattie mentali ed altre riconosciute di gravità comparabile dall'autorità che ha il potere di nomina, previo parere del medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione.

Tale parere viene formulato sulla base dei criteri generali fissati nelle disposizioni generali di esecuzione, previa consultazione del consiglio medico.

Sono rimborsate al 100% anche le spese relative agli esami di diagnosi precoce, di cui alle disposizioni generali di esecuzione, e le spese di parto.

Tuttavia, allo scopo di preservare l'equilibrio finanziario del regime e conformemente al principio di copertura previdenziale di cui all'articolo 72 dello Statuto, a titolo eccezionale talune prestazioni possono essere soggette a massimali speciali di rimborso fissati nelle disposizioni generali di esecuzione.

7. I rimborsi previsti al 100% non si applicano in caso di malattia professionale o di infortunio che abbiano comportato l'applicazione dell'articolo 73 dello Statuto.

Articolo 21

Norme particolari di rimborso delle prestazioni esterne all'Unione europea

1. Le spese sostenute in un paese esterno all'Unione europea con costi particolarmente elevati sono soggette ad una riduzione mediante applicazione di un coefficiente di entità rimborsabile, che consente di applicare i tassi di rimborso su un importo di spese reso confrontabile alla media dei costi dei paesi dell'Unione europea.

I coefficienti sono stabiliti in base ad indici ufficiali dei costi sanitari confrontabili tra i vari paesi. Essi vengono periodicamente rivisti e comunicati agli affiliati.

2. Il coefficiente di entità rimborsabile non si applica se l'importo del rimborso sulle spese sostenute è uguale o inferiore al massimale di rimborso di cui all'articolo 20, paragrafo 1, e all'articolo 20, paragrafo 6, quarto comma.

3. In assenza di trattamento terapeutico equivalente nell'Unione europea, in caso di emergenza sanitaria o per gli affiliati pensionati che vivono in tale paese, viene corrisposto un rimborso complementare che consente di raggiungere un rimborso effettivo del 50% del totale delle spese realmente sostenute se, dopo l'applicazione del coefficiente d'entità rimborsabile, la parte di spese non rimborsate dal regime supera il 50% delle spese effettivamente sostenute.

Tale rimborso complementare non si applica alle prestazioni soggette ai massimali di rimborso di cui all'articolo 20, paragrafo 1 e paragrafo 6, quarto comma.

4. In caso di malattia grave di cui all'articolo 20, paragrafo 6, ed in assenza di trattamento terapeutico equivalente nell'Unione europea, l'ufficio di liquidazione, previo parere del medico di fiducia sull'autorizzazione preventiva, non applica il coefficiente di entità rimborsabile.

Articolo 22

Rimborsi ottenuti a titolo di un altro regime di assicurazione malattia

1. L'affiliato che abbia diritto per sé o per una persona assicurata suo tramite al rimborso delle spese a titolo di un'altra assicurazione malattia istituita per legge o regolamento, è tenuto a:

- a) dichiararlo all'ufficio di liquidazione;
- b) chiedere od eventualmente far chiedere in via prioritaria il rimborso previsto dall'altro regime.

Se comunque esiste l'obbligo di versare i contributi a due regimi, gli affiliati al presente regime possono scegliere quello al quale rivolgersi per il rimborso delle prestazioni di cui hanno beneficiato, fermo restando che il regime comune interviene quale regime complementare nei casi in cui non interviene come regime primario;

- c) di unire a ciascuna domanda di rimborso presentata ai sensi del presente regime un attestato originale e particolareggiato, accompagnato da documenti giustificativi, dei rimborsi che l'affiliato o la persona assicurata suo tramite ha ottenuto a titolo dell'altro regime.

2. Il regime comune interviene nel rimborso delle prestazioni quale regime complementare, sempre che l'altro regime sia preventivamente intervenuto per le prestazioni da esso coperte.

Se una prestazione non è coperta dal regime primario, mentre lo è dal regime comune, quest'ultimo interviene come regime primario.

3. Se il totale dei rimborsi di cui beneficia l'affiliato o una persona assicurata suo tramite supera il rimborso previsto dal presente regime, la differenza viene dedotta dall'importo rimborsabile da quest'ultimo.

Non sono inclusi nel calcolo i rimborsi ottenuti a titolo di un'assicurazione complementare privata contro le malattie, destinata a coprire la parte di spese non rimborsabile dal presente regime.

Articolo 23

Esclusione di talune spese dal rimborso

1. Quando, in seguito all'esame medico di assunzione, un agente temporaneo o un agente contrattuale è escluso dal beneficio del rimborso di talune spese, ai sensi dell'articolo 28, secondo comma, e dell'articolo 93 del regime applicabile agli altri agenti, il risultato di tale esame viene trasmesso al medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione; il medico di fiducia precisa all'ufficio di liquidazione quali prestazioni non danno luogo al rimborso delle relative spese.

2. Al termine di due anni dall'assunzione dell'agente temporaneo o dell'agente contrattuale, l'autorità che ha il potere di concludere i contratti d'impiego dell'istituzione da cui dipende l'interessato può revocare la decisione di escludere se, a parere del medico di fiducia dell'istituzione, la malattia o l'infermità non ha presentato sviluppi eccezionali durante tale periodo.

Articolo 24

Rimborso speciale

1. Ai sensi dell'articolo 72, paragrafo 3, dello statuto, possono essere accordati rimborsi speciali sulla parte di spese non rimborsata, sempre che tali spese non superino:

- del 50% il costo corrispondente al 100% dei massimali di rimborso di cui all'articolo 20, paragrafo 1 e all'articolo 20, paragrafo 6, quarto comma;
- e per le prestazioni prive di massimale di rimborso, del 50% l'importo corrispondente al 100% delle spese effettivamente rimborsate secondo i tassi in vigore, escluso il rimborso complementare di cui all'articolo 21, paragrafo 3, previa applicazione dell'articolo 20, paragrafo 2, e/o dell'articolo 21, paragrafo 1.

La soglia di superamento del 50% si calcola dopo l'eventuale applicazione del coefficiente di eguaglianza di cui all'articolo 20, paragrafo 5.

Per determinare il rimborso speciale non possono venir prese in considerazione alcune prestazioni soggette ai massimali di rimborso di cui all'articolo 20, paragrafo 1 e all'articolo 20, paragrafo 6, quarto comma. L'elenco di tali prestazioni figura nelle disposizioni generali di esecuzione della presente regolamentazione.

2. Quando la parte non rimborsata delle spese considerate non eccessive e rientranti nel campo d'applicazione delle disposizioni generali di esecuzione della presente regolamentazione e sostenute dall'affiliato per sé e per le persone assicurate suo tramite supera, in un periodo di 12 mesi, la metà della media dei redditi mensili di base di origine statutaria percepiti durante tale periodo, il rimborso speciale di cui all'articolo 72, paragrafo 3, dello statuto è determinato nel modo seguente:

la parte non rimborsata delle suddette spese che supera la metà della media dei redditi mensili di base di origine statutaria è rimborsata al tasso:

- del 90% quando si tratta di un affiliato che non ha persone assicurate suo tramite;
- del 100% negli altri casi.

3. Nel caso degli affiliati che non hanno più diritto ad uno stipendio o un'indennità, il calcolo dell'entità del rimborso speciale si effettua in base alla metà dell'ultimo stipendio mensile di base percepito o dell'ultima indennità mensile percepita.

4. Quando i coniugi o i partner riconosciuti sono entrambi affiliati al presente regime, essi possono di comune accordo optare per il cumulo delle quote non rimborsate delle loro spese mediche a condizione che:

- ciò avvenga a nome del coniuge o del partner affiliato che ha il reddito statutario di base più elevato;

- l'altro coniuge o partner rinunci a presentare separatamente una domanda di rimborso speciale;
 - il periodo di 12 mesi preso in considerazione sia il medesimo per i due coniugi o partner.
5. La decisione inerente a qualsiasi domanda di rimborso speciale viene presa:
- dall'autorità avente potere di nomina dell'istituzione da cui l'interessato dipende, in base ad un parere dell'ufficio di liquidazione formulato in conformità dei criteri generali stabiliti dal Comitato di gestione, previa consultazione del consiglio medico, e relativi al carattere eventualmente eccessivo delle spese sostenute;
 - oppure dall'ufficio di liquidazione, in base ai medesimi criteri, qualora sia stato a tal fine designato dalla suddetta autorità.

Articolo 25

Indennità forfetaria per spese di funerale

Le seguenti persone beneficiano di un'indennità forfetaria per spese di funerale, nella misura fissata dalle disposizioni generali di esecuzione della regolamentazione:

- a) in caso di decesso di una persona assicurata suo tramite o in caso di figlio nato morto: l'affiliato;
- b) in caso di decesso dell'affiliato: il coniuge, il partner riconosciuto, i figli o, se non esistono, qualsiasi altra persona che provi di aver pagato le spese funerarie.

TITOLO III

PROCEDURE

Articolo 26

Iscrizione

1. I beneficiari sono iscritti presso l'ufficio centrale e presso un ufficio di liquidazione.
2. I beneficiari che risiedono in un paese dove è stato creato un ufficio di liquidazione sono di massima iscritti presso tale ufficio.

I beneficiari che risiedono in un paese dove non è stato creato un ufficio di liquidazione sono iscritti presso l'ufficio di liquidazione designato dall'ufficio centrale.

Articolo 27

Autorizzazione preventiva

Quando, conformemente alla presente regolamentazione, il rimborso delle spese viene effettuato solamente in base ad autorizzazione preventiva, la decisione è presa dall'autorità che ha il potere di nomina o dall'ufficio di liquidazione da essa designato, secondo la seguente procedura:

- a) la domanda d'autorizzazione preventiva, accompagnata da una prescrizione e/o da un preventivo di spesa redatto dal dentista o dal medico curante, è presentata dall'affiliato all'ufficio di liquidazione che, se del caso la sottopone al dentista o al medico di fiducia; in tal caso, quest'ultimo trasmette il suo parere all'ufficio di liquidazione entro il termine di due settimane;

- b) l'ufficio di liquidazione delibera sulla domanda, se è stato designato a tale scopo o trasmette il suo parere e, se del caso, quello del dentista o del medico di fiducia all'autorità che ha il potere di nomina per decisione. L'affiliato è immediatamente informato della decisione;
- c) le domande relative al rimborso di spese risultanti da prestazioni soggette ad autorizzazione non verranno prese in considerazione se l'autorizzazione non è stata chiesta in anticipo rispetto alle prestazioni. Si può fare eccezione in caso di urgenza clinicamente giustificata e come tale riconosciuta dal medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione

Articolo 28

Domanda di rimborso

Le domande vanno presentate dagli affiliati ai rispettivi uffici di liquidazione mediante moduli unificati accompagnati dai documenti giustificativi originali; per le domande di rimborso complementare di cui all'articolo 22, occorre assolutamente allegare copia della fattura originale quietanzata unitamente ad un attestato originale particolareggiato dei rimborsi percepiti a titolo di un altro regime.

Articolo 29

Divorzio e interruzione dell'unione

Sempreché sia coperto dal presente regime, il coniuge divorziato o il partner riconosciuto, la cui condizione di partner dell'unione di fatto si è interrotta, può presentare direttamente, per se stesso ed eventualmente per i figli di cui ha la custodia, le domande di autorizzazione preventiva e di rimborso delle spese alle medesime condizioni di cui agli articoli 27 e 28.

Articolo 30

Anticipi

1. Possono essere concessi anticipi agli affiliati per consentire loro di far fronte a spese consistenti. Essi sono assegnati principalmente sotto forma di presa a carico in caso di ricovero ospedaliero.

2. Gli anticipi sulle spese mediche sono recuperati su qualsiasi somma dovuta all'affiliato a titolo del presente regime, ovvero sulla retribuzione o sulla pensione, ovvero su qualsiasi somma dovuta all'affiliato dall'istituzione o sulla pensione di reversibilità in seguito al decesso dell'affiliato. Tuttavia il responsabile dell'ufficio centrale, dopo aver informato il contabile della Commissione, può rinunciare al recupero di un importo «anticipato», conformemente all'articolo 73 del regolamento finanziario:

- se l'incidenza finanziaria in questione è minima rispetto al costo amministrativo dell'operazione,
- oppure in caso d'impossibilità di recupero, in particolare in seguito al decesso di un affiliato.

3. La regolarizzazione dell'anticipo deve aver luogo, in linea di massima, al più tardi tre anni dopo la data di concessione dell'anticipo.

Articolo 31

Surrogazione

Qualora un incidente od malattia sia imputabile ad un terzo, le Comunità si surrogano di diritto, nel limite degli obblighi che incombono loro ai sensi della presente regolamentazione, alla vittima o ai suoi aventi diritto nelle azioni contro il terzo responsabile, conformemente all'articolo 85bis dello Statuto.

Articolo 32

Decadenza

1. Salvo caso di forza maggiore debitamente comprovato, l'affiliato che non abbia chiesto il rimborso delle spese sostenute per sé o per una persona assicurata suo tramite entro il periodo di diciotto mesi successivo alla data delle prestazioni decade dal diritto al rimborso.
2. Le domande di rimborso speciale di cui all'articolo 24 vanno presentate entro il termine di dodici mesi a decorrere dalla data di rimborso delle spese dell'ultima prestazione rientrante nel periodo di dodici mesi considerato.

Articolo 33

Ripetizione dell'indebito

A norma dell'articolo 85 dello Statuto, qualsiasi somma percepita indebitamente dà luogo a ripetizione se il beneficiario ha avuto conoscenza dell'irregolarità del versamento o se tale irregolarità era così evidente che egli non poteva non accorgersene.

Articolo 34

Frode

Fatta salva l'applicazione dell'articolo 33, l'affiliato o il beneficiario che ha ottenuto o tentato di ottenere con frode il rimborso di prestazioni per sé o per una persona assicurata suo tramite, decade automaticamente dal diritto al rimborso di tali prestazioni e si espone a sanzioni disciplinari.

Articolo 35

Mezzi di ricorso

1. Qualsiasi persona di cui alla presente regolamentazione dispone dei mezzi di ricorso previsti al titolo VII dello Statuto.
2. Prima di decidere in merito ad un reclamo presentato sulla base dell'articolo 90, paragrafo 2, dello Statuto, l'autorità che ha il potere di nomina, o a seconda dei casi il Consiglio d'amministrazione, deve chiedere il parere del Comitato di gestione.

Quest'ultimo può incaricare il suo presidente di adottare le misure per ottenere un complemento d'informazioni. Quando la controversia è di tipo medico, il Comitato di gestione può chiedere, prima di pronunciarsi, il parere di un perito medico. Le spese di perizia sono a carico del regime comune.

Il Comitato di gestione deve pronunciarsi entro il termine di due mesi a decorrere dalla presentazione della domanda di parere. Il parere è trasmesso contemporaneamente all'autorità e all'interessato.

Se il Comitato di gestione non emette un parere entro tale termine, l'autorità che ha il potere di nomina, o a seconda dei casi il Consiglio d'amministrazione, può decidere autonomamente.

PARTE TERZA

ORGANIZZAZIONE DEL REGIME

TITOLO I

PRINCIPI

Articolo 36

Organi

Il funzionamento del presente regime è assicurato da un Comitato di gestione, da un ufficio centrale, dagli uffici di liquidazione e da un consiglio medico.

Articolo 37

Segreto medico

Gli agenti assegnati agli uffici di liquidazione ed all'ufficio centrale, i membri del Comitato di gestione e tutti i partecipanti alle riunioni del Comitato di gestione sono tenuti al segreto medico per quanto riguarda le informazioni e/o i documenti di cui vengono a conoscenza nell'esercizio delle loro funzioni.

Restano soggetti a tale obbligo anche dopo aver cessato le loro funzioni presso i suddetti uffici o nel Comitato di gestione.

TITOLO II

FUNZIONAMENTO DEGLI ORGANI

Articolo 38

Comitato di gestione

1. Il Comitato di gestione si compone dei seguenti membri titolari:
 - quattro rappresentanti della Commissione designati dall'autorità che ha il potere di nomina;
 - un rappresentante di ciascuna delle altre istituzioni designato dalla rispettiva autorità che ha il potere di nomina;
 - un rappresentante delle agenzie comunitarie designato di comune accordo dalle rispettive autorità che hanno il potere di nomina;
 - quattro rappresentanti del personale della Commissione designati dal comitato centrale del personale di detta istituzione;
 - un rappresentante del personale di ciascuna delle altre istituzioni designato dal rispettivo comitato del personale,
 - un rappresentante del personale delle agenzie comunitarie designato di comune accordo dai rispettivi comitati del personale.

2. Sono altresì designati i membri supplenti alle stesse condizioni di cui al paragrafo 1.
3. I mandati dei membri titolari e dei membri supplenti hanno la durata di due anni. Essi sono rinnovabili.
4. Ciascun membro titolare o, in sua assenza, membro supplente ha voto deliberativo.
5. Il Comitato di gestione adotta il proprio regolamento interno alla maggioranza di due terzi dei membri aventi voto deliberativo.

Detto regolamento interno prevede in particolare le modalità riguardanti:

- l'elezione del presidente;
- l'organizzazione, la convocazione ed il calendario delle riunioni;
- l'eventuale designazione di un comitato preparatorio delle riunioni;
- la designazione di coloro che possono partecipare alle riunioni del Comitato senza voto deliberativo;
- le norme che regolano le deliberazioni e la formulazione dei pareri.

6. Il Comitato di gestione ha il compito:
- a) di provvedere all'applicazione uniforme della presente regolamentazione e di presentare alle istituzioni proposte o raccomandazioni utili a questo fine;
 - b) di esaminare la situazione finanziaria del presente regime e di trasmettere alle istituzioni proposte o raccomandazioni utili a questo fine;
 - c) di compilare una relazione annuale dettagliata sulla situazione finanziaria del presente regime e di trasmetterla, anteriormente al 1° luglio, alle istituzioni ed ai rispettivi comitati del personale;
 - d) se del caso, di proporre o di raccomandare alla Commissione l'adozione o la modifica delle disposizioni generali di esecuzione della presente regolamentazione ed ogni altra misura necessaria al buon funzionamento del presente regime nonché di presentare proposte relative alla consistenza del fondo d'esercizio necessario per il funzionamento del regime;
 - e) di formulare pareri nei casi previsti dalla presente regolamentazione;
 - f) se del caso, di formulare un parere su questioni riguardanti direttamente o indirettamente l'applicazione delle disposizioni statutarie in materia di copertura dei rischi di malattia;
 - g) di formulare un parere sul livello dei contributi e delle prestazioni previsti, in particolare in caso di sensibile variazione dei costi delle cure mediche.
7. I lavori del Comitato di gestione sono segreti.

Articolo 39

Ufficio centrale

1. L'ufficio centrale dipende dalla Commissione.
2. Esso è incaricato:
 - a) di coordinare e di controllare i lavori svolti dagli uffici di liquidazione;
 - b) di provvedere all'applicazione uniforme delle norme per la liquidazione delle prestazioni;
 - c) di provvedere alla segreteria del Comitato di gestione;
 - d) di eseguire gli studi statistici o le analisi necessarie al buon funzionamento del presente regime, in modo da permettere al Comitato di gestione di conoscere con precisione l'entità, la ripartizione e l'andamento dei rischi coperti e di formulare il parere previsto all'articolo 38, paragrafo 6;
 - e) di negoziare, in collegamento con gli uffici di liquidazione, nella misura del possibile con i rappresentanti del corpo medico e/o le autorità, le associazioni e gli istituti competenti, convenzioni che stabiliscano le tariffe applicabili ai beneficiari, tenuto conto delle condizioni locali e delle tariffe eventualmente già in vigore, sia per le prestazioni mediche che per quelle ospedaliere;
 - f) di negoziare, nella misura del possibile, con i regimi primari degli Stati membri accordi generali intesi a semplificare le procedure vigenti per i beneficiari del presente regime.

Articolo 40

Uffici di liquidazione

1. Gli uffici di liquidazione sono creati o soppressi dalla Commissione là dove essa ritiene necessario, tenendo conto in particolare delle sedi di servizio dei funzionari.
2. La creazione o la soppressione di un ufficio di liquidazione presso un'altra istituzione può aver luogo solamente con l'accordo di quest'ultima e previo parere del Comitato di gestione.
3. Gli agenti degli uffici di liquidazione esercitano le attribuzioni previste dalla presente regolamentazione conformemente alle direttive e sotto il controllo del capo dell'ufficio centrale.
4. Ogni ufficio di liquidazione dispone di un medico e di un dentista di fiducia incaricati di attendere ai compiti previsti dalla presente regolamentazione e relative disposizioni generali di esecuzione.

La funzione di medico di fiducia presso gli uffici di liquidazione è incompatibile con quella di medico di fiducia di un'istituzione.

5. Ciascun ufficio di liquidazione ha il compito:
 - a) di ricevere e liquidare le domande di rimborso spese presentate dagli affiliati iscritti presso di esso e di effettuare i relativi pagamenti;
 - b) di chiedere, nei casi previsti dalla presente regolamentazione nonché nei casi in cui il Comitato di gestione o l'ufficio centrale sollevino problemi di natura medica relativi alla liquidazione delle prestazioni, il parere del medico di fiducia che può, ove necessario, sentire il parere del medico di fiducia dell'istituzione interessata;

- c) di istruire le pratiche relative alle domande di autorizzazione preventiva ed eventualmente di darvi il giusto seguito;
- d) di formulare i pareri previsti dalla presente regolamentazione;
- e) di provvedere alla segreteria dei medici di fiducia.

Articolo 41

Consiglio medico

Il Comitato di gestione è assistito da un consiglio medico composto da un medico di fiducia per ciascuna istituzione e dai medici di fiducia di ciascun ufficio di liquidazione.

Il consiglio medico può essere consultato dal Comitato di gestione o dall'ufficio centrale su tutti i problemi di natura medica sollevati nel quadro del presente regime. Esso si riunisce a richiesta del Comitato di gestione o dell'ufficio centrale o a richiesta dei medici di fiducia degli uffici di liquidazione e formula il proprio parere entro il termine impartitogli.

PARTE QUARTA

DISPOSIZIONI FINANZIARIE

TITOLO I

GESTIONE

Articolo 42

Contributi

Ogni mese, entro e non oltre gli otto giorni successivi alla data del pagamento delle retribuzioni, delle indennità e degli assegni soggetti a contribuzione al presente regime, le istituzioni e gli organismi a vocazione comunitaria interessati versano sui conti del regime comune di assicurazione malattia i loro contributi nonché quelli degli affiliati.

Articolo 43

Ordinazione e controllo

1. L'esecuzione delle entrate e delle spese del regime comune di assicurazione malattia si effettua per analogia conformemente alle disposizioni di cui al regolamento finanziario applicabile al bilancio generale delle Comunità europee, in particolare all'articolo 60.
2. Le entrate e i pagamenti ordinati dagli uffici di liquidazione e dall'ufficio centrale sono sottoposti a verifica ex ante da agenti diversi da quelli che hanno avviato l'operazione.

3. L'ufficio centrale esegue o fa eseguire controlli ex post per
 - accertarsi della legalità e della regolarità delle operazioni effettuate dagli uffici di liquidazione nonché del rispetto dei principi di sana gestione finanziaria;
 - accertarsi, se del caso in collaborazione con i revisori interni delle istituzioni, che i contributi versati dalle Istituzioni corrispondano alle entrate incassate a questo titolo dal RCAM ;
4. L'ufficio centrale informa il Comitato di gestione dei dispositivi di controllo interno e dei risultati dei controlli eseguiti.

TITOLO II

CONTABILITÀ

Articolo 44

Struttura contabile

1. La Commissione istituisce, su iniziativa del suo contabile, una contabilità separata fuori bilancio per registrare le operazioni relative al regime.
2. A tale fine, previo parere del Comitato di gestione, il contabile della Commissione stabilisce un piano contabile che consenta la ripartizione delle operazioni a seconda della loro natura e della loro origine e che operi una distinzione tra l'insieme delle istituzioni comunitarie e i diversi organismi a vocazione comunitaria.

Questo piano contabile opera una distinzione tra conti economici e conti di bilancio.

3. L'esercizio è diviso in dodici periodi contabili corrispondenti ai dodici mesi dell'anno civile.

Articolo 45

Documenti contabili

1. Ogni operazione relativa al regime è iscritta in un "libro giornale".
2. Al termine di ciascun periodo contabile, il contabile della Commissione pubblica:
 - un "estratto conto", in cui sono riportati in ordine cronologico l'insieme delle operazioni di ciascun conto con l'indicazione del saldo iniziale e finale del periodo;
 - degli " elenchi per agente", in cui sono riportati in ordine cronologico, per ciascun conto "anticipo" e per ciascun affiliato, l'importo delle operazioni non ancora regolarizzate al termine del periodo contabile;
 - un "bilancio generale dei conti".
3. Dopo la chiusura del primo semestre, il contabile della Commissione, ai sensi delle disposizioni dell'articolo 44, paragrafo 2, pubblica:
 - un "conto economico", in cui risultano tutte le spese e le entrate del semestre trascorso;

- un "bilancio intercalare", in cui sono menzionati separatamente il risultato relativo all'esercizio in corso ed il cumulo dei risultati relativi agli esercizi precedenti e iscritti in riserva.

Le scritture semestrali sono trasmesse dalla Commissione al Comitato di gestione, al revisore interno della Commissione e alle istituzioni entro e non oltre le sei settimane successive alla fine del semestre.

4. Dopo la chiusura di ciascun esercizio il contabile della Commissione, ai sensi delle disposizioni dell'articolo 44, paragrafo 2, pubblica:

- un "conto economico", in cui sono indicate separatamente tutte le spese e le entrate dell'esercizio;
- un "bilancio", in cui sono menzionati separatamente il risultato relativo all'esercizio chiuso ed il cumulo dei risultati relativi agli esercizi precedenti e iscritti nella riserva.

Oltre alle scritture sopramenzionate il contabile può pubblicare qualsiasi altro documento contabile richiesto dal Comitato di gestione.

5. Tali scritture finanziarie annuali sono sottoposte a procedura di certificazione dei conti come previsto dalle disposizioni generali d'esecuzione della presente regolamentazione.

6. Tutte le scritture finanziarie annuali e la nota di certificazione sono trasmesse dalla Commissione al Comitato di gestione ed alle altre istituzioni entro e non oltre il 1° maggio dell'esercizio seguente.

TITOLO III

INFORMAZIONI FINANZIARIE ED EQUILIBRO FINANZIARIO DEL REGIME

CAPITOLO 1

INFORMAZIONI FINANZIARIE

Articolo 46

Conto di gestione

Al più tardi il 1° maggio di ciascun esercizio, la Commissione fornisce al Comitato di gestione, al revisore interno della Commissione e alle altre istituzioni un "conto di gestione" contenente:

- una tabella sintetica dell'evoluzione del risultato dell'insieme del regime sugli ultimi cinque esercizi, corredata di una previsione per l'esercizio seguente;
- una tabella in cui è riportata in modo analogo l'evoluzione delle spese;
- una tabella in cui è riportata in modo analogo l'evoluzione delle entrate;
- una tabella in cui è riportata in modo analogo l'evoluzione delle spese e delle entrate medie per affiliato.

Articolo 47

Analisi finanziaria

Al termine di ciascun esercizio, l'ufficio centrale elabora sotto la propria responsabilità un'analisi finanziaria della situazione del regime. Questo documento è trasmesso al Comitato di gestione al più tardi il 1° maggio dell'esercizio seguente.

In base a tale analisi finanziaria ed all'insieme delle scritture annuali di cui agli articoli 45 e 46, il Comitato di gestione elabora la relazione annuali di cui all'articolo 38, paragrafo 6, lettera c).

Articolo 48

Gestione finanziaria

I capi d'amministrazione, ciascuno a nome dell'istituzione o dell'organo che rappresenta, in base alle scritture annuali di cui agli articoli 45, 46 e 47, corredate dalle eventuali osservazioni del revisore che ha certificato i conti e del contabile della Commissione, e in base alla relazione del Comitato di gestione di cui all'articolo 38, paragrafo 6, lettera c), prendono atto della buona gestione amministrativa del responsabile dell'ufficio centrale entro un termine di due anni dal deposito delle scritture finanziarie annuali e del conto di gestione.

CAPITOLO 2

EQUILIBRIO FINANZIARIO DEL REGIME

Articolo 49

Equilibrio finanziario

L'obiettivo finanziario del regime consiste nel garantire un equilibrio, su base periodica, tra le spese e le entrate derivanti dall'applicazione del regime.

Articolo 50

Disavanzo

1. Qualora le scritture contabili rivelino un disavanzo che compromette l'equilibrio finanziario del regime, esso viene compensato mediante le riserve di cui all'articolo 51.
2. Non appena compare un disavanzo strutturale o se l'evoluzione della situazione finanziaria del regime è tale da indicare la comparsa di un disavanzo, il Comitato di gestione sottopone d'urgenza il problema alle istituzioni che, previo parere del comitato dello Statuto, decidono le misure da adottare per ristabilire l'equilibrio finanziario.

Articolo 51

Riserve

1. Qualora le scritture contabili rivelino un'eccedenza delle entrate sulle spese, essa viene iscritta al passivo del bilancio del regime in un conto intitolato "Risultati iscritti nella riserva".

2. La Commissione, previo parere del Comitato di gestione, investe le riserve alle migliori condizioni, tenendo conto del fabbisogno del regime relativo al suo fondo d'esercizio. L'ufficio centrale informa periodicamente le altre istituzioni nonché il Comitato di gestione sull'importo delle somme in tal modo investite e sulle modalità d'investimento, sulla base di una relazione annuale di gestione redatta dal servizio della Commissione responsabile della gestione di tali investimenti.

Gli interessi degli investimenti costituiscono entrate del regime da imputare all'esercizio del loro investimento.

3. Le riserve sono innanzitutto destinate a compensare gli eventuali disavanzi. Le istituzioni esaminano periodicamente, previo parere del Comitato di gestione e del comitato dello Statuto, l'opportunità, tenuto conto in particolare dell'evoluzione demografica dei beneficiari, di utilizzare le riserve per coprire un eventuale aumento dei rischi, o di modificare le disposizioni della presente regolamentazione.

Anche le norme che regolano il rimborso delle spese, alle condizioni previste dalle disposizioni generali di esecuzione, possono essere modificate in funzione dell'andamento dell'equilibrio finanziario del regime, secondo le modalità di cui all'articolo 52.

PARTE QUINTA

DISPOSIZIONI FINALI

Articolo 52

Definizione e aggiornamento delle norme che disciplinano il rimborso delle spese

1. Ai sensi dell'articolo 72, paragrafo 1, terzo comma, dello Statuto, le istituzioni delegano alla Commissione la competenza a definire mediante disposizioni generali di esecuzione le norme che regolano il rimborso delle spese, allo scopo di preservare l'equilibrio finanziario del regime e conformemente al principio di copertura previdenziale di cui all'articolo 72, paragrafo 1, primo comma, dello Statuto.
2. Le disposizioni generali di esecuzioni sono stabilite previo parere del Comitato di gestione e consultazione del comitato dello Statuto.

Articolo 53

Revisione

1. La presente regolamentazione può essere riveduta alle condizioni previste all'articolo 72, paragrafo 1, primo comma, dello statuto, su proposta di un'istituzione, del comitato del personale o del Comitato di gestione.
2. Qualsiasi proposta di revisione delle regolamentazione deve essere sottoposta al parere del Comitato di gestione.

Articolo 54

Abrogazione

Eccettuati gli allegati, la regolamentazione relativa alla copertura dei rischi di malattia dei funzionari delle Comunità europee, modificata da ultimo il 20 gennaio 1999, è abrogata.

Gli allegati alla regolamentazione modificata da ultimo il 20 gennaio 1999 sono abrogati a decorrere dall'entrata in vigore delle disposizioni generali di esecuzione adottati dalla Commissione.

In via transitoria, in attesa dell'adozione di tali disposizioni, i richiami alle «disposizioni generali di esecuzione» della presente regolamentazione vanno intesi come riferiti agli allegati alla regolamentazione citati al comma precedente.

Articolo 55

Entrata in vigore

La presente regolamentazione entra in vigore il primo giorno del mese successivo a quello durante il quale il presidente della Corte di giustizia delle Comunità europee constata il comune accordo delle istituzioni, di cui all'articolo 72, paragrafo 1, primo comma, dello Statuto.

Essa ha effetto a decorrere dalla data di tale accordo comune.
