

FONDO ASSISTENZA DI SOCIETA' DEL GRUPPO UBI BANCA

REGOLAMENTO

Decorrenza 1 gennaio 2021

(deliberato dal Consiglio di Amministrazione in data 04.12.2020)

Approvato con Referendum indetto tra gli associati in data 20.06.1995 e successivamente modificato con le delibere del Consiglio di Amministrazione del 05.02.1996, 22.03.1996, 09.12.1996, 23.02.1998, 30.03.1999, 07.04.2000, 23.11.2000, 03.12.2001, 14.04.2003, 08.09.2003, 30.03.2004, 04.02.2005, 30.11.2005, 14.03.2006, 06.11.2006, 27.02.2007, 19.03.2007, 18.12.2007, 04.03.2008, 07.04.2009, 10.11.2009, 25.11.2010, 02.12.2011, 18.12.2012, 18.12.2013, 20.03.2014, 09.12.2014, 09.12.2015, 22.03.2016, 16.12.2016, 29.03.2017, 15.12.2017, 12.12.2018, 06.12.2019 e 04.12.2020.

SOMMARIO

TITOLO I – NORME ESPLICATIVE DELLO STATUTO

Articolo 1 - MISURA DELLA CONTRIBUZIONE

Articolo 2 - MODALITA' PER IL VERSAMENTO DELLA CONTRIBUZIONE E COMUNICAZIONI DEL FONDO

Articolo 3 - NORME APPLICATIVE DELLO STATUTO

TITOLO II – PRESTAZIONI EROGATE DIRETTAMENTE DAL FONDO

Articolo 4 - MODALITA' E TERMINI DELLE RICHIESTE

Articolo 5 - DECORRENZA E MISURA DELLE PRESTAZIONI DIRETTE

Articolo 6 - RICOVERI IN PRESIDII SPEDALIERI E INTERVENTI AMBULATORIALI

Articolo 7 - CONTRIBUTO PER CURE E PROTESI DENTARIE

Articolo 8 - CONTRIBUTO PER APPARECCHI ORTODONTICI

Articolo 9 - CONTRIBUTO PER LENTI CORRETTIVE

Articolo 10 - SPESE PER ULTIMA MALATTIA E FUNERARIE

Articolo 11 - CONTRIBUTO PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA PROTESICA

Articolo 12 - CONTRIBUTI PER ALTRE PRESTAZIONI SANITARIE

Articolo 13 - RIMBORSO DEI TICKETS PER PRESTAZIONI ASSISTITE DAL S.S.N.

TITOLO III – PRESTAZIONI EROGATE TRAMITE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE

Articolo 14 - PRESTAZIONI EROGATE TRAMITE POLIZZA ASSICURATIVA

1. Polizza sanitaria “Ricoveri Ospedalieri base”
2. Polizza sanitaria integrativa “Ricoveri Ospedalieri ad adesione volontaria”
3. Polizza sanitaria ad adesione volontaria per i familiari fiscalmente non a carico
4. Polizza assicurativa per la copertura contro il rischio di non autosufficienza nel compimento delle attività quotidiane (lungodegenza – Long Term Care)
 - Base
 - Integrativa ad adesione volontaria.

TITOLO IV – NOMENCLATORE

TITOLO I NORME ESPLICATIVE DELLO STATUTO

I destinatari delle prestazioni, così come individuati negli articoli 6, 12 e 14 dello Statuto, sono i seguenti:

1. Associati in servizio e/o in esodo anticipato;
2. Associati in quiescenza;
3. Familiari fiscalmente a carico (coniuge, parte dell'unione civile¹ e figli);
4. Familiari fiscalmente non a carico (coniuge, parte dell'unione civile¹ e figli conviventi);
5. Superstiti.

ARTICOLO 1 - MISURA DELLA CONTRIBUZIONE

1. **La contribuzione al Fondo** è stabilita nelle misure definite nel presente articolo.
2. **La contribuzione a carico della Banca e delle altre Società** è definita nella misura stabilita dagli accordi tra le parti sociali, attualmente dell'1,40%, e calcolata sulle retribuzioni imponibili ai fini dell'assicurazione generale obbligatoria.
Il contributo a carico della Banca e delle altre Società dovrà essere ripartito tra la quota destinata all'assistenza diretta e la quota destinata all'assistenza indiretta, in base al Regolamento emanato dal Consiglio di Amministrazione, nel modo seguente:
 - **per assistenza indiretta:** da un minimo dello **0,06%** ad un massimo dello **0,30%**, attualmente **0,20%**, così come stabilito dal Consiglio di Amministrazione ai sensi dell'art. 23 dello Statuto;
 - **per assistenza diretta:** da un minimo del 1,10% ad un massimo dell'**1,34%**, attualmente **1,20%**.
3. **La contribuzione a carico degli Associati** è stabilita come di seguito precisato.
 - a) **per gli Associati in servizio a tempo pieno:**
nella misura dello **0,65%** sulla propria retribuzione imponibile di riferimento, di cui lo **0,55%** (ex 0,50%) destinato alle prestazioni dirette e lo **0,10%** (ex 0,15%) alle prestazioni indirette, con un minimo annuo di Euro 200,00 (duecento/00), ed un massimo annuo di Euro 1.200,00 (milleduecento/00);
 - b) **per gli Associati in esodo anticipato** nella somma dei seguenti valori:
 1. **0,65%** sull'ultima propria retribuzione imponibile di riferimento ragguagliata ad anno, di cui lo **0,55%** (ex 0,50%) destinato alle prestazioni dirette e lo **0,10%** (ex 0,15%) alle prestazioni indirette, con un minimo annuo di Euro 200,00 (duecento/00), ed un massimo annuo di Euro 1.200,00 (milleduecento/00);
 2. **1,40%** sull'ultima propria retribuzione imponibile di riferimento ragguagliata ad anno qualora questo contributo non sia versato dall'Azienda di appartenenza.
 - c) **per gli Associati in servizio a tempo parziale** nella somma dei seguenti valori:
 1. **0,65%** sulla retribuzione imponibile che spetterebbe per lo svolgimento dell'attività lavorativa a tempo pieno, di cui lo **0,55%** (ex 0,50%) destinato alle prestazioni dirette e lo **0,10%** (ex 0,15%) alle prestazioni indirette, con un minimo annuo di Euro 200,00 (duecento/00) ed un massimo annuo di Euro 1.200,00 (milleduecento/00);
 2. **0,70%** calcolato sulla differenza fra la retribuzione imponibile che spetterebbe per lo svolgimento dell'attività lavorativa a tempo pieno e la retribuzione imponibile effettivamente percepita.
 - d) **per gli Associati in servizio** che, per motivi contrattuali e/o legislativi, si trovino assenti temporaneamente dal lavoro senza diritto alla retribuzione nella somma dei seguenti valori:
 1. **0,65%** sulla retribuzione imponibile di un pari grado in servizio ad orario pieno, di cui lo **0,55%** (ex 0,50%) destinato alle prestazioni dirette e lo **0,10%** (ex 0,15%) alle prestazioni indirette, con

¹ Ai sensi dell'art. 1, comma 20 della Legge 20 maggio 2016 n. 76 (in Gazz. Uff. 21 maggio 2016, n. 118) – Regolamentazione delle unioni civili tra persone dello stesso sesso e disciplina delle convivenze, le disposizioni del presente Regolamento contenenti le parole “coniuge”, “coniugi” o termini equivalenti si applicano anche ad ognuna delle parti dell'unione civile tra persone dello stesso sesso.

un minimo di Euro **200,00** (duecento/00) ed un massimo annuo di Euro **1.200,00** (milleduecento/00);

2. 0,70% sulla retribuzione imponibile di un pari grado in servizio ad orario pieno.

e) per gli Associati assenti per maternità obbligatoria e/o facoltativa:

nella misura dello **0,65%** sulla retribuzione imponibile di un pari grado in servizio ad orario pieno, di cui lo **0,55%** (ex 0,50%) destinato alle prestazioni dirette e lo **0,10%** (ex 0,15%) alle prestazioni indirette, con un minimo di Euro 200,00 (duecento/00) ed un massimo annuo di Euro 1.200,00 (milleduecento/00).

f) per gli Associati in quiescenza:

nella misura dello **0,95%** sulle pensioni cumulative lorde percepite, di cui lo **0,85%** (ex 0,80%) destinato alle prestazioni dirette e lo **0,10%** (ex 0,15%) alle prestazioni indirette, con una trattenuta minima annua di Euro 200,00 (duecento/00) ed una trattenuta massima annua di Euro 1.200,00 (milleduecento/00).

4. La contribuzione per i familiari è stabilita come di seguito indicato.

Familiari fiscalmente a carico degli associati:

a) Coniuge

0,30% della base imponibile utilizzata per il calcolo del contributo a carico dell'associato, con un minimo annuo di Euro 300,00 (trecento/00) ed un massimo annuo di Euro 450,00 (quattrocentocinquanta/00).

b) Figli a carico

N. 1: **0,20%** applicato alla base imponibile utilizzata per il calcolo del contributo a carico dell'associato, con un minimo annuo di Euro 200,00 (duecento/00) ed un massimo annuo di Euro 450,00 (quattrocentocinquanta/00);

N. 2: **0,35%** applicato alla base imponibile utilizzata per il calcolo del contributo a carico dell'associato, con un minimo annuo di Euro 350,00 (trecentocinquanta/00) ed un massimo annuo di Euro 900,00 (novecento/00);

N. 3: **0,47%** applicato alla base imponibile utilizzata per il calcolo del contributo a carico dell'associato, con un minimo annuo di Euro 470,00 (quattrocentosettanta/00) ed un massimo annuo di Euro 1.350,00 (milletrecentocinquanta/00);

N. 4 o più: **0,55%** applicato alla base imponibile utilizzata per il calcolo del contributo a carico dell'associato, con un minimo annuo di Euro 550,00 (cinquecentocinquanta/00) ed un massimo annuo di Euro 1.800,00 (milleottocento/00).

Familiari superstiti:

Nella misura dello **0,40%** sull'imponibile di riferimento, di cui lo **0,30%** (ex 0,25%) destinato alle prestazioni dirette, e lo **0,10%** (ex 0,15%) alle prestazioni indirette, con un minimo annuo di Euro 325,00 (trecentoventicinque/00) ed un massimo annuo di Euro 1.200,00 (milleduecento/00);

5. Per imponibile di riferimento del presente articolo si intende:

a) per associati in servizio a tempo pieno: la retribuzione imponibile utilizzata per il calcolo del contributo per la pensione dell'assicurazione generale obbligatoria (AGO);

b) per associati in servizio a tempo parziale: la propria retribuzione imponibile utilizzata per il calcolo del contributo per la pensione dell'assicurazione generale obbligatoria (AGO) ragguagliata al tempo pieno;

c) per associati in servizio senza diritto alla retribuzione: la retribuzione annua imponibile utilizzata per il calcolo del contributo per la pensione dell'assicurazione generale obbligatoria (AGO) di un pari grado in servizio;

d) per associati in esodo anticipato: l'ultima retribuzione imponibile utilizzata per il calcolo del contributo per la pensione dell'assicurazione generale obbligatoria (AGO) ragguagliata ad anno;

e) per associati in quiescenza: la sommatoria dei redditi annui derivanti da pensioni cumulative lorde.

f) **per familiari superstiti: la sommatoria dei redditi annui derivanti da pensioni** cumulative lorde, altri redditi da lavoro (dipendente, assimilati a quelli di lavoro dipendente, autonomo anche in forma associata), redditi di impresa e/o da attività agricola anche in forma associata.

6. Il contributo dovuto dagli Associati viene calcolato sull'imponibile progressivo di riferimento nell'anno, dedotti i contributi pagati nei mesi precedenti.

Il contributo minimo è ragguagliato al periodo di associazione nell'anno ed è applicato in dodicesimi dell'importo intero.

7. Finanziamento delle prestazioni erogate indirettamente tramite Compagnia di Assicurazioni - contributo a carico degli Associati e del Fondo:

- Polizza Sanitaria "Ricoveri Ospedalieri base": premio annuo interamente a carico del Fondo, nella misura negoziata dal Consiglio con la società assicuratrice (anno 2021 importo Euro 9,30 per Associato). Le prestazioni sono definite e regolamentate nel Contratto di polizza.
- Polizza Sanitaria "Ricoveri ospedalieri integrativa", ad adesione volontaria: premio annuo 2021 Euro 315,00 di cui, attualmente, Euro 115,00 a carico del Fondo ed Euro 200,00 a carico dell'Associato; si segnala che il Consiglio di Amministrazione potrà stabilire una diversa ripartizione del premio sulla base delle disponibilità del Bilancio Preventivo 2021. Le prestazioni sono definite e regolamentate nel Contratto di polizza.
- Polizza "Familiari fiscalmente non a carico": premio annuo 2021 Euro 477,00 interamente a carico dell'Associato per ogni familiare aderente alla polizza. Le prestazioni sono definite e regolamentate nel Contratto di polizza.
- Polizza L.T.C. base con contributo a totale carico del Fondo pari ad Euro 39,00 per l'anno 2021.
- Polizza L.T.C. volontaria con contributo a totale carico dell'Associato.

ARTICOLO 2 - MODALITA' PER IL VERSAMENTO DELLA CONTRIBUZIONE E COMUNICAZIONI DEL FONDO

Il contributo viene versato:

- a) per gli associati in servizio, mediante trattenuta mensile sullo stipendio erogato da parte della Banca o dalle Società del gruppo aderenti; in caso di retribuzione netta inferiore al contributo, le modalità devono essere concordate di volta in volta;
- b) per gli associati in quiescenza e gli associati cessati dal rapporto di lavoro per accesso al fondo di solidarietà per il sostegno del reddito, di norma con addebito mensile in conto corrente, aperto presso una delle filiali delle Banche del Gruppo, previa autorizzazione scritta inoltrata dagli stessi. Al fine di poter disporre il calcolo per il corretto addebito del contributo gli associati in quiescenza devono inviare al Fondo, **entro il 30 giugno di ogni anno**, la documentazione comprovante l'importo delle pensioni lorde percepite.

La mancata presentazione della situazione reddituale comporta, per i due mesi successivi, la sospensione temporanea delle prestazioni dirette, con restituzione dei documenti di spesa eventualmente presentati.

Persistendo tale situazione, **al 1 settembre** del medesimo anno, verranno addebitati all'associato i contributi massimi previsti dal Regolamento.

- c) per i familiari superstiti di norma con addebito mensile in conto corrente, aperto presso una delle filiali delle Banche del Gruppo, previa autorizzazione scritta inoltrata dagli stessi. Al fine di poter disporre il calcolo per il corretto addebito del contributo questi associati devono inviare al Fondo, **entro il 30 giugno di ogni anno**, una dichiarazione documentata comprovante il reddito imponibile corrispondente alla somma dei redditi lordi del medesimo anno derivanti da pensioni cumulative lorde, altri redditi da lavoro (dipendente, assimilato a quelli di lavoro dipendente, autonomo anche in forma associata), redditi di impresa e/o da attività agricola anche in forma associata. **Entro il 30 giugno dell'anno successivo** i redditi presunti dovranno essere rettificati o confermati con opportuna dichiarazione documentata.

La mancata presentazione della situazione reddituale comporta, per i due mesi successivi, la sospensione temporanea delle prestazioni dirette, con restituzione dei documenti di spesa eventualmente presentati.

Persistendo tale situazione **al 1 settembre** del medesimo anno, verranno addebitati al familiare superstite i contributi massimi previsti dal Regolamento.

Entro il mese di marzo il Fondo invierà agli associati:

1. la situazione aggiornata degli aventi diritto alle prestazioni dirette (gli associati avranno 60 giorni per restituire il modulo con le eventuali rettifiche);
2. la certificazione dei contributi versati al Fondo nell'anno precedente;
3. l'elenco delle prestazioni dirette percepite nell'anno precedente.

Gli associati in esodo anticipato, i Pensionati e i familiari superstiti per i quali non fosse possibile l'addebito automatico in conto corrente, dovranno obbligatoriamente versare l'intera contribuzione annua dovuta, comprensiva dei contributi per l'adesione alle polizze assicurative, **in un'unica soluzione entro e non oltre il mese di aprile dell'anno di riferimento.**

Altre modalità di pagamento dovranno essere deliberate dal Consiglio di Amministrazione.

In caso di mancato buon fine dell'addebito in conto corrente o di ritardo del versamento in unica soluzione del contributo annuale, il Fondo procederà alla sospensione temporanea delle prestazioni ai sensi dell'art. 8 dello Statuto. In caso di inadempienza per più di 3/6 mesi, il Consiglio proporrà all'Assemblea l'esclusione dell'associato ai sensi dell'art. 9 dello Statuto.

Documenti per l'adesione al Fondo

Le Società aderenti comunicheranno al Fondo, mediante appositi moduli/applicativi telematici concordati, gli elementi necessari per la registrazione dei lavoratori associati, compresi i componenti del nucleo familiare per il quale l'associato abbia chiesto l'adesione, l'indirizzo di posta elettronica e di lavoro, le coordinate bancarie complete, gli elementi della contribuzione e altre informazioni necessarie per la gestione, il controllo e l'aggiornamento della posizione dell'associato e dei familiari.

Il Dipendente fornirà al Fondo sui moduli appositamente predisposti e distribuiti agli aderenti:

- la dichiarazione di consenso al trattamento dei dati, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 di tutti gli aventi diritto alle prestazioni dirette e indirette;
- i dati anagrafici di tutti gli aventi diritto alle prestazioni;
- le coordinate bancarie complete, per l'accredito dei rimborsi delle prestazioni, se non fornite dalla Società aderente;
- il modulo di adesione o di revoca.

Nel caso di decesso dell'Associato, il coniuge superstite o il convivente more uxorio comunicherà al Fondo, entro 60 giorni dalla data di notifica del decesso, la sua volontà di mantenere o meno il diritto alle prestazioni utilizzando la modulistica in uso presso il Fondo. In caso di mantenimento del diritto alle prestazioni, la contribuzione a suo carico decorrerà dal mese successivo a quello della morte dell'Associato.

ARTICOLO 3 - NORME APPLICATIVE DELLO STATUTO

1. Familiari dichiarati a carico - In caso di superamento del limite di reddito fiscale, in presenza delle condizioni previste all'articolo 11 dello Statuto (familiari a carico), vengono sospese sia la contribuzione sia le prestazioni riferite al familiare a carico. L'eventuale ripresa del diritto alle prestazioni non dà luogo ad una ulteriore carenza.

Con particolare riferimento ai figli di età superiore ai 20 anni, l'Associato deve certificare entro il mese di marzo di ogni anno la vivenza a carico dei figli studenti (art. 11 comma 3 punto a2) consegnando al Fondo una copia di idonea documentazione scolastica. Per figli non studenti, invece, deve essere fornita una copia della dichiarazione dei redditi riferita all'anno precedente da cui risulti il carico fiscale.

2. I figli studenti, di cui all'articolo 11 dello Statuto comma 3 punto a2), hanno diritto alle prestazioni fino al compimento del 28° anno di età, anche se fuori corso, e comunque non oltre il 31.12 dell'anno in cui viene conseguita la laurea.

3. I figli non studenti fiscalmente a carico di cui all'art. 11 dello Statuto comma 3 punto a3) e i figli fiscalmente a carico non contemplati dal comma 3 punto a2 del medesimo articolo dello Statuto, in base alla delibera di Consiglio del 06.12.2019 e per un periodo sperimentale di 2 anni (fino al 31.12.2021), hanno diritto alle prestazioni fino al compimento del 28° anno di età (precedentemente 20 anni). L'Associato deve certificare la vivenza a carico dei figli non studenti o non rientranti nelle previsioni dell'art. 11 comma 3 punto a2 dello Statuto.

4. Coniuge separato o divorziato (art. 11 dello Statuto) – Il coniuge separato o divorziato non ha diritto alle prestazioni del Fondo.

5. Qualora l'associato avesse dichiarato al Fondo un familiare a carico senza che lo stesso ne avesse i requisiti, verranno restituiti i contributi incassati e chiesta la restituzione di tutte le prestazioni dirette erogate limitatamente all'anno in cui l'associato ha prodotto la comunicazione correttiva.
6. **Periodo di Carenza** – ai sensi dell'art. 11 dello Statuto, il periodo in cui l'associato non ha diritto alle prestazioni dirette resta definito come segue: **12 mesi** per le prestazioni di odontoiatria e ortodonzia, **3 mesi** per le altre tipologie di spesa. Detto periodo decorre dalla data di iscrizione al Fondo.

In caso di adesione di “gruppi” di associati e loro familiari fiscalmente a carico a seguito di specifici accordi tra le Parti Sociali, il Consiglio può deliberare a termini di Statuto specifiche modalità di applicazione o durata dei periodi di carenza, o procedere, in alternativa alla carenza, all'applicazione di tariffe e percentuali di rimborso spese differenti da quelle ordinarie previste dal presente Regolamento.

7. Ad integrazione delle previsioni dell'articolo 15 dello Statuto in tema di “Patrimonio”, il Consiglio ha deliberato l'istituzione dei seguenti Fondi per l'assistenza indiretta, definendone i limiti di accantonamento a fine esercizio:
 - **Fondo per la gestione della polizza sanitaria “Ricoveri Ospedalieri Base”**: l'ammontare accantonato a fine esercizio su tale Fondo non può eccedere il 40% del premio annuo corrisposto alla Compagnia nell'esercizio in chiusura.
 - **Fondo per la gestione della polizza sanitaria “Ricoveri Ospedalieri Integrativa”**: l'ammontare accantonato a fine esercizio su tale Fondo non può eccedere il 40% del premio annuo corrisposto alla Compagnia nell'esercizio in chiusura.
 - **Fondo per la gestione della polizza “L.T.C.”**: l'ammontare accantonato a fine esercizio su tale Fondo non può eccedere il 40% del premio annuo corrisposto alla Compagnia nell'esercizio in chiusura.

In caso di necessità, il limite di accantonamento può essere eccezionalmente superato purché il Consiglio ne renda note le ragioni o presenti idoneo progetto di destinazione del surplus di giacenza.

8. **Patrimonio** (art. 15 dello Statuto): la definizione dell'ammontare e l'individuazione degli strumenti idonei per l'investimento del Patrimonio del Fondo devono avvenire nel rispetto delle linee guida, dei criteri e di eventuali norme interpretative specificamente deliberate dal Consiglio. Il Consiglio ha altresì facoltà di delegare ad uno o più Consiglieri l'analisi delle proposte pervenute dai gestori di UBI Banca e l'individuazione delle soluzioni idonee, purché nel rispetto delle linee guida/criteri vigenti e degli importi precedentemente deliberati dal Consiglio. Il perfezionamento delle operazioni di investimento dovrà avvenire secondo le vigenti facoltà di firma.

TITOLO II PRESTAZIONI EROGATE DIRETTAMENTE DAL FONDO

ARTICOLO 4 - MODALITA' E TERMINI DELLE RICHIESTE

Le richieste di rimborso possono essere presentate in formato cartaceo o in formato elettronico con le seguenti modalità:

1. formato cartaceo:
 - ✓ compilare in ogni sua parte il **Modulo per la richiesta di rimborso** (dettaglio dei documenti e Totale importi), scaricabile dal Sito WEB del Fondo Assistenza (Area Riservata Pratiche Associato – Modulistica e documentazione – Documento nr. 10) o allegato n. 5 alla presente circolare;
 - ✓ **allegare una sola fotocopia dei documenti di spesa**;
 - ✓ **allegare copia della prescrizione medica ove previsto dal Regolamento**.
2. formato elettronico, per chi ha la possibilità di scansionare i documenti, dal Sito WEB del Fondo Assistenza:
 - ✓ accesso da portale aziendale o da Internet digitando l'indirizzo <http://www.fondoassistenzaubi.it/>
 - ✓ pulsante "AREA RISERVATA PRATICHE ASSOCIATO"
 - ✓ voce di menù: **Gestione Rimborsi ► Nuova richiesta di rimborso**
 - ✓ **allegare copia scannerizzata dei documenti di spesa**;
 - ✓ ove previsto dal Regolamento **allegare copia scannerizzata della prescrizione medica e/o della scheda delle prestazioni odontoiatriche/ortodontiche**.
 - ✓ **NON va allegato il Modulo per la richiesta di rimborso**.

I documenti di spesa, cioè le fatture e/o ricevute valide ai fini fiscali:

- devono essere leggibili;
- devono essere dettagliati come previsto dagli artt. 7 e 8 del presente Regolamento;
- non devono riportare abrasioni, cancellature, correzioni;
- devono riportare in modo leggibile gli importi pagati, preferibilmente sia in cifre che in lettere;
- devono essere obbligatoriamente intestati alla persona che ha fruito della prestazione, riportandone il codice fiscale;
- devono essere riferiti ad una sola tipologia di rimborso ovvero riportare analiticamente descrizione e ammontare delle diverse prestazioni fatturate (per ogni tipologia di spesa potrebbe esistere un plafond diverso e i rimborsi devono essere correttamente quantificabili).

In caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, il Fondo applicherà l'articolo 9 dello Statuto (Esclusioni dell'associato) e potrà dare immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

Il Consiglio di Amministrazione, a proprio insindacabile giudizio, al fine di una corretta valutazione delle pratiche presentate, potrà richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche:

- di effettuare controlli medici a campione, da parte di medici di propria fiducia, agli associati, ai loro familiari e ai superstiti che hanno chiesto di fruire o abbiano fruito delle prestazioni del Fondo;
- di richiedere ulteriore documentazione;
- di richiedere chiarimenti all'ente/società o al medico che ha emesso la ricevuta/fattura;
- la produzione della documentazione in originale (fatture/ricevute, documentazione sanitaria, ecc.).

Le prestazioni per le quali si chiede il rimborso devono essere elencate singolarmente sull'apposito modulo predisposto dal Fondo o nella pertinente pagina del Sito web. Non sono rimborsati documenti di spesa di importo inferiore a Euro 10,00.

I documenti di spesa che:

- comprendono sia tickets sia altre prestazioni, verranno rimborsati come normali prestazioni non comprese nell'art. 13 (ticket);
- non riportano chiaramente la dicitura "ticket" o "prestazione convenzionata con il S.S.N." o dicitura assimilabile, saranno rimborsati come previsto all'articolo 12 "Contributi per altre prestazioni sanitarie".

L'eventuale IVA riferita alle prestazioni sarà rimborsabile nella misura massima del 4%.

I documenti di spesa:

- **se pervenuti al Fondo oltre centoventi giorni (120 gg) di calendario dalla data di emissione non saranno rimborsati;**
- devono riportare l'indicazione della specializzazione del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

SARANNO RESPINTE le richieste di rimborso non previste dal presente Regolamento, riferite a:

- visite fiscali e/o assicurative;
- medicina dello sport, medicina legale e medicina del lavoro;
- certificati medici generici compresi quelli di sana e robusta costituzione;
- visite per il rilascio della patente di guida;
- le visite per le certificazioni mediche a pagamento;
- prestazioni estetiche e prestazioni effettuate da medici specialisti in chirurgia plastica (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi)
- prestazioni specialistiche dietologiche e nutrizionali, comprese le visite, i programmi dietologici e i relativi controlli, le visite e le prestazioni erogate da medici specialisti in "scienza dell'alimentazione";
- contraccettivi;
- spese relative al rilascio della cartella clinica;
- quote associative, spese amministrative, importi relativi ai diritti ambulatoriali, spese di segreteria e similari nonché gli abbonamenti di qualsiasi genere (palestra, piscina, ecc.);
- stampa o ristampa esami (radiografie, CD);
- lettura degli esami;
- acquisto di attrezzature sanitarie o parasanitarie, non espressamente regolamentate dall'art. 11 del presente Regolamento;
- fatture/ricevute riferite a prestazioni specialistiche, che non riportano la specializzazione e le generalità complete del medico che ha eseguito la prestazione ad esclusione di quanto indicato all'art. 12 lettera a) ultimo periodo;
- fatture non chiare e/o non leggibili e/o alterate;
- la marca da bollo presente nelle fatture/ricevute;
- tickets sui medicinali e/o spese per medicinali;
- vaccini, ad esclusione di quelli per le cure allergologiche;
- i trattamenti sclerosanti finalizzati, ad esempio, ad eliminare le teleangectasie, ovvero i capillari dilatati, ecc.;
- la pressoterapia, la mesoterapia, la fitoterapia, la pranoterapia, il test del capello ed altre terapie assimilabili;
- le infiltrazioni, per la quota riferita al farmaco;
- le prestazioni iridologiche;
- le prestazioni pedagogiche (salvo approvazione del Consiglio per casi particolari per necessità riabilitative: es. ictus);
- calze elastiche, panciere elastiche, fasce elastiche;
- richieste presentate in forma cartacea prive del modulo di "RICHIESTA DI CONTRIBUTO ORDINARIO" appositamente predisposto dal Fondo;
- fatture/ricevute prive dell'apposita scheda di specifica delle prestazioni odontoiatriche o ortodontiche eseguite/in esecuzione, predisposta dal Fondo;
- fatture/ricevute riferite all'acquisto di lenti correttive prive dell'apposita scheda di specifica "Visus" (scheda diottrie);
- fatture/ricevute prive dello scontrino fiscale (es. acquisto lenti);
- scontrino fiscale privo di documentazione probatoria relativa al dettaglio della prestazione (es. per l'acquisto delle lenti, il dettaglio tecnico e di costo) e del codice fiscale del beneficiario;
- l'oxi test o esami/analisi equivalenti per la valutazione dello stato di benessere e invecchiamento;
- il prelievo di sangue dal cordone ombelicale del nascituro per la conservazione delle cellule staminali, anche ad uso autologo.

Il Consiglio ha la facoltà di:

- riesaminare, su motivata richiesta, le pratiche non rimborsate;
- erogare prestazioni straordinarie ai sensi dell'art. 13, punto 2, lettera c dello Statuto:
 - per spese di importo pari o superiore ad euro 2.500,00;
 - considerando l'effettivo stato di bisogno anche sulla base del reddito complessivo del nucleo familiare.

La delibera deve essere assunta con le modalità previste all'articolo 13, comma 2, lettera c dello Statuto.

Le richieste di rimborso relative a spese sostenute nel corso dell'anno solare precedente a quello di presentazione verranno liquidate a valere sul plafond dell'anno di competenza se presentate **entro il 15 gennaio** (farà fede la data del protocollo del Fondo o quella di inserimento della richiesta ne Sito web), quelle presentate successivamente graveranno sul nuovo plafond, relativo all'anno di presentazione della richiesta di contributo, nei limiti della disponibilità sia del plafond dell'anno di competenza che del plafond dell'anno di presentazione e con le regole, se più sfavorevoli, stabilite per l'anno precedente. Si precisa che le richieste di rimborso delle prestazioni in precedenza respinte, se ripresentate, acquisiranno un nuovo numero di protocollo.

ARTICOLO 5 - DECORRENZA E MISURA DELLE PRESTAZIONI DIRETTE

Le prestazioni, di cui al presente Regolamento, decorrono:

- dal **1 gennaio 2021 al 31 dicembre 2021** quelle con periodicità annuale;
- dal **1 gennaio 2020 al 31 dicembre 2021** quelle con periodicità biennale.

Nel caso di nuove adesioni, i plafonds individuali di spesa vengono calcolati pro quota in rapporto al periodo che intercorre tra la data in cui si matura il diritto alle prestazioni (termine del periodo di carenza ex art. 14 dello Statuto) e la data di scadenza di validità del plafond.

ARTICOLO 6 - RICOVERI IN PRESIDI OSPEDALIERI E INTERVENTI AMBULATORIALI

Il Fondo:

- In caso di ricovero ospedaliero, per le spese sanitarie **non rimborsate dalle polizze assicurative "Ricoveri Ospedalieri (Base o Volontaria)" in essere**, prevede un contributo pari al **70%** con il limite globale di **Euro 1.000,00** pro capite per anno per:
 - prestazioni medico sanitarie con ricovero presso Ospedali o case di cura
 - prestazioni **in regime di Day-Hospital**
 - spese di degenza con o senza intervento chirurgico (spese di natura sanitaria o per cambio di classe alberghiera).

Gli importi rimasti a carico dell'associato per la franchigia prevista dalle polizze assicurative non sono rimborsabili;
- nel caso di degenza ospedaliera dei figli fino ai 18 anni di età eroga un contributo aggiuntivo pari al **70%** delle spese di vitto e pernottamento presso la struttura ospedaliera o alberghiera esterna sostenute da un accompagnatore che presti assistenza durante il periodo di ricovero documentato, con il limite massimo di ulteriori **Euro 1.680,00** annui. L'assistenza per il ricovero in day hospital comprende il vitto e non il pernottamento.
- in caso di intervento ambulatoriale **non rimborsabile dalle polizze assicurative "Ricoveri Ospedalieri (Base o Volontaria)"** liquida le spese sanitarie sostenute **nella misura del 70%** fino ad un massimo di **Euro 1.000,00** pro capite per anno. I piccoli interventi ambulatoriali sono ammessi al rimborso purché vengano eseguiti in strutture specializzate e siano certificati da idonea documentazione sanitaria e non siano di natura estetica.

Nel caso dei rimborsi di cui alle precedenti lettere a), b) e c), qualora l'associato o l'avente diritto alle prestazioni inoltrasse la richiesta direttamente al Fondo per una prestazione **prevista dalle polizze assicurative Ricoveri Ospedalieri in essere (Base o Volontaria)**, dal valore della fattura o della ricevuta verrà detratto l'eventuale contributo previsto dalle condizioni di polizza. Inoltre, qualora l'associato avesse beneficiato della diaria giornaliera erogata dall'assicurazione, non potrà richiedere al Fondo il rimborso delle altre spese di ricovero rimaste a proprio carico.

Documentazione necessaria per il rimborso della spesa sostenuta:

- **una sola fotocopia delle** fatture e/o ricevute fiscali;

- copia della lettera di dimissione **per i ricoveri ospedalieri e della relazione/descrizione medica per gli interventi ambulatoriali.**

ARTICOLO 7 - CONTRIBUTO PER CURE E PROTESI DENTARIE

Il contributo è biennale e viene calcolato come segue:

a) per l'associato:

- **il 70%** della spesa sostenuta, anche con più richieste nel biennio, fino ad un massimo di **Euro 1.750,00** (pari ad un fatturato di Euro 2.500,00);
- **il 35%** sull'eventuale ulteriore spesa eccedente gli Euro 2.500,00 (ammontare delle fatture presentate anche in più richieste nel biennio), fino ad un massimo di ulteriori **Euro 2.100,00** (pari ad un ulteriore fatturato di Euro 6.000,00).

Tabella riepilogativa:

SPESA MASSIMA DI RIFERIMENTO	PERCENTUALE DEL RIMBORSO	CONTRIBUTO MASSIMO EROGABILE NEL BIENNIO	
		VALORE	TIPOLOGIA
2.500,00	70%	1.750,00	ORDINARIO
6.000,00	35%	2.100,00	AGGIUNTIVO
8.500,00		3.850,00	TOTALE MASSIMO RIMBORSABILE NEL BIENNIO

b) per i familiari e i superstiti:

- **il 70%** della spesa sostenuta, anche con più richieste nel biennio, fino ad un massimo di **Euro 1.050,00** (pari ad un fatturato di Euro 1.500,00);
- **il 35%** sull'eventuale ulteriore spesa eccedente gli Euro 1.500,00 (ammontare delle fatture presentate anche in più richieste nel biennio) fino ad un massimo di ulteriori **Euro 1.400,00** (pari ad un ulteriore fatturato di Euro 4.000,00).

Tabella riepilogativa:

SPESA MASSIMA DI RIFERIMENTO	PERCENTUALE DEL RIMBORSO	CONTRIBUTO MASSIMO EROGABILE NEL BIENNIO	
		VALORE	TIPOLOGIA
1.500,00	70%	1.050,00	ORDINARIO
4.000,00	35%	1.400,00	AGGIUNTIVO
5.500,00		2.450,00	TOTALE MASSIMO RIMBORSABILE NEL BIENNIO

Nell'ambito delle previsioni dell'art. 4 del presente Regolamento, sono escluse dal rimborso le spese per sbiancamento, considerate di tipo estetico.

Documentazione necessaria per il rimborso della spesa sostenuta:

- modulo di richiesta di contributo ordinario;
- **una sola copia delle** fatture e/o ricevute fiscali;
- la scheda di specifica delle prestazioni odontoiatriche/ortodontiche eseguite/in esecuzione predisposta dal Fondo, accuratamente compilata in tutte le sue parti, timbrata e firmata dal medico specialista che ha eseguito la prestazione, dall'associato e dal familiare che ha fruito della prestazione (**N.B. la somma degli importi dettagliati nelle singole voci della scheda deve "necessariamente" corrispondere al totale della fattura cui si riferisce; anche nel caso di pagamenti di "acconti", deve essere richiesta al dentista la compilazione della scheda di specifica e la somma delle voci dettagliate deve corrispondere al totale della fattura dell'anticipo pagato**);
- per i lavori prolungati nel tempo è necessario allegare ad ogni richiesta di rimborso copia del preventivo globale di spesa con il dettaglio delle prestazioni da effettuare e la loro durata.

ARTICOLO 8 - CONTRIBUTO PER APPARECCHI ORTODONTICI

- a) E' previsto un contributo pro-capite fruibile una sola volta nella vita associativa, pari **al 70%** della spesa sostenuta, anche frazionabile in più documenti di spesa fino ad un massimo complessivo di Euro 2.050,00.

- b) All'esaurimento del suddetto massimo complessivo (**Euro 2.050,00**), a decorrere dal biennio successivo, è previsto un ulteriore contributo biennale, pari al **50%** delle spese sostenute, fino ad un rimborso massimo di **Euro 1.000,00**.

Nella spesa per apparecchi ortodontici rientrano lo studio preparatorio e tutto quanto attinente alla prestazione (radiografie, ecc.) e le spese relative a Bite e Night guard.

Documentazione necessaria per il rimborso delle prestazioni:

- **una sola copia delle** fatture e/o ricevute fiscali;
- la scheda di specifica delle prestazioni eseguite o da eseguire predisposta dal Fondo, accuratamente compilata in tutte le sue parti, timbrata e firmata dal medico specialista che ha eseguito la prestazione, dall'associato e dal familiare che ha beneficiato della prestazione (N.B. la somma degli importi dettagliati nelle singole voci della scheda deve "necessariamente" corrispondere al totale della fattura cui si riferisce).

ARTICOLO 9 - CONTRIBUTO PER LENTI CORRETTIVE

E' previsto un **contributo biennale** pari al **70%** della spesa sostenuta per l'acquisto di lenti correttive, prescritte dal medico oculista, dall'optometrista iscritto all'albo o dall'ottico, articolato come segue:

- a) per l'associato: **Euro 400,00**;
b) per il familiare a carico e i superstiti: **Euro 310,00**.

Nel rimborso sono comprese le spese accessorie, quali il montaggio, la lavorazione e i trattamenti vari, nonché il liquido/soluzione per le lenti corneali.

Documentazione necessaria per il rimborso della spesa sostenuta:

- **una sola copia delle** fatture e/o ricevute o lo scontrino fiscale munito di documentazione probatoria con il dettaglio della prestazione e del codice fiscale del beneficiario, con indicazione separata del tipo di lente utilizzata e del relativo costo, della montatura e delle spese aggiuntive (ad esempio il montaggio nel caso di occhiali) e dell'eventuale sconto, possibilmente calcolato voce per voce;
- la fotocopia della prescrizione del medico oculista, dell'optometrista iscritto all'albo o dell'ottico, riportante la scheda del "VISUS" emessa in data non antecedente **cinque** anni rispetto alla data della fattura.

ARTICOLO 10 - SPESE PER ULTIMA MALATTIA E FUNERARIE

Il Fondo interviene con un contributo fino ad un massimo di **Euro 2.000,00** per le spese sostenute e documentate per la morte dell'associato, del familiare a carico iscritto al Fondo o del superstite. Il contributo verrà erogato all'associato o ad altra persona che dimostri di aver sostenuto le spese.

Documentazione necessaria per il rimborso della spesa sostenuta:

- certificato di morte o dichiarazione equivalente;
- **una sola copia delle** fatture/ricevute fiscali quietanzate intestate all'associato, al coniuge dell'iscritto o alla persona che ha sostenuto la spesa.

In deroga a quanto disposto all'art. 4 del presente Regolamento, sono rimborsabili le fatture con data di emissione fino ad un massimo di 12 mesi prima della data di presentazione della richiesta del rimborso.

ARTICOLO 11 - CONTRIBUTO PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA PROTESICA

E' previsto un contributo per le spese sostenute e rimaste a carico dell'assistito, al netto della partecipazione del S.S.N., di seguito indicate:

- a) protesi ortopediche e mezzi di deambulazione: nella misura del **70%** della spesa sostenuta con un massimo di **Euro 260,00** pro capite per **biennio**. *Per gli associati o familiari portatori di handicap con invalidità superiore ai 2/3 riconosciuta dalle competenti autorità pubbliche, il massimale è elevato a **Euro 520,00**, purché la spesa sostenuta sia riferibile alla patologia oggetto dell'invalidità stessa.* Sono rimborsabili le spese sostenute per il noleggio temporaneo della carrozzella, delle stampelle e del tutore.

- b) protesi acustiche (comprese le batterie): nella misura del **70%** della spesa sostenuta sino ad un massimo di **Euro 1.220,00** pro capite per **biennio**;
- c) protesi oculare (occhio artificiale), arto artificiale: nella misura del **70%** della spesa sostenuta con un massimo di **Euro 450,00** pro capite per **biennio**;
- d) apparecchio laringofono: nella misura del **70%** della spesa sostenuta con un massimo di **Euro 450,00** pro capite per **biennio**;
- e) protesi senologica **conseguente ad intervento di chirurgia plastica ricostruttiva non avente finalità estetica**: nella misura del **70%** della spesa sostenuta con un massimo di **Euro 450,00** pro capite **una tantum**. In caso di intervento bilaterale il plafond si intende raddoppiato; in caso di più interventi la prestazione è ripetibile.

Documentazione necessaria per il rimborso della spesa sostenuta:

- **una sola copia della prescrizione** rilasciata dal medico con specializzazione riferita alla patologia che dà luogo alla richiesta di rimborso o dal podologo oppure dal medico del Servizio Sanitario Nazionale, contenente la motivazione della richiesta. E' ritenuta valida anche la prescrizione rilasciata da una struttura ospedaliera o indicata nella diagnosi contenuta in una cartella clinica.
Per le protesi varie e i presidi ortopedici (es. plantari, busti, ecc.), la prescrizione del medico non deve essere antecedente di oltre 6 mesi rispetto la data della fattura/ricevuta e può essere utilizzata per una sola richiesta di rimborso;
- **una sola copia della fattura e/o ricevuta e/o scontrino fiscale** munito di documentazione probatoria con il dettaglio della prestazione e del codice fiscale del beneficiario;
- **eventuale autorizzazione/riconoscimento della prestazione da parte del S.S.N. (DM Sanità 27 agosto 1999, n. 332, salvo successive modificazioni e integrazioni).**

Sono rimborsabili le scarpe ortopediche solo ai portatori di handicap con invalidità superiore ai 2/3.

ARTICOLO 12 - CONTRIBUTI PER ALTRE PRESTAZIONI SANITARIE

a) VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE, DIAGNOSTICA E ALTRE PRESTAZIONI

Visite specialistiche, esami di laboratorio, diagnostica strumentale (es. radiografie, radioscopie, ecografie, tac, risonanza magnetica ed esami similari), test e cure allergologiche, prestazioni del logopedista, del podologo, preparazione al parto: è previsto un contributo pari al **70%** della spesa sostenuta sino ad un massimo di **Euro 1.000,00** pro capite per anno. Il limite massimo rimborsabile per ogni singola visita specialistica è di **Euro 120,00**. Le fatture/ricevute fiscali che contengono, oltre la spesa per visita specialistica, anche spese per altre prestazioni (es. visita specialistica internistica con ecografia, elettrocardiogramma, ecc.) il limite di **Euro 120,00** viene incrementato di Euro 50,00 per ogni prestazione aggiuntiva, nel limite massimo complessivo rimborsabile di **Euro 220,00** per fattura/ricevuta fiscale. Nel caso di fattura/ricevuta fiscale contenente la richiesta di rimborso di più visite specialistiche della medesima tipologia, sarà rimborsata solo una visita.

Si precisa che per le prestazioni indicate di seguito, fermo restando il plafond sopra indicato, è previsto un contributo pari al 100% della spesa sostenuta:

- a) pap test, mammografia;
- b) Esame del PSA (antigene prostatico), colonscopia o altro esame assimilabile.

Per il pap test e/o la mammografia, il costo della prestazione deve essere indicato separatamente da altre eventuali prestazioni (es. visita specialistica). Diversamente la prestazione viene liquidata come previsto al precedente primo comma.

Il plafond inoltre viene elevato a **Euro 2.000,00** pro capite per anno per i soggetti riconosciuti con invalidità totale (100%) certificata annualmente dalle competenti autorità pubbliche.

Per gli associati con patologie oncologiche anche pregresse **riconosciute dal S.S.N. che abbiano presentato il documento di esenzione in corso di validità (a titolo di esempio "tessera di esenzione recante il codice 048") il plafond viene elevato a Euro 2.000,00.**

Le visite o le prestazioni mediche non specialistiche effettuate dal medico generico in località turistiche, diverse dalla residenza dell'associato (es.: albergo, villaggio turistico, nave da crociera, ecc.), saranno

rimborsate nell'ambito delle previsioni dell'art. 12 lettera a) del presente Regolamento fino al limite massimo di **Euro 100,00**.

Sono rimborsabili le analisi e gli esami per verificare la sterilità, che è stato patologico non evolutivo; in caso di infertilità invece si rimborsano gli esami e le cure necessarie alla guarigione. Le spese sostenute collegate alla sterilità o all'infertilità si limitano a quelle sostenute per gli accertamenti clinici specialistici relativi all'individuazione della causa di entrambe e per i trattamenti per la sola cura della infertilità; restano pertanto escluse dal rimborso le spese connesse ad eventuali interventi di inseminazione artificiale.

b) PSICOTERAPIA/PSICHIATRIA

Colloqui clinici, colloqui di sostegno, diagnosi e visite specialistiche. E' previsto un contributo **una tantum a partire dal 1.1.2014** pari al **40%** della spesa sostenuta con un massimo di **Euro 1.600,00** pro capite; per avere diritto al rimborso della prestazione, ad esclusione della visita specialistica, è necessario presentare copia della prescrizione, non antecedente di oltre **6 mesi** rispetto alla data del documento di spesa, rilasciata dal medico convenzionato con il S.S.N. che ha in carico l'assistito e/o dal medico con specializzazione riferita alla patologia che dà luogo alla richiesta di rimborso. Non è ritenuta valida la prescrizione dello psicologo o dello psicoterapeuta. La psicoterapia deve essere effettuata da specialista laureato in medicina (neuropsichiatra, psichiatra), o laureato in psicologia, iscritti all'albo degli psicologi terapeuti in base alle vigenti norme di legge.

Il rimborso relativo a spese per musicoterapia, danzaterapia e ippoterapia è previsto solo per i soggetti:

- aventi un'età inferiore ai 14 anni;
 - aventi età superiore ai 14 anni e siano riconosciuti con invalidità totale (100%).
- purché la prestazione sia effettuata da personale abilitato ASL.

c) PRESTAZIONI FISICHE E RIABILITATIVE

E' previsto un contributo annuale pari al **70%** della spesa sostenuta con un massimo di **Euro 500,00** pro capite per cure fisiche riabilitative, ginnastica riabilitativa, fisioterapia, kinesiterapia, chiroterapia, laser terapia, elettroterapia, agopuntura e terapie assimilabili.

Il plafond inoltre viene elevato a **Euro 1.000,00** pro capite per anno per i soggetti riconosciuti con invalidità totale (100%) certificata dalle competenti autorità pubbliche.

Per le terapie è necessario presentare **una fotocopia** della prescrizione, non antecedente di oltre **6 mesi** rispetto alla data del documento di spesa, rilasciata dal medico del S.S.N. che ha in carico l'assistito o dal medico con specializzazione riferita alla patologia che dà luogo alla richiesta di rimborso. In nessun caso la prescrizione potrà essere rilasciata da fisioterapisti, osteopati o altri professionisti diversi da quelli sopra indicati. A questo fine sono considerate valide anche le prescrizioni indicate nella diagnosi contenuta in una cartella clinica.

Le prestazioni devono essere effettuate in Strutture pubbliche e private accreditate presso il SSN o da soggetti riconosciuti dalle competenti autorità sanitarie o iscritti ad albi/registri di categoria.

Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere copia del titolo di studio relativo all'Abilitazione professionale o attestazione di Iscrizione all'albo.

d) PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE E DOMICILIARI

E' previsto un contributo annuale pari al **70%** della spesa sostenuta con un massimo di **Euro 250,00** pro capite per:

1. assistenza infermieristica domiciliare (inabilità temporanea o permanente) non rientrante nella copertura prevista dalle polizze assicurative in essere. Rientrano in tale ambito anche le prestazioni infermieristiche fruite presso Strutture ospedaliere o R.S.A.;
2. trasporto con ambulanza o mezzo attrezzato.

Documentazione necessaria per il rimborso delle spese sostenute di cui ai punti a), b), c) e d)

Una sola fotocopia delle fatture e/o ricevute valide ai fini fiscali. Sono accettati anche gli scontrini fiscali in alternativa alla fattura/ricevuta, purché muniti di documentazione probatoria con il dettaglio della prestazione e del codice fiscale del beneficiario.

Il Fondo si riserva di poter richiedere, in ogni momento, l'originale delle prescrizioni che dovranno quindi essere conservate a cura dell'associato.

Per le patologie tumorali l'associato deve presentare il documento di esenzione in corso di validità (a titolo di esempio "tessera di esenzione recante il codice 048").

Le prestazioni sanitarie di cui ai punti a), b) c) e d) rese alla persona, nell'esercizio delle professioni e arti sanitarie, devono essere esercitate da personale individuato dalla normativa sanitaria tempo per tempo vigente. Le suddette prestazioni sanitarie sono esenti da IVA (Art. 10, n. 18, DPR n. 633/72 e Circolare Agenzia delle Entrate 28.1.2005, n. 4/E).

Sono altresì rimborsabili le prestazioni erogate dalle Farmacie nell'ambito dei servizi previsti dal Servizio Sanitario Nazionale (D.C.M. n. 64 del 2.10.2009 e successive modificazioni e integrazioni) compatibilmente alle previsioni del presente articolo. Non è necessaria la prescrizione per: visite pediatriche, omeopatiche/osteopatiche e specialistiche varie (ad esclusione della psicoterapia), esami di laboratorio, esami del sangue, esami di diagnostica strumentale (es. ecografie, radiografie, TAC, Risonanza Magnetica ed esami simili). Le prestazioni infermieristiche domiciliari devono essere effettuate da personale in possesso dei requisiti previsti ai precedenti punti (allegando apposita documentazione). Le prestazioni di logopedia devono essere prescritte dal medico di base o da un medico con specializzazione riferita alla patologia che ha dato luogo alla richiesta. La prestazione deve essere effettuata da un logopedista, iscritto all'albo. Le visite o le valutazioni omeopatiche/osteopatiche sono rimborsabili solo se effettuate da personale medico.

e) **CURE IDROPINICHE/TERMALI**

E' previsto per gli associati, i familiari a carico e i superstiti un contributo pari al **70%** della spesa sostenuta, sino ad un massimo di **Euro 175,00** pro capite per anno.

Documentazione necessaria per il rimborso della spesa sostenuta:

- **una sola copia delle** fatture e/o ricevute valide ai fini fiscali, con la specifica delle prestazioni effettuate;
- la prescrizione, **in fotocopia**, può essere rilasciata dal medico del S.S.N., dal medico di famiglia, dallo specialista delle Terme o dal medico con specializzazione riferita alla patologia che dà luogo alla richiesta di rimborso.

ARTICOLO 13 - RIMBORSO DEI TICKETS PER PRESTAZIONI ASSISTITE DAL S.S.N.

E' previsto per tutti gli aventi diritto alle prestazioni, **il rimborso del 100%** della spesa sostenuta per tickets, (ad esclusione dei tickets sui medicinali di cui all'art. 4 del presente Regolamento), con un plafond massimo di **Euro 700,00** pro capite per anno.

Il plafond inoltre viene elevato a Euro 1.400,00 pro capite per anno per i soggetti riconosciuti con invalidità totale (100%) certificata dalle competenti autorità pubbliche.

Per gli associati con patologie oncologiche anche pregresse riconosciute dal S.S.N. che abbiano presentato il documento di esenzione (a titolo di esempio "tessera di esenzione recante il codice 048") il plafond viene elevato a Euro 1.400,00.

Sono altresì rimborsabili i tickets emessi dalle Farmacie nell'ambito dei servizi previsti dal Servizio Sanitario Nazionale (D.C.M. n. 64 del 2.10.2009 e successive modificazioni e integrazioni) compatibilmente alle previsioni del presente articolo.

Saranno esclusi dal rimborso e ascritti alla pertinente disposizione regolamentare, i documenti di spesa in cui il ticket non sia esplicitamente indicato e quelli che oltre al ticket riportano altre voci di spesa a prezzo pieno. In caso di liquidazione della prestazione come previsto al secondo comma, non è ammessa la riliquidazione della prestazione, anche se successivamente viene presentata ulteriore documentazione, ad esclusione di eventuali errori commessi dall'ufficio.

TITOLO III
PRESTAZIONI EROGATE TRAMITE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI

ARTICOLO 14 - PRESTAZIONI EROGATE TRAMITE POLIZZA ASSICURATIVA

Il Fondo eroga le seguenti prestazioni attraverso la sottoscrizione delle seguenti convenzioni assicurative:

1. Polizza sanitaria “Ricoveri Ospedalieri base” (durata annuale):

- per la copertura delle spese sostenute durante il ricovero in Istituto di cura (pubblico o privato che comporti almeno un pernottamento) **in caso di intervento chirurgico ad alta specializzazione;**
- **il premio annuo di Euro 9,30 è interamente a carico del Fondo.**

PERSONE ASSICURATE	Associato, nucleo familiare risultante dallo stato di famiglia al momento del sinistro, figli non conviventi (purché studenti) fino ad un massimo di 28 anni e figli fiscalmente a carico per i quali esiste l’obbligo di mantenimento. Fruiscono di tale copertura <u>gli associati (ed il rispettivo nucleo familiare) che non aderiscano alla Polizza sanitaria “Ricoveri Ospedalieri ad adesione volontaria” le cui prestazioni sono “sostitutive” della polizza “base”.</u>
---------------------------	--

PRESTAZIONI (per il dettaglio normativo consultare il contratto di polizza)	MASSIMALE ASSICURATO	Indennità giornaliera
TIPOLOGIA DI RICOVERO		
Interventi chirurgici conseguenti a malattie: del cuore, tumorali, maligne, donazione di organi (per donatore o ricevente), malattie infantili (limitatamente alle malformazioni congenite del neonato fino al compimento del secondo anno di vita), dei reni, dei polmoni, degli occhi, del fegato (comprese colecisti), fibromi uterini, miomi uterini ed adenomi mammari, dello stomaco e del duodeno, in caso di interventi chirurgici sul cervello in dipendenza da malattie od infortunio.	Euro 10.330,00 annui La garanzia viene prestata per un solo intervento all’anno per nucleo familiare senza franchigia.	In alternativa alle richieste di rimborso delle spese sostenute è prevista un’indennità per ogni giorno di ricovero di Euro 77,50 per la durata massima di 100 giorni per annualità assicurativa dal <u>quarto</u> giorno successivo a quello del ricovero.

2. Polizza sanitaria “Ricoveri Ospedalieri ad adesione volontaria”

Per la copertura delle spese sostenute durante il ricovero in Istituto di cura (pubblico o privato).

PREMIO COMPLESSIVO (comprensivo d’imposta)	QUOTA A CARICO DELL’ASSOCIATO Con decorrenza 01.01.2020	QUOTA ATTUALMENTE A CARICO DEL FONDO ASSISTENZA
Euro 315,00	Euro 200,00 (pari a Euro 16,66 mensili)	Euro 115,00

PROSPETTO RIEPILOGATIVO DELLE PRESTAZIONI DELLA POLIZZA:

PERSONE ASSICURATE	Associato, nucleo familiare risultante dallo stato di famiglia al momento del sinistro, figli non conviventi (purché studenti) fino ad un massimo di 28 anni e figli fiscalmente a carico per i quali esiste l’obbligo di mantenimento. La presente copertura sostituisce quella offerta dalla Polizza sanitaria “Ricoveri Ospedalieri base”. La Polizza prevede che, in caso di disdetta, l’associato non abbia più la possibilità di riattivare la stessa copertura assicurativa.	
TIPOLOGIA DI RICOVERO		
Interventi Chirurgici ad alta specializzazione	Rimborso delle spese sostenute con il massimo annuale di Euro 300.000,00 per nucleo Familiare, con le seguenti franchigie: ricoveri in rete (strutture convenzionate con Generali Italia): 10% - min € 350,00 ricoveri fuori rete: 15% - min € 1.500,00 Ticket: rimborso al 100%. Spese pre/post ricovero: 90/120 gg scoperto 15% vitto/alloggio accompagnatore € 55,00 - max 150 gg	Qualora si usufruisca del Servizio Sanitario Nazionale, indennità giornaliera di Euro 130,00 dal <u>primo giorno</u> per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa.
Ricoveri per interventi “NON ad alta specializzazione” e ricoveri senza intervento (anche in day	Rimborso delle spese sostenute con un massimo annuale di Euro 150.000,00 per nucleo familiare, con le seguenti franchigie:	Qualora si usufruisca del Servizio Sanitario Nazionale, indennità giornaliera di Euro 130,00 dal <u>quarto</u>

hospital o interventi ambulatoriali)	ricoveri in rete: 10% - min € 350,00 ricoveri fuori rete: 15% - min € 1.500,00 Ticket: rimborso al 100%. Spese pre/post ricovero: 90/120 gg scoperto 15% vitto/alloggio accompagnatore € 55,00 - max 150 gg	giorno per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa.
Parto non cesareo	Rimborso delle spese sostenute con un sottolimito massimo di Euro 5.000,00 , senza applicazione di alcuna franchigia. - vitto/alloggio accompagnatore € 55,00 - max 150 gg	
Intervento di correzione di vizio di refrazione superiore alle 4 diottrie per ciascun occhio	Rimborso delle spese sostenute con un sottolimito massimo di Euro 3.000,00, una volta sola nella vita dell'assicurato , senza applicazione di alcuna franchigia.	
Terapie oncologiche (in regime di ricovero, day hospital o ambulatoriale)		Indennità per ciascun giorno di terapia pari a Euro 65,00 per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa.
E' rimborsabile il trasporto dell'assicurato in ambulanza all'istituto di cura e il trasporto dell'assicurato all'estero in treno o con aereo o altro mezzo idoneo.		
PERIODI DI CARENZA		
Malattia	Per i nuovi Associati la carenza di 40 giorni decorre dal primo giorno del mese successivo a quello di adesione.	Per il personale già associato al Fondo la carenza di 100 giorni decorre dal primo giorno del mese successivo a quello di adesione. Agli Associati già assicurati al 31.12.2020 non si applica alcuna carenza.
Infortunati	Dalle ore 24,00 del giorno di ricevimento della scheda di adesione alla polizza.	

3. Polizza sanitaria per i familiari fiscalmente non a carico:

- eroga prestazioni sanitarie previste da un apposito Regolamento (Ricoveri in Presidi Ospedalieri e interventi ambulatoriali, spese per cure e protesi dentarie, apparecchi ortodontici, lenti correttive, visite specialistiche, diagnostica strumentale, cure fisiche e riabilitative, psicoterapia, cure idroponiche/termali, ticket, ecc.). Il premio **annuo** è di Euro **477,00**, ed è a **totale carico dell'Associato per ogni familiare beneficiario**;
- **il periodo di riferimento per le prestazioni a cadenza biennale va da 01.01.2021 a 31.12.2022.**

PROSPETTO RIEPILOGATIVO DELLE PRESTAZIONI DELLA POLIZZA:

ARTICOLO	TIPO DI PRESTAZIONE	PERIODICITA'	MASSIMALE
6	Ricoveri in presidi ospedalieri e interventi ambulatoriali Degenza per i figli minori di anni 14 per spese di vitto e alloggio sostenute dall'accompagnatore	Annuale Annuale	Euro 1.300,00 Euro 800,00 Contributo aggiuntivo pari al 50% delle spese sostenute con un massimo di Euro 2.100,00
7	Contributo per cure e protesi dentarie	Biennale	a) Su ogni fattura/ricevuta fiscale presentata 80% della spesa al netto dello scoperto del 20% con un massimo di Euro 1.000,00 ; b) un ulteriore 40% delle somme eccedenti i Euro 1.250 al netto dello scoperto del 20% con un massimo di ulteriori Euro 800,00 . (Massimo rimborsabile Euro 1.800)
8	Contributo per apparecchi ortodontici	Una tantum + Biennale	Scoperto del 20% su ogni fattura/ ricevuta fiscale presentata. a) 80% della spesa al netto dello scoperto del 20% con un Massimo di Euro 2.000,00 una-tantum ; b) un ulteriore 50% della spesa al netto dello scoperto del 20% con un massimo di Euro 800,00 biennali .
9	Contributo per lenti correttive	Biennale	Su ogni fattura/ricevuta fiscale presentata 80% della spesa al netto dello scoperto del 20% con un massimo di Euro 310,00 (si rimborsano le sole lenti, spese di montaggio, liquido per lenti corneali).
12	Contributo per altre prestazioni sanitarie A. Visite specialistiche, esami di laboratorio, diagnostica, terapie e cure fisiche riabilitative, prestazioni domiciliari, ecc.	Annuale	Su ogni fattura/ricevuta fiscale presentata 80% della spesa al netto dello scoperto del 20% con un massimo di Euro 600,00 di cui Euro 300,00 per terapie e cure fisiche riabilitative. Per portatori di handicap con invalidità totale al 100%,

			il plafond viene elevato a Euro 1.200,00.
	B. Psicoterapia	Biennale	Su ogni fattura/ricevuta fiscale presentata 50% della spesa sostenuta al netto dello scoperto del 20% con un massimo per biennio di Euro 800,00.
	C. Cure idroponiche termali	Annuale	80% della spesa sostenuta al netto dello scoperto del 20% su ogni fattura/ricevuta fiscale presentata con un massimo di Euro 150,00.
13	Tickets per prestazioni S.S.N.	Annuale	100% della spesa sostenuta con un massimo di Euro 520,00 ad esclusione dei ticket sui medicinali.

4. **Polizza assicurativa per la copertura contro il rischio di non autosufficienza nel compimento delle attività quotidiane** (lungodegenza – Long Term Care).

- **Polizza L.T.C. “base”** (durata del contratto triennale) a favore degli associati in servizio, dei pensionati diretti e di reversibilità e degli associati “in esodo anticipato”. Il premio annuo è interamente sostenuto dal Fondo Assistenza, utilizzando in parte la quota di contributo destinata alla copertura delle prestazioni indirette.

La copertura assicurativa è annuale ed in caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza, **l'associato avrà diritto**, finché in vita o fino al cessare dello stato di non autosufficienza, **ad una rendita annua vitalizia pagabile in 12 rate mensili di Euro 500,00** ciascuna.

Con decorrenza 01.01.2017 sono in copertura assicurativa gli associati di età compresa tra i 18 e i 100 anni.

Per gli Associati a cui venga riconosciuto lo stato di non autosufficienza dopo il compimento degli 85 anni di età, qualora nel corso dell'anno si sia verificato un numero di sinistri eccedente il massimo previsto dal contratto assicurativo, in alternativa all'erogazione della Rendita di Euro 500,00 mensili, le prestazioni relative alle prime 24 rate mensili potrebbero restare a carico del Fondo Assistenza, sotto forma di rimborso delle spese effettivamente sostenute per le necessità sanitarie o di assistenza dell'Associato e giustificate con l'esibizione di copia di documenti fiscalmente validi (fatture / ricevute fiscali).

Nei casi in cui, a termini di contratto, debba attivarsi tale periodo di “franchigia”, sarà cura del Fondo Assistenza darne informazione al singolo Associato interessato, il quale, nei primi 24 mesi a partire dalla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza riconosciuto dalla Compagnia di Assicurazione, avrà diritto al rimborso del 100% delle seguenti spese sostenute direttamente dal Fondo Assistenza:

- prestazioni infermieristiche e domiciliari che non rientrino o eccedano le previsioni dell'art. 12, lettera d) e di assistenza alla persona;
- presidi e assistenza protesica, anche se eccedenti o non rientranti nelle previsioni dell'art. 11;
- prestazioni fisiche e riabilitative che non rientrino o eccedano le previsioni dell'art. 12, lettera c);
- visite specialistiche ed altre prestazioni che non rientrino o eccedano le previsioni dell'art. 12, lettera a) e b);
- ricoveri in presidi ospedalieri e prestazioni ambulatoriali che non rientrino o eccedano le previsioni dell'art. 6;
- soggiorni presso strutture di sollievo o riabilitazione (RSA o altro);
- medicinali prescritti dal medico di base o dallo specialista;
- presidi vari connessi allo stato di non autosufficienza.

Nella fattispecie di tali rimborsi, non vengono applicate le esclusioni di cui all'art. 4.

Dette spese sono rimborsabili in via posticipata in ragione di massimo euro 500,00 per ogni mese, con possibilità di cumulo di più mensilità purché già decorse.

- **Polizza L.T.C. “integrativa”, ad adesione volontaria** (durata del contratto triennale): possono aderire tutti gli associati in servizio e “in esodo anticipato”, i pensionati diretti e di reversibilità e i familiari (per familiari si intendono: il coniuge, il convivente more uxorio ed i figli maggiorenni) se risultanti dallo stato di famiglia.

La polizza è annuale (01.01 – 31.12) ed in caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza, il sottoscrittore avrà diritto, finché in vita o fino al cessare dello stato di non autosufficienza, **ad una rendita annua vitalizia pagabile in 12 rate mensili di Euro 500,00 o di Euro 1.000,00 in base alla copertura scelta (Euro 6.000,00 o Euro 12.000,00 annui).**

Il premio annuale è a totale carico degli aderenti e viene trattenuto in un'unica soluzione, di norma entro e non oltre il 31 dicembre di ogni anno. Al momento del rinnovo la trattenuta viene rinviata al 28 febbraio per permettere agli aderenti che decidessero di non più aderire alla polizza, di inviare il modulo di revoca. **Per facilitare gli aderenti, in assenza di revoca l'adesione s'intenderà automaticamente riconfermata.**

Per le richieste di nuova adesione è necessario richiedere all'ufficio del Fondo la modulistica necessaria.

--- *** ---

Le coperture offerte dal Fondo sono cumulabili con quelle previste da altre assicurazioni, ivi compresa la copertura della Cassa nazionale CASDIC, ove prevista.

In sede di rinnovo contrattuale del 8.12.2007 del settore bancario, le Organizzazioni Sindacali e l'A.B.I. hanno concordato a livello nazionale una copertura per la non autosufficienza (L.T.C.) per **tutti i dipendenti in servizio al 1° gennaio 2008** a prescindere dal tipo di contratto (tempo indeterminato, tempo determinato, inserimento, ecc.) **ed i cessati per pensionamento successivamente al 1° gennaio 2008.**

Pertanto, i pensionati in quiescenza da prima del 2 gennaio 2008 non possono fruire della copertura della Cassa Nazionale CASDIC.

La copertura nazionale prevista dalla CASDIC, per i casi accertati di non autosufficienza, prevede interventi sotto forma di rimborso delle spese sostenute, attualmente sino ad un importo massimo di Euro 16.800,00 annui (come da variazione in seguito all'accordo nazionale del 18.12.2012 e da Circolare CASDIC su delibera del C.d.A. del 4.11.2015).

Pertanto, il quadro complessivo di riferimento delle possibili coperture LTC per gli associati in servizio e i pensionati (dal 2.1.2008) è il seguente:

ASSOCIATI IN SERVIZIO O IN ESODO ANTICIPATO	POLIZZA L.T.C. "BASE" DEL FONDO	EURO 6.000
	POLIZZA L.T.C. NAZIONALE	EURO 16.800
	POLIZZA L.T.C. "VOLONTARIA" DEL FONDO (SE STIPULATA DALL'ISCRITTO)	EURO 6.000 / EURO 12.000
ASSOCIATI IN PENSIONE DAL 2.01.2008	POLIZZA L.T.C. "BASE" DEL FONDO	EURO 6.000
	POLIZZA L.T.C. NAZIONALE	EURO 16.800
	POLIZZA L.T.C. "VOLONTARIA" DEL FONDO (SE STIPULATA DALL'ISCRITTO)	EURO 6.000 / EURO 12.000
ASSOCIATI IN PENSIONE ANTE 2.01.2008	POLIZZA L.T.C. "BASE" DEL FONDO	EURO 6.000
	POLIZZA L.T.C. "VOLONTARIA" DEL FONDO (SE STIPULATA DALL'ISCRITTO)	EURO 6.000 / EURO 12.000

Differenza tra la copertura offerta dal Fondo Assistenza e quella offerta dalla Cassa CASDIC

In caso di riconoscimento della non autosufficienza, **la Compagnia Generali Italia eroga all'associato una rendita vitalizia mensile di Euro 500,00 (o Euro 1.000,00/1.500,00 se l'associato abbia aderito anche alla polizza LTC "volontaria") esentasse e senza la necessità di presentare documenti di spesa.**

La copertura nazionale, attraverso la Cassa CASDIC, eroga invece un contributo alle spese socio-sanitarie sostenute dal dipendente/pensionato fino ad un massimo di Euro 16.800,00 annui, che potrà essere erogato anche mensilmente a fronte della presentazione di valida documentazione relativa a prestazioni sanitarie e/o socio-assistenziali sostenute in relazione allo stato di non autosufficienza (es.: ricovero presso residenze socio assistenziali "RSA", assistenza domiciliare, assistenza socio-sanitaria residenziale o semiresidenziale, assistenza di personale qualificato con conoscenze infermieristiche di base, "badanti" con conoscenze infermieristiche di base riconosciute dalle competenti autorità italiane, ecc.).

Se si ritengono adeguate le coperture offerte dalla Cassa nazionale CASDIC, anche se non in forma di rendita vitalizia ma di rimborso spese e quindi legata alla presentazione di documenti di spesa, si consiglia di valutare con estrema attenzione l'opportunità di mantenere o revocare la polizza L.T.C. "volontaria" stipulata con il Fondo Assistenza.

Maggiori informazioni sulla copertura L.T.C. garantita da CASDIC e assistenza per le richieste delle relative prestazioni sono disponibili tramite il sito www.casdic.it o chiamando il numero verde [800.916.045](tel:800.916.045).

Le polizze si intendono tacitamente rinnovate salvo specifica revoca scritta tramite la compilazione dell'apposito modulo e l'eventuale conguaglio del premio mensile dei mesi di gennaio e febbraio sarà effettuato entro il mese di marzo.

In caso di revoca delle polizze:

- Sanitaria "Ricoveri ospedalieri", non sarà più consentita in futuro l'adesione alla stessa;
- "Familiari fiscalmente non a carico", nell'eventualità di una nuova richiesta di adesione per il medesimo familiare, questa sarà accolta unicamente per coloro che hanno revocato la polizza per la variazione del carico di famiglia (passaggio dello stato del familiare ai fini del Fondo da familiare "non a carico" a familiare "a carico").

TITOLO IV - NOMENCLATORE

1. Sintesi delle prestazioni erogate dal Fondo. Per il dettaglio della normativa consultare lo Statuto e l'articolo del Regolamento indicato	ART. REGOLAMENTO	MASSIMALE PER PERSONA	% RIMB.
RICOVERI IN PRESIDI OSPEDALIERI			
Ricoveri in presidi Ospedalieri - MASSIMALE ANNUO	ART. 6 - a)	1.000,00	70%
Assistenza Ricoveri Minori - MASSIMALE ANNUO	ART. 6 - b)	1.680,00	70%
Interventi Ambulatoriali MASSIMALE ANNUO	ART. 6 - c)	1.000,00	70%
CONTRIBUTO PER CURE E PROTESI DENTARIE			
Cure Odontoiatriche - MASSIMALE BIENNALE (PER I RIMBORSI VEDERE TABELLA SOTTO RIPORTATA)	ART. 7		

Per l'associato:

SPESA MASSIMA DI RIFERIMENTO	PERCENTUALE DEL RIMBORSO	CONTRIBUTO MASSIMO EROGABILE NEL BIENNIO PER PERSONA	
		VALORE	TIPOLOGIA
2.500,00	70%	1.750,00	ORDINARIO
6.000,00	35 %	2.100,00	AGGIUNTIVO
8.500,00		3.850,00	TOTALE MASSIMO RIMBORSABILE NEL BIENNIO

Per i familiari e i superstiti:

SPESA MASSIMA DI RIFERIMENTO	PERCENTUALE DEL RIMBORSO	CONTRIBUTO MASSIMO EROGABILE NEL BIENNIO PER PERSONA	
		VALORE	TIPOLOGIA
1.500,00	70%	1.050,00	ORDINARIO
4.000,00	35 %	1.400,00	AGGIUNTIVO
5.500,00		2.450,00	TOTALE MASSIMO RIMBORSABILE NEL BIENNIO

CONTRIBUTO PER APPARECCHI ORTODONTICI			
Apparecchi ortodontici - UNA TANTUM	ART. 8 - a)	2.050,00	70%
Apparecchi ortodontici - MASSIMALE BIENNALE	ART. 8 - b)	1.000,00	50%
CONTRIBUTO PER LENTI CORRETTIVE			
Lenti correttive - MASSIMALE BIENNALE per l'associato	ART. 9	400,00	70%
Lenti correttive - MASSIMALE BIENNALE per familiari e superstiti	ART. 9	310,00	70%
RIMBORSO TICKET			
Tickets - MASSIMALE ANNUO	ART. 13	700,00	100%
Tickets - Invalidità 100% / Patologie oncologiche - MASSIMALE ANNUO	ART. 13	1.400,00	100%
CONTRIBUTO PER PROTESI ARTIFICIALI E ALTRI PRESIDI			
Protesi e presidi ortopedici - mezzi deambulazione - MASSIMALE BIENNALE	ART. 11 - a)	260,00	70%
Protesi e presidi ortopedici - Portatori Handicap - MASSIMALE BIENNALE	ART. 11 - a)	520,00	70%
Protesi acustiche - MASSIMALE BIENNALE	ART. 11 - b)	1.220,00	70%
Protesi oculare - arto artificiale - MASSIMALE BIENNALE	ART. 11 - c)	450,00	70%
Apparecchio Laringofono - MASSIMALE BIENNALE	ART. 11 - d)	450,00	70%
Protesi senologica - UNA TANTUM (ripetibile in caso di più interventi)	ART. 11 - e)	450,00	70%
Protesi senologica Bilaterale - UNA TANTUM (ripetibile in caso di più interventi)	ART. 11 - e)	900,00	70%
CONTRIBUTI SPESE PER ALTRE PRESTAZIONI SANITARIE E DI MEDICINA PREVENTIVA (MASSIMALE ANNUALE)			
Visite Specialistiche, esami, diagnostica, ecc.	ART. 12 - a)	1.000,00	70%

Visite Specialistiche, esami, diagnostica., ecc- Invalidità 100% / Patologie oncologiche.	ART. 12 - a)	2.000,00	70%
Pap test, mammografia, PSA, colonscopia o altro esame assimilabile	ART. 12 - a)	Stesso massimale (di cui)	100%
Psicoterapia (MASSIMALE UNA-TANTUM – decorrenza 1.1.2014)	ART. 12 - b)	1.600,00	40%
Prestazioni fisiche riabilitative	ART. 12 - c)	500,00	70%
Prestazioni fisiche riabilitative – Invalidità 100%	ART. 12 - c)	1.000,00	70%
Prestazioni infermieristiche e domiciliari	ART. 12 - d)	250,00	70%
Cure idropiniche/termali	ART. 12 - e)	175,00	70%

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SOCIALE			
Spese per ultima malattia e funerarie	ART. 10	2.000,00	100%

2. Sintesi delle prestazioni erogate indirettamente tramite la Polizza Familiari fiscalmente non a carico (per il dettaglio consultare l'apposito Regolamento)	ART. REGOLAMENTO	MASSIMALE PER PERSONA	% RIMB.
RICOVERI IN PRESIDI OSPEDALIERI			
Ricoveri in presidi Ospedalieri - MASSIMALE ANNUO	ART. 6 - 1	1.300,00	100%
Interventi Ambulatoriali - MASSIMALE ANNUO	ART. 6 - 2	800,00	100%
Assistenza Ricoveri Minori fino a 14 anni - MASSIMALE ANNUO	ART. 6	2.100,00	50%
Su tutte le seguenti prestazioni viene applicato uno scoperto pari al 20%			
CONTRIBUTO PER CURE E PROTESI DENTARIE			
Cure Odontoiatriche - MASSIMALE BIENNALE	ART. 7		
(PER I RIMBORSI VEDERE TABELLA SOTTO RIPIPORTATA)			

SPESA MASSIMA DI RIFERIMENTO	PERCENTUALE DEL RIMBORSO (calcolata dopo l'applicazione dello scoperto del 20%)	CONTRIBUTO MASSIMO EROGABILE NEL BIENNIO PER PERSONA	
		VALORE	TIPOLOGIA
1.250,00	80%	1.000,00	ORDINARIO
Oltre i 1.250,00	40 %	800,00	AGGIUNTIVO
		1.800,00	TOTALE MASSIMO RIMBORSABILE NEL BIENNIO

CONTRIBUTO PER APPARECCHI ORTODONTICI			
Apparecchi ortodontici - MASSIMALE UNA TANTUM	ART. 8 - a)	2.000,00	80%
Apparecchi ortodontici - MASSIMALE BIENNALE	ART. 8 - b)	800,00	50%

CONTRIBUTO PER LENTI CORRETTIVE			
Lenti correttive – MASSIMALE BIENNALE	ART. 9	310,00	80%

RIMBORSO TICKET			
Tickets - MASSIMALE ANNUALE	ART. 13	520,00	100%

CONTRIBUTI SPESE PER ALTRE PRESTAZIONI SANITARIE			
Visite Specialistiche, esami, diagnostica, riabilitazioni, ecc. - MASSIMALE annuale	ART. 12 - A	600,00	80%
Visite Specialistiche, esami, diagnostica., riabilitazioni, ecc. - Invalidità 100% - annuale	ART. 12 - A	1.200,00	80%
Psicoterapia - MASSIMALE BIENNALE	ART. 12 - B	800,00	50%
Cure idropiniche/termali - MASSIMALE ANNUALE	ART. 12 - C	150,00	80%

3. Sintesi delle prestazioni erogate indirettamente tramite la Polizza Sanitaria “base” per i “grandi interventi chirurgici” (per il dettaglio normativo consultare il contratto)	MASSIMALE ASSICURATO	Indennità giornaliera
TIPOLOGIA DI RICOVERO		
Interventi chirurgici conseguente a malattie: del cuore, tumorali, maligne, donazione di organi (per donatore o ricevente), malattie infantili (limitatamente alle malformazioni congenite del neonato fino al compimento del secondo anno di vita), dei reni, dei polmoni, degli occhi, del fegato (comprese colecisti), fibromi uterini, miomi uterini ed adenomi mammari, dello stomaco e del duodeno, in caso di interventi chirurgici sul cervello in dipendenza da malattie od infortunio.	Euro 10.330,00 (la garanzia viene prestata per un solo intervento all'anno per nucleo familiare senza franchigia)	In alternativa alle richieste di rimborso delle spese sostenute è prevista un'indennità per ogni giorno di ricovero di Euro 77,50 per massimo 100 gg per annualità assicurativa dal <u>quarto giorno</u> successivo a quello del ricovero.

4. Sintesi delle prestazioni erogate indirettamente tramite la Polizza Sanitaria “volontaria” per ricoveri ospedalieri e interventi chirurgici (per il dettaglio normativo consultare il contratto)	MASSIMALE ASSICURATO	Indennità giornaliera
--	-----------------------------	------------------------------

TIPOLOGIA DI RICOVERO		
Interventi Chirurgici “ad alta specializzazione”	<p>Euro 300.000,00</p> <p>per nucleo Familiare, con le seguenti franchigie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ricoveri in rete: 10% - min. Euro 350,00 per sinistro; - ricoveri fuori rete: 15% - min. Euro 1.500,00 per sinistro; - ticket: rimborso al 100%; - spese pre/post ricovero: 90/120 gg scoperto 15%; - vitto/alloggio accompagnatore Euro 55 per max 150 gg 	Qualora si usufruisca del Servizio Sanitario Nazionale, indennità per ogni giorno di ricovero di Euro 130,00 dal <u>primo giorno</u> per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa.
Ricoveri per interventi ”NON ad alta specializzazione” e ricoveri senza intervento (anche in day hospital) o interventi ambulatoriali)	<p>Euro 150.000,00</p> <p>per nucleo familiare, con le seguenti franchigie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ricoveri in rete: 10% - min. Euro 350,00 per sinistro; - ricoveri fuori rete: 15% - min. Euro 1.500,00 per sinistro; - ticket: rimborso al 100%; - spese pre/post ricovero: 90/120 gg scoperto 15%; - vitto/alloggio accompagnatore Euro 55 per max 150 gg. 	Qualora si usufruisca del Servizio Sanitario Nazionale, indennità per ogni giorno di ricovero di Euro 130,00 dal <u>quarto giorno</u> per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa.
Parto non cesareo	<p>Rimborso delle spese sostenute senza applicazione di franchigia con un <u>limite</u> massimo di Euro 5.000,00:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vitto/alloggio accompagnatore Euro 55 per max 150 gg. 	
Intervento di correzione di vizio di refrazione superiore alle 4 diottrie per ciascun occhio	<p>Rimborso delle spese sostenute senza applicazione di franchigia con un <u>limite</u> massimo di Euro 3.000,00, una sola volta nella vita.</p>	
Terapie oncologiche (in regime di ricovero, day hospital o ambulatoriale)		Indennità per ciascun giorno di terapia pari a Euro 65,00 per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa..

5. Sintesi delle prestazioni erogate indirettamente tramite la Polizza L.T.C. “base” per riconosciuta “non autosufficienza” (per il dettaglio normativo consultare il contratto)	RENDITA ASSICURATA
Rendita vitalizia o fino al persistere dello stato di non autosufficienza, riconosciuto dalla Compagnia di Assicurazione sulla base di idonea documentazione medica.	Euro 6.000,00 annuali, suddivisi in rate mensili da Euro 500,00 – con eventuale applicazione di un periodo di franchigia di 24 mesi per la non autosufficienza insorta dopo il compimento degli 85 anni, periodo nel quale interviene il Fondo Assistenza in forma diretta mediante rimborsi spese per un importo complessivo di Euro 6.000,00 annui.

6. Sintesi delle prestazioni erogate indirettamente tramite la Polizza L.T.C. “integrativa” per riconosciuta “non autosufficienza” (per il dettaglio normativo consultare il contratto)	RENDITA ASSICURATA
Rendita vitalizia o fino al persistere dello stato di non autosufficienza, riconosciuto dalla Compagnia di Assicurazione sulla base di idonea documentazione medica. La rendita è corrisposta <u>in aggiunta a quella della Polizza “base”</u>	<p>A scelta dell’assicurato tra:</p> <p>Copertura 1: Euro 6.000,00 annuali, suddivisi in rate mensili da Euro 500,00.</p> <p>Copertura 2: Euro 12.000,00 annuali, suddivisi in rate mensili da Euro 1.000,00.</p>