

FONDO SANITARIO IMPIEGATI AGRICOLI F. I. A.
REGOLAMENTO FORMULE ASSISTENZIALI INTEGRATIVE (in vigore dal 1.1.2012)
CATEGORIE ASSISTITE - ISCRIZIONI – CONTRIBUTI

Art. 1 Campo di applicazione

Il sistema mutualistico integrativo dell'assistenza erogata del Servizio Sanitario Nazionale di cui alla legge 23 dicembre 1978 n. 833, assicurato dal Fondo Sanitario Impiegati Agricoli, di seguito più brevemente denominato "Fondo" è attuato dal "Fondo" medesimo secondo le seguenti norme.

Art. 2 Sono iscritti al "Fondo", salvo rinuncia scritta: i dirigenti, gli appartenenti ai quadri direttivi e gli impiegati tecnici e amministrativi in attività di servizio, che prestino opera retribuita alle dipendenze di imprese agricole singole o associate nonché di Istituti, Enti, Associazioni ed organismi comunque denominati, operanti nel settore economico dell'Agricoltura, cui si applica, rispettivamente, il CCNL per i Dirigenti dell'Agricoltura del 3 agosto 1993 ed il CCNL Quadri e Impiegati Agricoli del 28 luglio 1988 e successive modifiche ed integrazioni con particolare riferimento all'art. 3 del verbale di Accordo del 13 dicembre 1994. La rinuncia deve essere inviata al Fondo e al datore di lavoro entro 6 mesi dalla data di assunzione per i nuovi assunti, ed entro il 31 ottobre di ciascun anno per l'anno successivo a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. Possono iscriversi al "Fondo": a) coloro i quali siano dipendenti delle Organizzazioni sindacali che hanno promosso la costituzione del "Fondo"; b) coloro i quali siano alle dipendenze di Enti previdenziali operanti in agricoltura; c) i dirigenti, gli appartenenti ai quadri direttivi e gli impiegati tecnici e amministrativi in quiescenza, senza soluzione di continuità, in conformità a quanto stabilito al successivo art. 20 in tema di limite di età; d) altre categorie oggetto di ulteriori accordi che potranno essere inserite successivamente, previo accordo fra le parti.

Art. 3 Familiari aventi diritto alle prestazioni

Il Fondo provvede alle prestazioni assistenziali anche in favore degli appartenenti al nucleo familiare dell'iscritto che, all'atto dell'iscrizione, ne abbia fatto richiesta, compresi i figli che frequentino un regolare corso di studi, fino al 26° anno di età, previa presentazione di certificato di regolare frequenza ai corsi, o copia del versamento delle tasse universitarie versate per l'anno accademico in corso, e con le limitazioni previste al successivo art. 20 in tema di limite di età. Per nucleo familiare si intende quello legislativamente stabilito dal D.P.R. 30 maggio 1955 n. 797 e successive modificazioni ed integrazioni, con riferimento alla disciplina per gli assegni familiari. Non vengono considerate a tale effetto, le limitazioni di cui all'art. 20 della legge 27/12/1963 n. 730 e le eventuali altre limitazioni che dovessero essere introdotte in materia, relative al reddito familiare complessivo. Il diritto alle prestazioni del "Fondo" è riconosciuto, quindi, in favore dei seguenti familiari dell'iscritto, sempreché viventi a carico del medesimo e che non incorrano nelle condizioni previste al successivo art. 20 in tema di limite di età: a) il coniuge; b) i figli legittimi ed equiparati; c) i genitori ed equiparati; d) i fratelli e le sorelle ed equiparati; e) i figli maggiorenni fino al ventiseiesimo anno di età, in regola con la frequenza ai corsi universitari, previa presentazione del certificato di frequenza o di copia delle tasse universitarie versate per l'anno accademico in corso; f) i figli maggiorenni conviventi non a carico, con contributo particolare. La dichiarazione di sussistenza a carico è fatta dal richiedente l'iscrizione sotto la propria responsabilità civile e penale a mezzo di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15. Alla predetta dichiarazione deve essere allegato il certificato di stato di famiglia del richiedente l'iscrizione. Il requisito della vivenza a carico è escluso per il coniuge e sostituito con quello della convivenza, salvo quanto previsto dalla normativa vigente.

Art. 4 Diritto derivato dei familiari dell'iscritto

Il diritto dei familiari dell'iscritto alle prestazioni del "Fondo" sorge, rimane in essere e cessa in una con quello del socio medesimo, salvo quanto previsto all'art. 9. Tutte le norme che disciplinano la erogazione delle prestazioni al socio si intendono "de jure" estese ai suoi familiari aventi diritto.

Art. 5 Durata dell'iscrizione

L'iscrizione ha durata annuale e scadrà alle ore 24 del 31 dicembre di ciascun anno e fino al 31 dicembre 2013, per tutte le Formule salvo ulteriore proroga, sempreché sia stato effettuato il versamento della contribuzione nei termini previsti e sia stata consegnata la scheda, ove richiesto.

Art. 6 Modalità di pagamento del contributo

La contribuzione relativa a ciascun anno di iscrizione dovrà essere versata entro il 10 gennaio di ogni anno con un periodo di comporto di 30 giorni dalla scadenza per il pagamento, e precisamente il 10 febbraio, decorso il quale la garanzia assicurativa di diritto all'assistenza verrà sospesa fino alla data dell'effettivo versamento del contributo ed eventuali richieste di rimborsi per costi sostenuti entro tale periodo saranno ritenute inammissibili e non potranno essere più prese in considerazione. E' altresì ammessa la possibilità di pagamento in due rate semestrali, la prima entro il 10 gennaio e la seconda entro il 30 giugno di ogni anno con un periodo di comporto di 30 giorni dalla scadenza per il pagamento, e precisamente il 10 febbraio e il 30 luglio, decorso il quale la garanzia assicurativa di diritto all'assistenza verrà sospesa fino alla data dell'effettivo versamento ed eventuali richieste di rimborsi per costi sostenuti entro tale periodo saranno ritenute inammissibili e non potranno essere più prese in considerazione. La garanzia assicurativa di diritto all'assistenza, sospesa a causa del mancato pagamento entro i termini previsti, diverrà nuovamente operativa dalla data di effettuazione del pagamento sino alla sua naturale scadenza (31 dicembre). La garanzia copre gli eventi avvenuti nel periodo di validità delle singole Formule e cessa ad ogni effetto alla data delle rispettive scadenze. Nel caso in cui la durata delle singole Formule di prestazioni assistenziali sia procrastinata oltre la scadenza sopra indicata, a parità di condizioni, le iscrizioni si intendono tacitamente rinnovate qualora l'iscritto non abbia dato disdetta entro e non oltre il 31 ottobre dell'anno in corso, salvo i casi di cessazione per raggiungimento del limite di età previsto all'art. 20. Coloro i quali daranno l'adesione successivamente al 10 gennaio (escluso il personale in quiescenza, che dovrà pronunciarsi entro la prima scadenza di versamento dell'anno successivo alla cessazione dell'attività di servizio) saranno tenuti a corrispondere una contribuzione pari a tanti dodicesimi quanti sono i mesi, escluso quello in corso, che manca al completamento dell'anno solare, in unica soluzione.

Art. 7 Ritardato pagamento: effetti

I pagamenti effettuati decorsi i termini previsti dall'art. 6 (scadenza annuale o semestrale) avranno come conseguenza la cessazione della garanzia e conseguentemente la cessazione del diritto all'assistenza che verrà sospesa per tutto il periodo del ritardo; eventuali richieste di rimborsi per costi sostenuti durante il periodo intercorrente tra la data di scadenza di pagamento della contribuzione annuale o semestrale, fissata dal CCNL, e la data dell'effettivo versamento, saranno ritenute inammissibili e non potranno essere più prese in considerazione. La garanzia assicurativa di diritto all'assistenza, sospesa a causa del mancato pagamento entro i termini previsti, fermo restando l'obbligo di versamento dell'intera contribuzione dovuta, diverrà nuovamente operativa dalla data di effettuazione del pagamento sino alla sua naturale scadenza (31 dicembre).

Art. 8 Modalità per ottenere l'iscrizione

I dirigenti, i quadri e gli impiegati agricoli sono iscritti, salvo rinuncia scritta inviata al Fondo con lettera raccomandata ricevuta di ritorno, alla Formula "A" di base obbligatoria, con versamento della contribuzione da parte del datore di lavoro, cui spetta altresì l'invio della scheda compilata dal dipendente, nella quale siano indicati tutti i dati relativi al nucleo familiare assistito e compilata la parte relativa alle indicazioni necessarie al Fondo per la erogazione delle prestazioni a mezzo bonifico bancario a favore dell'iscritto. Per tutte le altre categorie assistite e per l'adesione alle Formule Facoltative, per ottenere l'iscrizione al Fondo deve essere trasmessa una domanda, compilata su apposito modulo fornito dal "Fondo" medesimo, corredata, nel caso, della documentazione di cui all'art. 3.

La domanda deve essere trasmessa al Fondo non oltre dieci giorni dalla data della sua sottoscrizione. In caso di ritardo nella trasmissione della domanda il Fondo assume, quale data di sottoscrizione della domanda stessa, quella del giorno di versamento della contribuzione. Il personale in quiescenza, per beneficiare della prosecuzione nell'iscrizione al Fondo, deve inviare copia del modello di adesione, e relativa contribuzione, entro la scadenza del 10 gennaio dell'anno successivo al pensionamento, e ogni anno rinnovare l'adesione entro la medesima ricorrenza. Se anche solo per un anno la contribuzione del personale in quiescenza non sarà stata trasmessa al Fondo secondo le scadenze previste, la posizione di intende definitivamente decaduta e non più riattivabile. La domanda che non sia compilata sul modulo predisposto dal Fondo ovvero non contenga tutti i dati e gli elementi richiesti nel modulo stesso, nessuno escluso, non ha efficacia e si considera come non presentata. Ad eccezione dei pensionati, di coloro i quali non usufruiscano della partecipazione del datore di lavoro nel pagamento della contribuzione, e per adesione alle Formule Facoltative, la domanda di iscrizione al Fondo deve essere sottoscritta dal datore di lavoro dei richiedenti l'iscrizione medesima.

Art. 9 Perfezionamento dell'iscrizione

Per dirigenti, quadri ed impiegati agricoli, l'iscrizione alla Formula "A" di base obbligatoria si intende automaticamente sottoscritta, in assenza di rinuncia scritta inviata nei modi previsti dall'art. 2 del presente Regolamento.

Il mancato versamento da parte del datore di lavoro implicherà, pertanto, per lo stesso, la messa in mora ed il conseguente avvio delle procedure di sollecito da parte del Fondo, nonché il diritto da parte del dipendente, di procedere nei confronti dello stesso datore di lavoro per il riconoscimento del danno causato dalla inosservanza della norma contrattuale. Per tutte le altre categorie assistite e per le Formule Facoltative, fermo quanto disposto dal precedente art. 6, l'iscrizione al Fondo si intende perfezionata con il versamento della contribuzione, nei modi previsti dall'art. 6 del presente Regolamento, ed ha effetto, ai fini del diritto alle prestazioni, dal giorno successivo a quello dell'avvenuto pagamento, sino alla sua scadenza naturale del 31 dicembre.

Art. 10

Variazione nella composizione del nucleo familiare dell'iscritto e altre variazioni Termini per la denuncia Le variazioni nella composizione del nucleo familiare dell' iscritto debbono essere denunciate al "Fondo" all'atto stesso del loro verificarsi e, comunque, non oltre il trentesimo giorno da quello in cui le variazioni medesime si sono verificate. Altresì le variazioni relative a residenza, recapiti telefonici, e-mail, conto corrente bancario per l'accredito delle prestazioni e quant'altro, dovranno essere trasmesse al Fondo al verificarsi stesso della variazione ed avranno effetto dal momento in cui la comunicazione perverrà al Fondo. Tali comunicazioni vanno effettuate esclusivamente tramite ricompilazione della scheda di adesione.

Altre forme di comunicazione delle variazioni non saranno considerate valide.

Art. 11 Cessazione anticipata dell'iscrizione

L'iscrizione al "Fondo" ha termine prima della scadenza prevista all'art. 5 soltanto nei seguenti casi:

- a) decesso dell'iscritto; b) licenziamento; c) dimissioni; d) cambio di attività.

In caso di decesso dell'iscritto i familiari aventi diritto alle prestazioni del Fondo conservano tale loro diritto per tutto l'anno solare in cui il decesso è avvenuto e possono continuare nell'iscrizione al "Fondo" medesimo fermo restando il pagamento della contribuzione, l'invio dei documenti richiesti e la ricompilazione della scheda a cura del nuovo titolare della posizione.

Gli iscritti che invece recedano per i motivi di cui ai punti b) e d) conservano il loro diritto all'iscrizione per tutto l'anno solare in cui l'evento è avvenuto, fermo restando il pagamento della contribuzione; tale versamento è ancora dovuto, per quanto di competenza, dal datore di lavoro, per tutto l'anno in corso nel caso di licenziamento e, solo per il periodo di servizio prestato in caso di dimissioni.

Art. 12 Modalità per la denuncia delle variazioni

La denuncia delle variazioni del numero dei componenti il nucleo familiare sia in aumento che in diminuzione, deve essere effettuata trasmettendo al "Fondo" copia della scheda di adesione aggiornata. L'iscrizione dei nuovi componenti il nucleo familiare avrà durata sino alla scadenza del periodo d'iscrizione del nucleo medesimo. Anche tutte le altre variazioni dovranno altresì essere segnalate tramite ricompilazione della scheda di adesione.

Nel caso di cessazione anticipata dell'iscrizione previsto all'art. 11 punto a) deve essere trasmesso al Fondo entro il termine di cui all'art. 10, il certificato di morte rilasciato dal Comune.

Art. 13 Quote di adesione Le quote di adesione sono dovute nelle seguenti misure:

Formula "A" € 15,50 Formula "B" € 5,17 Formula "B1" € 5,17 Formula "C" € 5,17 Formula "C1" € 5,17

Tali quote sono comprese nelle rispettive contribuzioni e sono dovute nella loro intera misura anche in caso di iscrizioni che avvengano nel corso dell'anno.

Art. 14 Contributi - Loro misura I contributi annui al Fondo sono stabiliti, per il periodo 01.01.2012 – 31.12.2013 e per nucleo familiare, intendendo per nucleo familiare quello specificato all'art. 3, rispettivamente nelle seguenti misure a seconda che le Formule di assistenza di cui al successivo art. 18 prescelte siano:

			Iscritti in attività		Personale in quiescenza
Formula " A "		€	520,00	€	477,00
Contributo a carico del datore di lavoro		€	420,00		
Quota a carico Quadri e impiegati		€	100,00		
Formula " B "		€	232,41	€	232,41
Formula " B1 "		€	77,47	€	77,47
Formula " C "		€	175,60	€	175,60
Formula " C1 "		€	263,39	€	263,39
Formula " C1 " integrativa		€	263,39 +	€	263,39 +

Per i Dirigenti la contribuzione a carico del datore di lavoro è determinata dal CCNL vigente.

Per i figli maggiorenni conviventi non a carico, di cui all'art. 3 punto f), sono previste le seguenti quote in aggiunta:

Formula " A " € 103,29 Formula " B " € 61,98 Formula " B1 " € 25,82 Formula " C " € 46,48 Formula " C1 " € 69,72

L'iscrizione dei figli maggiorenni conviventi non a carico ha medesime caratteristiche, formule e decorrenze di quella di tutti gli altri componenti del nucleo familiare.

I contributi e le maggiorazioni per quote di adesione si intendono al netto di qualsiasi imposta, tassa o contributo dovuti per legge presente o futura, e debbono essere versati nei termini e secondo le modalità previste per tutti gli altri contributi di iscrizione, dal richiedente l'iscrizione o dall'iscritto, per sé e per gli altri familiari iscritti.

Art. 15 Commisurazione del contributo

I contributi dovuti al "Fondo" per iscrizioni effettuate nel corso dell'anno sono commisurati a tanti dodicesimi del contributo annuale di cui all'art. 12 quanti sono i mesi, escluso quello di iscrizione, intercorrenti alla data di iscrizione al 31 dicembre e devono essere versati in unica soluzione, fermo quanto previsto all'art. 13 per quanto relativo alle quote di adesione.

Art. 16 Modalità e termini per il versamento dei contributi

I contributi dovuti ai sensi di quanto disposto dai precedenti art. 13 e 14 debbono essere versati:tramite assegno circolare non trasferibile intestato al Fondo Sanitario Impiegati Agricoli F.I.A.;

-tramite versamento su conto corrente bancario presso Banca Nazionale del Lavoro Codice IBAN - IT 10 W 01005 03337 000000004371 - intestato a Fondo Sanitario Impiegati Agricoli F.I.A. - Viale Beethoven, 48 00144 Roma.Il versamento della contribuzione relativa a tutto il periodo di iscrizione deve essere effettuato nei termini previsti all'art. 6 del presente Regolamento.

Art. 17 Ritardo nel versamento dei contributi

Il ritardo nel versamento dei contributi, fermo restando l'obbligo della contribuzione dovuta, non effettuato nei termini stabiliti all'art. 6, determina tutte le conseguenze previste dall'art. 7 e cioè la cessazione della garanzia e conseguentemente la cessazione del diritto all'assistenza che verrà sospesa per tutto il periodo di ritardo; eventuali richieste di rimborsi per costi sostenuti entro tale periodo, saranno ritenute inammissibili e non potranno essere più prese in considerazione.La garanzia assicurativa di diritto all'assistenza, sospesa a causa del mancato pagamento entro i termini previsti, diverrà nuovamente operativa dalla data di effettuazione del pagamento sino alla sua naturale scadenza (31 dicembre).E' fatto salvo il diritto del Fondo a vedersi corrisposta la somma maggiorata di interessi e salvo il diritto del Fondo di ripetere per intero le spese sostenute per il recupero delle somme dovute dall'iscritto.

Art. 18 Accertamenti - Controlli

Il Fondo si riserva il diritto di accettare o respingere le singole richieste di iscrizione e la facoltà di procedere a tutti i controlli che riterrà opportuni per accertare la regolarità e la veridicità delle dichiarazioni dei documenti trasmessi dagli iscritti.

TITOLO 12 PRESTAZIONI

Art. 19 Erogazione delle prestazioni

Le prestazioni di seguito previste sono erogate dal "Fondo" nei casi di malattia (presunta o accertata), infortunio, gravidanza e puerperio.

Art. 20 Prestazioni

L'assistenza è attuata dal "Fondo" mediante l'erogazione delle prestazioni previste:dalla Formula "A" (Obbligatoria di Base) che dà diritto:

- A 1)** in caso di ricovero per intervento chirurgico reso necessario da malattia, infortunio o parto, ed effettuato in istituto di cura pubblico o privato (incluso day hospital e ambulatorio) al rimborso delle spese: per gli accertamenti diagnostici effettuati durante il ricovero; per gli onorari del chirurgo e di ogni altro partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria c/o di sala parto, per il materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento); per l'assistenza medica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali e per gli esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;

- per il trasporto in ambulanza dell'Assistito all'Istituto di Cura,- per le rette di degenza. Il massimale garantito è di Euro 12.912,00= per ciascun nucleo familiare e per anno solare con il massimo di Euro 10.330,00= per ciascuna persona e per anno solare. Le spese sostenute saranno rimborsate con una detrazione del 20%, con il minimo di Euro 516,50= di detrazione per ciascun evento. Nel caso in cui il ricovero e le altre prestazioni sopra previste siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale e non sia stato pertanto richiesto alcun rimborso sopra previsto, il Fondo corrisponderà per le spese, comunque sostenute ma non documentate, un rimborso di Euro 45,00= giornalieri. Tale rimborso verrà corrisposto a partire dal terzo giorno successivo a quello del ricovero per un periodo massimo di 30 giorni per nucleo familiare e per anno solare.

A far data dall'1.1.2009, nel caso in cui la totalità delle spese sia rimborsata tramite polizza di cui l'Assicurato sia beneficiario, in luogo del rimborso, sarà erogata una indennità sostitutiva di Euro 45,00= per ogni giorno di ricovero con un massimo di 30 giorni. Se parte delle spese vengono rimborsate tramite polizza di cui l'Assicurato sia beneficiario, il Fondo rimborserà, entro i limiti delle somme assicurate per le varie prestazioni, le spese effettivamente rimaste a carico senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto ovvero, a richiesta dell'interessato, in luogo del rimborso delle spese effettivamente a suo carico erogherà la indennità sostitutiva sopra indicata.

A partire dall'1.1.2000, nei casi di intervento chirurgico che preveda un preventivo di spesa superiore a Euro 10.330,00= ed in cui l'Istituto di cura richieda il pagamento di un anticipo di spesa, il Fondo, su richiesta dell'iscritto, è disponibile a corrispondere direttamente all'Istituto di cura l'importo richiesto a titolo di anticipo, entro il 60% delle somme garantite, salvo conguaglio a cure ultimate. Per determinare l'attivazione di tale procedura dovrà essere fornita al Fondo tutta la documentazione da esso richiesta.

A 2) In caso di ricovero in Istituto di Cura pubblico o privato, nei casi di parto non garantiti al punto A. 1 (Parto Fisiologico), rimborso delle spese sostenute con detrazione del 20% fino a concorrenza di Euro 2.500,00= per nucleo familiare e per anno solare. **A 3)** Rimborso delle spese sostenute per cure e prestazioni sanitarie di qualsiasi genere, praticate da medici a domicilio o in ambulatorio, esami ed accertamenti diagnostico e radiografici, escluse le prestazioni odontoiatriche (salvo quanto appreso indicato), ed i medicinali, nonché delle spese sostenute, nel caso di accertata situazione patologica, per cure fisioterapiche, quando la fattura di spesa sia accompagnata dalla prescrizione medica, con massimale garantito di Euro 3.100,00= per ciascun nucleo familiare e per anno solare con il massimo di Euro 1.150,00= per persona e per anno solare.

Le spese sostenute saranno rimborsate con applicazione di uno scoperto del 20%, con il minimo di Euro 50,00= per ogni visita o accertamento diagnostico o strumentale.

La garanzia prevista per il suddetto punto A. 3 è operante esclusivamente nel caso di alterazione dello stato di salute per malattia (presunta o accertata), infortunio, o nel caso di gravidanza e puerperio. **A 4)** Rimborso delle spese sostenute per acquisto protesi (escluse quelle odontoiatriche e le lenti) fino a concorrenza di Euro 700,00= (Settecento=) per nucleo familiare e per anno solare. **A 5)** Rimborso delle spese sostenute per assistenza infermieristica domiciliare, fino a concorrenza di Euro 850,00=(Ottocentocinquanta=) per nucleo familiare e per anno solare. **A 6)** Rimborso delle spese sostenute per cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) rese necessarie da intervento chirurgico o infortunio, fino a concorrenza di Euro 850,00= (Ottocentocinquanta=) per nucleo familiare e per anno solare.

A 7) Nel caso di Grandi Interventi Chirurgici resi necessari da malattia (vedi elenco Grandi Interventi Chirurgici allegato) il massimale garantito per ciascun nucleo familiare e per anno solare viene elevato a Euro 70.000,00=(Settantamila=). **A 8)** Cure Dentarie: per le sole prestazioni previste da apposito elenco allegato al presente Regolamento, è previsto un rimborso, che il Fondo erogherà, per gli anni di competenza 2012 e 2013, fino a concorrenza di Euro 200.00,00=(Duecentomila=), per anno assicurativo e per l'intero gruppo di assicurati, con applicazione di uno scoperto del 25% per ogni singola voce e con un limite, nell'ambito dello stesso anno assicurativo, di Euro 1.000,00=(mille/00=) per nucleo familiare, nell'ambito del quale il rimborso per ciascuna persona non potrà superare Euro 400,00=(quattrocento=). Il rimborso avverrà in base al rapporto esistente tra il massimale complessivo a disposizione e la sommatoria delle spese indennizzabili presentate dagli assicurati, in unica soluzione, trascorsi almeno 90 giorni dalla scadenza dell'annualità assicurativa di riferimento.

GARANZIE FACOLTATIVE

Formula B - Facoltativa per ricovero senza intervento chirurgico

Il "Fondo" garantisce, per ciascuna delle persone assicurate e fino a concorrenza del massimale garantito per evento (intendendosi per tale l'intero ciclo di cure relativo alle stesse malattie o allo stesso infortunio) il rimborso delle spese sostenute in caso di ricovero in Istituto di Cura pubblico o privato (incluso day hospital e ambulatorio), reso necessario da malattia, infortunio o parto fisiologico e che NON comporti intervento chirurgico, delle spese sostenute per accertamenti diagnostico, l'assistenza medica, le cure, le rette di degenza, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, riguardanti il periodo di ricovero. Il massimale garantito è di Euro 10.330,00= per ciascun nucleo familiare e per anno solare, con il massimo di Euro 8.263,50= per ciascuna persona e per anno solare. Le spese sostenute saranno rimborsate con una detrazione del 20% con il minimo di Euro 516,50= di detrazione per ciascun evento. Resta peraltro convenuto che, fermo restando il massimale previsto, dal rimborso corrisposto ai sensi della presente Formula per la garanzia relativa al parto fisiologico verrà detratto quanto erogato per lo stesso titolo dalla Formula A punto 2.

Formula B1 - Facoltativa per ricovero senza intervento chirurgico a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel caso in cui il ricovero e le altre prestazioni previste dalla Formula B siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale e non sia stato pertanto richiesto alcun rimborso sopraprevisto, le Società corrisponderanno, per le spese comunque sostenute ma non documentate, un rimborso forfettario di Euro 39,00= giornalieri. Tale rimborso verrà corrisposto a partire dal terzo giorno successivo a quello del ricovero per un periodo massimo di 30 giorni per nucleo familiare e per anno solare.

Formula C - Facoltativa Integrativa per elevazione massimali (Formula A p. A1 e A7) per ricovero per intervento chirurgico.

Il massimale previsto per le garanzie prestate ai precedenti punti A1 e A7, della Formula A, ove inferiore, si intende elevato a 30.988,00 Euro per nucleo familiare e per anno solare con il massimo di 20.659,00 Euro per ciascuna persona e per anno solare. Ferme tutte le altre condizioni previste.

Formula C1

Il massimale previsto per le garanzie prestate ai precedenti punto A1 e A7, ove inferiore, si intende elevato a Euro 61.975,00= per nucleo familiare e per anno solare con il massimo di Euro 41.317,00= per ciascuna persona e per anno solare. Ferme tutte le altre condizioni previste.

L'ulteriore aumento dei suddetti massimali e del massimale previsto al punto A7) potrà essere realizzato con contributo integrativo al contributo dovuto alla formula C1 nella misura di Euro 10,33= annui per ogni Euro 5.164,57= di aumento richiesto fino al limite massimo di Euro 103.291,39= per nucleo familiare e per anno solare. L'adesione alle Formule Facoltative vale per un biennio, ossia fino al 31.12.2013, e deve essere sottoscritta contestualmente alla iscrizione alla Formula Obbligatoria. Le Formule Facoltative possono essere sottoscritte separatamente o congiuntamente.

Non è consentito optare per le sole Formule Facoltative.

La Formula A è operante per persone di età non superiore ai 75 anni in caso di prima iscrizione; al compimento del settantacinquesimo anno di età, la garanzia prevista all'art. 20 - Formula "A" (punto A1), punto A2) e punto A7), non sarà più operante per la parte relativa al rimborso delle spese sostenute per i casi di ricovero per intervento chirurgico, mentre resterà operante per il solo riconoscimento della indennità giornaliera nei medesimi casi ed alle condizioni previste.

Al compimento dei 75 anni di età per l'applicazione delle garanzie previste alla Formula Facoltativa "B" è richiesta, in via obbligatoria, la presentazione di un certificato di buona salute. Le Formule Facoltative "C" e "C1" sono operanti per persone di età non superiore ai 75 anni e scadranno al compimento di detto limite di età.

Tutte le limitazioni riferite al raggiungimento del settantacinquesimo anno di età, si intendono ugualmente applicate all'iscritto ed al nucleo familiare assistito.

A far data dall'1.1.2013 non sarà più consentito l'accesso alle prestazioni, riferito a ciascuna Formula Assistenziale, ad iscritti e/o familiari che abbiano compiuto 80/81/82/83/84/85 anni di età nell'anno 2012 e tale limite resterà in vigore negli anni successivi per quanti raggiungeranno gli 80 anni di età.

A far data dall'1.1.2012 non sarà più consentito l'accesso alle prestazioni, riferito a ciascuna Formula Assistenziale, ad iscritti e/o familiari, che abbiano raggiunto gli 85 anni di età nel corso dell'anno 2011.

Art. 21 Decorrenza e cessazione del diritto alle prestazioni

Il diritto alle prestazioni previste dall'art. 20 è riconosciuto, salvo quanto previsto nei "Termini di aspettativa per le garanzie facoltative" per le malattie e per gli altri eventi assistibili insorti e denunciati a partire dal primo giorno del mese successivo a quello di perfezionamento dell'iscrizione ed ha termine con la cessazione della medesima, fermo restando quanto stabilito al precedente art.7).

Il diritto alle prestazioni per i figli a carico dell'iscritto nati durante il periodo dell'iscrizione è riconosciuto per le malattie che insorgono dal giorno della nascita sempreché la loro iscrizione sia richiesta non oltre il trentesimo giorno dalla nascita medesima; le giornate di degenza del neonato sono ritenute evento rimborsabile solo se documentata una situazione patologica. Nel caso di variazione del numero dei componenti il nucleo familiare per avvenuto matrimonio, il diritto alle prestazioni per il coniuge è riconosciuto per le malattie, gli infortuni o il parto, secondo quanto previsto nel Regolamento, che insorgono dal giorno del matrimonio, sempreché l'iscrizione sia stata richiesta non oltre il trentesimo giorno dal matrimonio stesso. Se invece la richiesta della iscrizione dei soggetti di cui ai due precedenti comma non avviene entro il termine nei medesimi indicato, il diritto alle prestazioni decorre dal primo giorno del mese successivo a quello in cui viene effettuata la richiesta della loro iscrizione al Fondo.

Art. 22 Termini di aspettativa per le Garanzie Facoltative

E' escluso dalla garanzia il rimborso delle spese di cui alla Formula A punto A. 1) e punto A7) e alla Formula B sostenute anteriormente al 121mo giorno successivo alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni di cui all'art. 7 e rese necessarie da:

- infortuni che si siano verificati prima della data stessa;

- malattie che siano espressione e conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data stessa;
- parto.

La non preesistenza di situazioni patologiche, che impedisce l'erogazione delle prestazioni ai sensi del precedente comma, deve essere dimostrata dall'iscritto mediante idonea certificazione medica. Su quest'ultima, comunque, deciderà il Consiglio Direttivo del "Fondo" dopo aver espletato gli opportuni accertamenti nel caso di eventi verificatisi nel periodo di carenza, che siano assolutamente fortuiti o accidentali (incidenti, parti prematuri, aborti, infortuni). Per tali eventi potrà essere presentata richiesta di rimborso se rispondenti ai requisiti appena elencati. Per il 2012 a tale periodo di carenza non saranno sottoposti gli iscritti provenienti dalla Formula A e dalla Formula B salvo il raggiungimento del limite di età indicato.

Art. 23 Esclusioni Sono esclusi dall'assicurazione:

Le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e le accelerazioni di particelle atomiche (Fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchina acceleratrice, raggi CX etc.);

le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e alluvioni;

gli eventi derivanti da atti dolosi dell'Assicurato; le prestazioni aventi finalità estetica (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da malattia e infortunio); le cure dentarie ed ortodontiche e delle parodontopatie e le forniture di protesi dentarie quando non siano rese necessarie da infortunio, salvo quanto descritto alla Formula A punto A. 8); le malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;

gli infortuni e le malattie conseguenti ad alcoolismo, all'uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti e allucinogeni;

gli infortuni derivanti dalla pratica di sports aerei o dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di gare di regolarità;

l'aborto non praticato nei termini di legge; la diagnostica, le terapie e gli interventi attinenti le patologie relative a infertilità e sterilità.

Art. 24 Determinazione del rimborso

Il numero, la specie e la durata delle prestazioni da ammettere a rimborso sono stabiliti sulla base della documentazione prodotta dall'iscritto, avuto riguardo alla natura ed alla durata dell'evento, come pure al risultato di eventuali controlli ed accertamenti eseguiti ad iniziativa del Fondo.

Art. 25 Denuncia di evento

Al termine dell'evento malattia, infortunio o parto, l'iscritto deve inviare, per la liquidazione delle prestazioni, e con il limite massimo di spedizione documentata con timbro postale, al 31 marzo dell'anno successivo all'anno di emissione della fattura di spesa

- la nota originale da cui risulti il numero, la specie e la data delle prestazioni mediche praticate e l'importo della spesa sostenuta, nonché la relativa prescrizione medica o la diagnosi; - la prescrizione medica degli esami ed accertamenti diagnostici e/o radiografici e delle ricerche cliniche nonché una nota originale della spesa sostenuta con il costo analitico per ogni singolo esame, accertamento o ricerca clinica; - la copia integrale della cartella clinica per il ricovero in istituzione pubblica o privata, che attesti la durata della degenza, la causa e l'intervento chirurgico ovvero le cure mediche fruite; in alternativa l'iscritto potrà produrre un certificato di ricovero nel quale siano riportati gli stessi dati; - la documentazione di spesa per i casi di ricovero con intervento chirurgico (conto quietanzato) per i rimborsi di cui alla Formula A punto A. 1) e alla Formula C; - la documentazione di spesa per i casi di ricovero senza intervento chirurgico (conto quietanzato) per i rimborsi di cui alla Formula B. Tutte le fatture originali dovranno essere altresì corredate di una fotocopia, al fine di segnalare al Fondo la richiesta di restituzione al mittente della copia originale debitamente contrassegnata dal Fondo. In caso di decesso del capo nucleo familiare (titolare della iscrizione) gli eredi legittimi del "de cuius" per ottenere l'erogazione delle prestazioni richieste dovranno esibire la seguente documentazione:

- a) atto di notorietà, dal quale risultino le generalità complete degli eredi legittimi;
- b) delega di ciascuno degli eredi per uno di essi a riscuotere l'importo delle prestazioni;
- c) copia autentica del mod. 240 o dichiarazione degli eredi che gli stessi non sono tenuti a presentarlo.

La documentazione deve pervenire al Fondo entro e non oltre 90 giorni dalla ultima data dell'ultima prescrizione medica e con il limite massimo di spedizione, documentata con timbro postale, al 31 marzo dell'anno successivo all'anno di emissione della fattura di spesa.

Art. 26 Esclusione delle prestazioni

L'inosservanza di quanto stabilito al precedente art. 23 determina l'esclusione dalle prestazioni.

Art. 27 Controlli del "Fondo"

"Allo scopo di accertare il diritto alle prestazioni o la necessità delle prestazioni stesse, il "Fondo" ha facoltà di esercitare ogni controllo, disponendo accertamenti diretti o per il tramite di istituzioni sanitarie pubbliche o private.

Il rifiuto dell'iscritto a produrre i documenti richiesti o l'opposizione agli accertamenti comunque disposti dal "Fondo" comporta la decadenza dal diritto alle prestazioni.

Art. 28 Ricorsi

Avverso i provvedimenti adottati dal "Fondo" in merito alle prestazioni previste all'art. 18, alle iscrizioni ed ai contributi, è ammesso ricorso al Consiglio Direttivo del Fondo medesimo, il quale deve pronunciarsi sul ricorso stesso nella riunione successiva al ricevimento del ricorso stesso.

Il ricorso deve essere prodotto dall'iscritto, o in caso di suo decesso dagli aventi causa, entro il termine di trenta giorni dalla data di comunicazione del provvedimento da impugnare e deve contenere l'indicazione dei motivi per i quali non si ritiene giustificato il provvedimento adottato dal Fondo.

Trascorso il termine indicato nel precedente comma senza che sia stato presentato ricorso, s'intende che l'iscritto o i suoi aventi causa hanno accettato, senza riserve, il provvedimento adottato.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali; - Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario;
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne; - Resezione dell'esofago cervicale;
- Resezioni polmonari segmentarie e lobectomia; - Pneumectomia polmonare;
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi; - Interventi per fistole bronchiali-cutanee; - Pericardiotomia parziale; - Pericardiotomia totale;
- Sutura del cuore per ferite; - Interventi per corpi estranei nel cuore;
- Interventi per malformazioni congenite del cuore e dei grossi vasi endotoracici; - Commisurotomia per stenosi mitralica;
- Legatura e resezione del dotto di Botallo; - Operazione per embolia dell'arteria polmonare;
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica postoperatoria; - Operazione sull'esofago per stenosi benigno;
- Operazioni sull'esofago per tumori: resezioni totali e resezioni parziali basse e alte; - Esofagoplastica; - Resezione gastrica; - Gastrectomia totale;
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica; - Intervento per fistola gastro-digiuno-colica;
- Colectomia totale; - Amputazione dei retti per via addomino-perineale in uno o più tempi;
- Resezione epatica; - Epatico o coledocotomia; - Papillotomia per via trans-duodenale; - Interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
- Interventi di necrosi acuta del pancreas; - Interventi per cisti e pseudo cisti pancreatiche (enucleazione della ciste e marsupializzazione);
- Interventi per fistole pancreatiche; - Interventi demolitivi sul pancreas (totale, della testa o della coda);
- Splenectomia; - Anasomosi porto-cava e spleno-renale; - Asportazioni di neoplasie endocraniche, o di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche;
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico; - Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta;
- Operazioni per encefalo-meningocele; - Lobotomia ed altri interventi di psicotomia; - Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari; - Interventi per epilessia locale;
- Interventi endorachidei per esportazione di neoplasie, cordotomie radicomie ed altre affezioni meningomieloidali;
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi; - Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici;
- Surrenalectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale; - Interventi per aneurismi su basi arteriosi: arteria carotide, vertebrale, sueciavia, tronco brachio-cefalico ed iliaca;
- Operazioni sull'aorta toracica e sull'aorta addominale; - Cranio bifido con meningocele e meningocelofalocele;
- Idrocefalo ipersecretivo; - Polmone cistico e policistico (lobectomia e pneumonectomia pediatrica);
- Cisti e tumori tipici del bambino (simpatoblastoma); - Atresia congenita dell'esofago; - Fistola congenita dell'esofago; - Torace ad imbuto e torace carenato;
- Ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva; - Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-pen-neale;
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale o retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale;
- Megauretere: resezione con rimpianto o resezione con sostituzione di ansa intestinale;
- Magacolon: operazione addomino-perineale di Duhamel o Jwenson; - Disarticolazione interscapolo-toracica;
- Empipectomia; - Cistectomia totale con ureterosigmoidostomia; - Nefrectomia allargata per tumore; - Nefro-ureterectomia totale;

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia;- Panistrectomia radicale per via addominale per tumori maligni;- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;
- Laringectomia totale;- Faringolaringectomia;
- Si considerano Grandi Interventi Chirurgici anche:
- IL trapianto degli organi per il quale sono comprese altresì le spese relative al prelievo;
- L'artoprotesi.

ELENCO CURE DENTARIE AMMESSE A RIMBORSO

IGIENE ORALE E PARADONTOLOGIA; ABLAZIONE TARTARO; LEVIGATURA DELLE RADICI (per 6 denti); LEGATURE DENTALI EXTRACORONALI (per 4 denti); LEGATURE DENTALI INTRACORONALI (per 4 denti); PLACCA DI SVINCOLO; MOLAGGIO SELETTIVO PARZIALE; MOLAGGIO SELETTIVO COMPLETO; COURRETAGE GENGIVALE (per 4 denti); GENGIVECTOMIA; LEMBO GENGIVALE (per 4 denti); AMPUTAZIONI RADICOLARI
 CHIRURGIA OSSEA RESETTIVA (incluso Lembo di accesso); INNESTO DI MATERIALE BIOCOMPATIBILE (sito singolo)
 INNESTO DI MATERIALE BIOCOMPATIBILE (sito multiplo); RALLUNGAM CORONA CLINICA; RADIOGRAFIA ENDORALE 1

CHIRURGIA

ESTRAZIONE SEMPLICE DI DENTE O RADICE; ESTRAZIONE COMPLICATA DI DENTE O RADICE
 ESTRAZIONE DI DENTE O RADICE IN INCLUS. OSSEA PARZIALE; ESTRAZIONE DI DENTE CON PARADONTOPATIA
 INTERVENTO PER BIOPSIE (escluso esame istologico); MEDICAZIONE CHIRURG., LAVAGGI, DRENAGGI, TRATTAMENTI
 ALVEOLITE (per ogni seduta); APICECTOMIA (cura canalare a parte)
 RIZOTOMIA; INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO

CONSERVATIVA

SPLINTAGGIO AD ELEMENTO; CAVITA' DI I CLASSE DI BLACK; CAVITA' DI II CLASSE DI BLACK CON PERDITA DI DUE PARETI
 CAVITA' DI III CLASSE CON PERDITA DI TRE PARETI compl.; CAVITA' DI IV CLASSE compl.
 RICOSTRUZIONE IN AMALGAMA; RICOSTRUZIONE IN COMPOSITO (anche II cl.)
 SIGILLATURA SOLCHI PER DENTE; AMALGAMA PERNATA

ENDODONZIA

DEVITALIZZAZIONE MONORADICOLARE; DEVITALIZZAZIONE PLURIRADICOLATO
 PROTESI MOBILE; PROTESI MOBILE TOTALE RESINA SUPERIORE
 PROTESI MOBILE TOTALE RESINA INFERIORE; SCHELETRATO MOB. IN CROMO COBALTO O METALLI SIMILI N. NOB.