

F.I.L.COOP. SANITARIO – FONDO INTEGRATIVO SANITARIO DEI LAVORATORI DELLE COOPERATIVE E CONSORZI AGRICOLI, DEI CONSORZI AGRARI E DEL SETTORE FORESTALE

Per tutti gli iscritti vengono garantite le seguenti prestazioni assistenziali valide per l'iscritto, il coniuge o il convivente «more uxorio» ed i figli fino a 26 anni risultanti dallo stato di famiglia dell'iscritto stesso. Qui di seguito vengono descritte le singole prestazioni e le misure delle stesse.

Avvertenza: le coperture assicurative sono soggette a limitazioni ed esclusioni che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Si rinvia all'estratto del regolamento del Fondo negli articoli “termini di aspettativa” e “delimitazioni dell'assicurazione” per gli aspetti di dettaglio.

Le suddette coperture sono prestate con specifici scoperti, massimali e franchigie che sono di seguito riportate.

A - Garanzia obbligatoria malattia/infortuni – “Formula A” e “Formula OTD”

(OPERAI A TEMPO E DETERMINATO E INDETERMINATO DELLE COOPERATIVE E CONSORZI AGRICOLI;
OPERAI A TEMPO DETERMINATO E INDETERMINATO DEL SETTORE FORESTALE;
IMPIEGATI A TEMPO INDETERMINATO DEL SETTORE FORESTALE.)

Prestazioni sanitarie a seguito di malattia / infortunio

A.1) RICOVERO OSPEDALIERO

Il F.I.L.COOP. Sanitario garantisce in caso di “ricovero comportante intervento chirurgico”, effettuato in Istituto di cura pubblico o privato, **ad esclusione dei day hospital e dei ricoveri comportanti meno di un pernottamento presso l'Istituto**, oppure in caso di “ricovero senza intervento chirurgico” **che comporti un pernottamento continuativo superiore a 7 (sette) giorni:**

a) Il rimborso delle spese effettivamente sostenute dall'Iscritto per se stesso o per i propri familiari per:

- gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche relativi a detto ricovero, effettuati nei 90 (novanta) giorni precedenti e successivi al ricovero stesso;
- le spese per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento);
- l'assistenza infermieristica privata;
- rette di degenza
- spese per rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore, fino alla concorrenza di **Euro 52,00** (cinquantadue/00) giornalieri, all'interno dell'Istituto di cura o fuori nel caso di documentata impossibilità di questa a fornire la ricezione alberghiera;
- le spese rese necessarie dalla malattia o infortunio, che ha determinato il ricovero, sostenute per trattamenti fisioterapici o rieducativi e per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 (novanta) giorni successivi al ricovero stesso;
- il trasporto urgente in ambulanza all'Istituto di cura e viceversa.

Tali garanzie vengono prestate entro i seguenti limiti:

Formula A: Euro 6.200,00 (seimiladuecento/00) da ritenersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato per gli operai a tempo indeterminato delle cooperative e consorzi agricoli e gli impiegati e operai a tempo indeterminato del settore forestale.

Formula OTD: Euro 4.000,00 (quattromila/00) da ritenersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato per gli operai a tempo determinato, con garanzia occupazionale di 151 (centocinquantuno) giornate annue, delle cooperative e consorzi agricoli e del settore forestale.

NB.: 1) Qualora l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale la garanzia varrà, per le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a suo carico, nella misura del 100%;

- 2) Qualora l'Isritto ritenga di non avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, e scelga di ricoverarsi in Istituto di cura privato oppure in reparto non convenzionato di un ospedale pubblico, il F.I.L.COOP. Sanitario rimborserà le spese descritte al punto "a" nella misura dell'80% di quelle effettivamente sostenute e documentate. I capitali massimi disponibili per ciascun anno e per ogni nucleo familiare sono quelli sopra indicati.

Esempio: Un operaio nostro Isritto a seguito di un infortunio, regolarmente indennizzabile, riporta la lesione del menisco al ginocchio destro. Decide di farsi operare dal medico di sua fiducia presso un Istituto di cura privato.

All'atto delle dimissioni l'Isritto paga **Euro 4.000,00** (quattromila/00) a fronte dell'intervento subito.

Il rimborso delle spese sostenute viene così effettuato:

A **Euro 4.000,00** (quattromila/00) si applica lo scoperto del 20%, che ammonta a **Euro 800,00** (ottocento/00); l'Isritto riceverà **Euro 3.200,00** (tremiladuecento/00).

- b) Nel caso in cui il ricovero e le spese sanitarie conseguenti siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, **e non venga pertanto richiesto alcun rimborso in base al precedente punto "a"**, il F.I.L.COOP. Sanitario corrisponderà per ciascuna giornata di degenza, per un massimo di 50 (cinquanta) pernottamenti per persona all'anno e per ciascun ricovero, un rimborso forfettario di:

- **Formula A: Euro 45,00** (quarantacinque/00) per gli operai a tempo indeterminato delle cooperative e consorzi agricoli e gli impiegati e operai a tempo indeterminato del settore forestale;
- **Formula OTD: Euro 30,00** (trenta/00) per gli operai a tempo determinato, con garanzia occupazionale di 151 (centocinquantuno) giornate annue, delle cooperative e consorzi agricoli e del settore forestale.

Esempio: Un operaio nostro Isritto a seguito di una malattia oncologica subisce un ricovero "senza intervento chirurgico", a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, per un periodo totale di 13 (tredici) giorni [12 (dodici) pernottamenti].

Il rimborso della diaria ospedaliera viene così calcolata:

- **Formula A: Euro 45,00** (quarantacinque/00) x 12 (dodici) = **Euro 540,00** (cinquecentoquaranta/00);
- **Formula OTD: Euro 30,00** (trenta/00) x 12 (dodici) = **Euro 360,00** (trecentosessanta/00).

- c) Il rimborso delle spese sostenute per il trasporto della salma dall'Istituto di cura al luogo di tumulazione, tale garanzia è estesa nel caso di decesso conseguente ad infortunio sul lavoro, entro il limite di:

- **Formula A: Euro 2.600,00** (duemilaseicento/00) per gli operai a tempo indeterminato delle cooperative e consorzi agricoli e gli impiegati e operai a tempo indeterminato del settore forestale;
- **Formula OTD: Euro 1.800,00** (milleottocento/00) per gli operai a tempo determinato, con garanzia occupazionale di 151 (centocinquantuno) giornate annue, delle cooperative e consorzi agricoli e del settore forestale.

A.1.1) DAY HOSPITAL ONCOLOGICO E PER DIALISI

Il F.I.L.COOP. Sanitario garantisce in caso di Day Hospital medico e prestazioni terapeutiche ambulatoriali (in entrambi i casi esclusivamente per cure oncologiche e per dialisi) a seguito di:

- chemioterapia;
- cobaltoterapia;
- radioterapia;
- dialisi

a) Il rimborso delle spese effettivamente sostenute dall'Iscritto per se stesso o per i propri familiari per:

- gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche relativi a dette terapie, effettuati nei 90 (novanta) giorni precedenti e successivi al day hospital;
- le spese per l'assistenza infermieristica privata;
- rette di degenza
- le spese per rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore, fino alla concorrenza di **Euro 52,00** (cinquantadue/00) giornalieri, all'interno dell'Istituto di cura o fuori nel caso di documentata impossibilità di questa a fornire la ricezione alberghiera;
- le spese rese necessarie dalla malattia o infortunio che ha determinato la terapia, sostenute dopo la cessazione della terapia stessa, per trattamenti fisioterapici o rieducativi e per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 (novanta) giorni successivi al day hospital;
- il trasporto urgente in ambulanza all'Istituto di cura e viceversa.

Tali garanzie vengono prestate entro i limiti specificati nel punto **“A.1 ricovero ospedaliero”** alla lettera **“a”** oppure, in assenza di spese, verrà riconosciuta la diaria giornaliera di:

- **Formula A: Euro 45,00** (quarantacinque/00) per un massimo di 50 (cinquanta) giorni per ciascun anno assicurativo e per persona per gli operai a tempo indeterminato delle cooperative e consorzi agricoli e gli impiegati e operai a tempo indeterminato del settore forestale;
- **Formula OTD: Euro 30,00** (trenta/00) per un massimo di 50 (cinquanta) giorni per ciascun anno assicurativo e per persona per gli operai a tempo determinato, con garanzia occupazionale di 151 (centocinquantuno) giornate annue, delle cooperative e consorzi agricoli e del settore forestale.

A.2) ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI EXTRA RICOVERO

Il F.I.L.COOP. Sanitario garantisce il rimborso per ciascuna delle seguenti prestazioni:

- | | | |
|-------------------|---------------------------------|--------------|
| ➤ Angiografia; | ➤ Elettroencefalografia; | ➤ Tac; |
| ➤ Chemioterapia; | ➤ Mammografia | ➤ Telecuore. |
| ➤ Cobaltoterapia; | ➤ Risonanza magnetica nucleare; | |
| ➤ Dialisi; | ➤ Scintigrafia; | |

Tali garanzie vengono prestate per ogni anno assicurativo e per ciascun nucleo familiare entro i seguenti limiti:

- **Formula A: Euro 1.050,00** (millecinquanta/00) con una deduzione del 20% e con il minimo non indennizzabile di **Euro 52,00** (cinquantadue/00) su ogni prestazione per gli operai a tempo indeterminato delle cooperative e consorzi agricoli e gli impiegati e operai a tempo indeterminato del settore forestale;
- **Formula OTD: Euro 700,00** (settecento/00) con una deduzione del 20% e con il minimo non indennizzabile di **Euro 70,00** (settanta/00) su ogni prestazione per gli operai a tempo determinato, con garanzia occupazionale di 151 (centocinquantuno) giornate annue, delle cooperative e consorzi agricoli e del settore forestale.

Esempio: Un operaio nostro Iscritto a seguito di un infortunio, regolarmente indennizzabile, riporta una sospetta lesione del legamento crociato anteriore sinistro. Per accertare l'eventuale lesione effettua una Risonanza Magnetica Nucleare presso un laboratorio ospedaliero.

La spesa da lui sostenuta è pari a **Euro 400,00** (quattrocento/00) che viene pagata dall'Iscritto stesso.

Il F.I.L.COOP. Sanitario rimborserà all'Iscritto la cifra di **Euro 320,00** (trecentoventi/00) in quanto viene applicato lo scoperto del 20% [(**Euro 80,00** (ottanta/00))].

N.B.: qualora la spesa sostenuta sia inferiore e/o uguale a: **Euro 260,00** (duecentosessanta/00) per la **“Formula A”** e di **Euro 350,00** (trecentocinquanta/00) per la **“Formula OTD”**; verrà applicata, per ciascun accertamento diagnostico, la franchigia dell'importo di **Euro 52,00** (cinquantadue/00) per la **“Formula A”** e di **Euro 70,00** (settanta/00) per la **“Formula OTD”** in quanto lo scoperto del 20% non raggiunge il relativo minimo non indennizzabile.

A.3) INFORTUNIO SUL LAVORO (Garanzia prevista per i soli iscritti titolari, esclusi i familiari)

OGGETTO DELLA GARANZIA

Per infortunio sul lavoro si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili e che l'assicurato subisce nello svolgimento delle attività professionali principali.

PERSONE ASSICURATE

La copertura assicurativa è valida per tutti gli Iscritti al F.I.L.COOP. Sanitario titolari di polizza (sono esclusi i familiari), di età compresa tra 18 e 70 anni, che rispondono ai criteri di accettazione medica esposti all'articolo "condizioni di assicurabilità".

SOMMA ASSICURATA

a) In caso di trattamenti fisioterapici:

- **Formula A: Euro 400,00** (quattrocento/00) con una deduzione del 20% e con il minimo non indennizzabile di **Euro 50,00** (cinquanta/00) per fattura/persona per gli operai a tempo indeterminato delle cooperative e consorzi agricoli e gli impiegati e operai a tempo indeterminato del settore forestale;
- **Formula OTD: Euro 250,00** (duecentocinquanta/00) con una deduzione del 20% e con il minimo non indennizzabile di **Euro 50,00** (cinquanta/00) per fattura/persona per gli operai a tempo determinato, con garanzia occupazionale di 151 (centocinquantuno) giornate annue, delle cooperative e consorzi agricoli e del settore forestale.

N.B.: Qualora l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale il Fondo Rimborserà integralmente i ticket sanitari.

b) In caso di morte:

- **Formula A: Euro 18.100,00** (diciottomilacento/00) per gli operai a tempo indeterminato delle cooperative e consorzi agricoli e gli impiegati e operai a tempo indeterminato del settore forestale;
- **Formula OTD: Euro 12.500,00** (dodicimilacinquecento/00) per gli operai a tempo determinato, con garanzia occupazionale di 151 (centocinquantuno) giornate annue, delle cooperative e consorzi agricoli e del settore forestale.

c) In caso di invalidità permanente:

- **Formula A: fino a Euro 18.100,00** (diciottomilacento/00) per gli operai a tempo indeterminato delle cooperative e consorzi agricoli e gli impiegati e operai a tempo indeterminato del settore forestale, con una franchigia relativa del 19%;
- **Formula OTD: fino a Euro 12.500,00** (dodicimilacinquecento/00) per gli operai a tempo determinato, con garanzia occupazionale di 151 (centocinquantuno) giornate annue, delle cooperative e consorzi agricoli e del settore forestale, con una franchigia relativa del 19%;

CONDIZIONI DI ASSICURABILITA'

Per il solo lavoratore Iscritto (questa prestazione non vale per i familiari a carico) viene prevista una copertura a seguito d'infortunio sul lavoro, comprovati dal certificato di Pronto Soccorso e dalla copia di denuncia infortunio del datore di lavoro all'INAIL, oppure a seguito di una delle patologie o interventi chirurgici di seguito elencati:

- Ictus;
- Infarto;
- Ernia del disco;
- Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale;
- Artroprotesi d'anca;
- Protesi ginocchio;
- Patologie polmonari.

Tale garanzia è articolata come segue:

1) Nel caso in cui i trattamenti fisioterapici, esclusivamente a fini riabilitativi, siano prescritti dal medico “di base” o dallo specialista (la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata) ed effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione (il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa) il F.I.L.COOP. Sanitario rimborserà le prestazioni erogate entro i limiti specificati nel precedente punto “a”.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Esempio: Un operaio nostro Iscritto a seguito di un infortunio sul lavoro, regolarmente indennizzabile, si deve sottoporre a cicli di fisioterapia riabilitativa.

La fisioterapia avrà un costo di **Euro 450,00** (quattrocentocinquanta/00).

Il F.I.L.COOP. Sanitario applicherà lo scoperto del 20% e pertanto all’Iscritto verranno rimborsati **Euro 360,00** (trecentosessanta/00).

N.B.: qualora la spesa sostenuta sia inferiore e/o uguale a **Euro 250,00** (duecentocinquanta/00) verrà applicata, per ciascun ciclo di cure, la franchigia dell’importo di **Euro 50,00** (cinquanta/00) in quanto lo scoperto del 20% non raggiunge il minimo non indennizzabile.

2) Nel caso in cui la percentuale di invalidità permanente accertata sia superiore al 19% verrà corrisposto un indennizzo dal primo punto di invalidità rapportato alla percentuale di invalidità, fermo restando che nulla sarà dovuto per percentuali da 0 a 19%. Per gli infortuni che comportino dei postumi di invalidità superiori al 60% verrà liquidato il massimale di invalidità permanente al 100%.

L’indennità per invalidità permanente sarà liquidata in base alle percentuali stabilite dalla “tabella delle valutazioni del grado percentuale invalidità permanente - agricoltura”, attenendosi per la liquidazione alla valutazione effettuata dall’INAIL e nei limiti del massimale specificato nel precedente punto “c”.

La copertura assicurativa comprende inoltre:

a) **Infortunio “in itinere”:** gli infortuni che colpiscono gli assicurati durante il tempo strettamente necessario per compiere il percorso per via ordinaria dall’abitazione al luogo di lavoro e viceversa con l’uso dei normali mezzi di locomozione;

b) **Mancinismo:** nei confronti delle persone affette da mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l’arto superiore destro e la mano destra, varranno per l’arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa;

c) **Supervalutazione dell’invalidità permanente:** in caso di infortunio che comporti le seguenti invalidità il risarcimento del F.I.L.COOP. Sanitario sarà il doppio di quello di base:

- sordità completa bilaterale;
- cecità completa;
- perdita anatomica funzionale di almeno un arto superiore od inferiore nonché la perdita completa anatomica funzionale delle dita di una mano.

1° esempio: Un operaio nostro Iscritto rimane coinvolto in un grave infortunio sul lavoro:

Invalidità permanente accertata: 30%

Indennizzo da liquidare 30% (la franchigia relativa del 19% si azzerà), quindi il calcolo è:

Formula A: Euro 18.100,00 (diciottomilacento/00) x 30% = **Euro 5.430,00** (cinquemilaquattrocentotrenta/00);

Formula OTD: Euro 12.500,00 (dodicimilacinquecento/00) x 30% = **Euro 3.750,00** (tremilasettecentocinquanta/00).

2° esempio: Un operaio nostro Iscritto rimane coinvolto in un infortunio sul lavoro:

Invalidità permanente accertata: 10%

Non viene liquidato alcun indennizzo in quanto l’invalidità permanente accertata risulta inferiore alla franchigia del 19% prevista dal regolamento del F.I.L.COOP. Sanitario.

A.4) GARANZIA PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA (Garanzia prevista per i soli iscritti titolari, esclusi i familiari)

OGGETTO DELLA GARANZIA

Il F.I.L.COOP. Sanitario garantisce il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate per un valore massimo corrispondente alla somma garantita all'Iscritto quando questi si trovi, in un momento successivo alla data di decorrenza della polizza, in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo articolo "definizione dello stato di non autosufficienza", ed a condizione che tale stato di non autosufficienza sia stato originato da una delle seguenti patologie:

- Alzheimer;
- Ictus;
- Parkinson;
- Sclerosi Multipla;
- SLA;
- oppure sia stato originato da un Infortunio sul lavoro.

PERSONE ASSICURATE

La copertura assicurativa è valida per tutti gli Iscritti al F.I.L.COOP. Sanitario titolari di polizza (sono esclusi i familiari), di età compresa tra 18 e 70 anni, che rispondono ai criteri di accettazione medica esposti all'articolo "condizioni di assicurabilità".

CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Ai fini dell'operatività della garanzia gli Iscritti, al momento della data di effetto della propria copertura assicurativa, non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

1. avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi;
2. aver diritto, aver richiesto, o percepire una pensione di invalidità, o una rendita per incapacità permanente che corrisponda ad un livello di incapacità superiore al 25%;
3. presentare malattie, postumi di malattie o di infortuni precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale;
4. essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.

SOMMA ASSICURATA

Il rimborso massimo garantito, nel caso in cui l'Iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "definizione dello stato di non autosufficienza", corrisponde a:

- **Formula A: Euro 400,00** (quattrocento/00) mensili, per una durata massima di 2 (due) anni. per gli operai a tempo indeterminato delle cooperative e consorzi agricoli e gli impiegati e operai a tempo indeterminato del settore forestale;
- **Formula OTD: Euro 250,00** (duecentocinquanta/00) mensili, per una durata massima di 2 (due) anni, per gli operai a tempo determinato, con garanzia occupazionale di 151 (centocinquantuno) giornate annue, delle cooperative e consorzi agricoli e del settore forestale.

DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Come previsto dall'articolo "oggetto della garanzia", solo nel caso in cui lo stato di non autosufficienza sia stato originato esclusivamente da una delle seguenti patologie: Sclerosi Multipla, Ictus, Alzheimer, SLA, Parkinson, infortunio sul lavoro, viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Iscritto il cui stato di salute venga giudicato "consolidato" e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di potere effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale);
- nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile);
- spostarsi (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio);
- vestirsi (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali);

e necessari in modo costante:

- dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
- di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza.

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Iscritto che sia affetto da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer, accertata da un referto medico redatto successivamente all'esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein) e necessari in modo costante:

- di un soggiorno in ospedale psichiatrico riconosciuto dal Servizio Sanitario Nazionale;
- dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio.

1° esempio: Un impiegato nostro Iscritto, a seguito di una malattia, perde completamente la vista da entrambi gli occhi. Questo fatto però non gli impedisce di continuare a compiere in maniera autonoma le attività ordinarie della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, spostarsi, nutrirsi), e pertanto la situazione in cui si trova a seguito della perdita totale della vista non giustifica l'attivazione della copertura assicurativa per "stati di non autosufficienza".

2° esempio: Un operaio nostro Iscritto rimane vittima di un incidente stradale particolarmente grave, che lo costringe ad uno stato tale da aver costantemente bisogno dell'assistenza di un'altra persona per effettuare servizi di cura al domicilio. Questo fatto gli impedisce oggettivamente di compiere in maniera autonoma l'attività ordinarie della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, spostarsi, nutrirsi).

In conseguenza di ciò si trova inoltre a dover sostenere spese sanitarie per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, prestazioni fisioterapiche.

Il F.I.L.COOP. Sanitario rimborserà all'Iscritto sia le spese sanitarie da lui sostenute che le spese necessarie per il compenso di una badante, sempreché giustificate da apposita fattura, in base a quanto disposto nella presente sezione A.4.

B - Garanzia obbligatoria malattia/infortuni – "Formula B"

**(DIPENDENTI DEI CONSORZI AGRARI E IMPIEGATI E QUADRI
DELLE COOPERATIVE E CONSORZI AGRICOLI A TEMPO INDETERMINATO E
GLI IMPIEGATI A TEMPO DETERMINATO CON CONTRATTO SUPERIORE A 6 MESI)**

Prestazioni sanitarie a seguito di malattia / infortunio

B.1) RICOVERO OSPEDALIERO

- a) Il F.I.L.COOP. Sanitario garantisce in caso di "ricovero comportante intervento chirurgico" oppure in caso di "ricovero senza intervento chirurgico" che comporti un pernottamento continuativo superiore a 7 (sette) giorni effettuato in Istituto di cura pubblico o privato, in conseguenza di infortunio, di malattia o di parto, il rimborso:

- delle spese per i relativi accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) e le visite specialistiche effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura o in ambulatorio nei 90 (novanta) giorni precedenti il ricovero;
- delle spese per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento);
- delle spese per l'assistenza medica, per le cure, per trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali e per gli esami effettuati durante il periodo di ricovero;
- delle spese per rette di degenza;
- delle spese di trasporto in ambulanza all'Istituto di cura e viceversa;
- delle spese per rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore fino alla concorrenza di **Euro 52,00** giornalieri all'interno dell'Istituto di cura o fuori nel caso di documentata impossibilità di questa a fornire la ricezione alberghiera;
- delle spese rese necessarie dalla malattia o infortunio, che ha determinato il ricovero, sostenute per esami, visite specialistiche, per l'acquisto di medicinali, per prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché per trattamenti fisioterapici o rieducativi e per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 (novanta) giorni successivi al ricovero stesso;
- delle spese conseguenti al parto non cesareo ed aborto naturale ferme le carenze previste ma con un limite di risarcimento di **Euro 1.050,00** (millecinquanta/00) per anno e per nucleo familiare assicurato e con l'applicazione di uno scoperto del 25%.

Tali garanzie vengono prestate entro i seguenti limiti:

Euro 9.000,00 (novemila/00) da ritenersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

- N.B.:**
- 1) Qualora l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale la garanzia varrà, per le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a suo carico, nella misura del 100%;
 - 2) Qualora l'Iscritto ritenga di non avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, e scelga di ricoverarsi in Istituto di cura privato oppure in reparto non convenzionato di un ospedale pubblico, il F.I.L.COOP. Sanitario rimborserà le spese descritte al punto "a" nella misura del 70% di quelle effettivamente sostenute e documentate. I capitali massimi disponibili per ciascun anno e per ogni nucleo familiare sono quelli sopra indicati.

1° esempio: Un impiegato nostro Iscritto a seguito di un infortunio, regolarmente indennizzabile, riporta la lesione del menisco al ginocchio destro. Decide di farsi operare dal medico di sua fiducia presso un Istituto di cura privato.

All'atto delle dimissioni l'Iscritto paga **Euro 8.000,00** (ottomila/00) a fronte dell'intervento subito.

Il rimborso delle spese sostenute viene così effettuato:

A **Euro 8.000,00** (ottomila/00) si applica lo scoperto del 30% che ammonta a **Euro 2.400,00** (duemilaquattrocento/00), l'Iscritto riceverà **Euro 5.600,00** (cinquemilaseicento/00).

2° esempio: Un'impiegata nostra Iscritta, a seguito di una malattia oncologica, si deve sottoporre a cicli di chemioterapia, successivi ad un ricovero avvenuto per asportazione di neoplasia alla mammella, che è a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale. Le terapie devono essere effettuate dopo la dimissione dal ricovero ed entro 90 (novanta) giorni dalla cessazione del ricovero stesso.

I cicli avranno un costo unitario di **Euro 1.000,00** (mille/00) e saranno 2 (due).

Il F.I.L.COOP. Sanitario applicherà, su ciascun ciclo, lo scoperto del 30% previsto nell'ambito dell'area "intervento chirurgico effettuato in Istituto di cura pubblico o privato, in conseguenza di infortunio, di malattia o di parto". Pertanto all'Iscritto verranno rimborsati **Euro 700,00** (settecento/00) per ciascun ciclo di cure.

- b) Nel caso in cui il ricovero e le spese sanitarie conseguenti siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, **e non venga pertanto richiesto alcun rimborso in base al precedente punto “a”**, il F.I.L.COOP. Sanitario corrisponderà per ciascuna giornata di degenza, per un massimo di 120 (centoventi) pernottamenti per persona all’anno e per ciascun ricovero, un rimborso forfettario di **Euro 52,00** (cinquantadue/00).

Esempio: Un operaio nostro Iscritto a seguito di una malattia oncologica subisce un “ricovero comportante intervento chirurgico” a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, per un periodo totale di 11 (undici) giorni [10 (dieci) pernottamenti].

Il rimborso della diaria ospedaliera viene così calcolata:

Euro 52,00 (cinquantadue/00) x 10 (dieci) = **Euro 520,00** (cinquecento/00).

B.1.1) DAY HOSPITAL ONCOLOGICO E PER DIALISI

Il F.I.L.COOP. Sanitario garantisce in caso di Day Hospital medico e prestazioni terapeutiche ambulatoriali (in entrambi i casi esclusivamente per cure oncologiche e per dialisi) a seguito di:

- chemioterapia;
- cobaltoterapia;
- radioterapia;
- dialisi

a) Il rimborso delle spese effettivamente sostenute dall’Iscritto per se stesso o per i propri familiari per:

- le spese per i relativi accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) e le visite specialistiche effettuati anche al di fuori dell’Istituto di cura o in ambulatorio nei 90 (novanta) giorni precedenti il day hospital;
- le spese per l’assistenza medica, per le cure, per trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali e per gli esami effettuati durante il day hospital;
- rette di degenza;
- le spese rese necessarie dalla malattia per esami, visite specialistiche, per l’acquisto di medicinali, per prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché per trattamenti fisioterapici o rieducativi e per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 (novanta) giorni successivi al day hospital.

Tali garanzie vengono prestate entro i limiti specificati nel punto “**B.1 ricovero ospedaliero**” alla lettera “**a**” oppure, in assenza di spese, verrà riconosciuta la diaria giornaliera di **Euro 52,00** (cinquantadue/00) per un massimo di 50 (cinquanta) giorni per anno assicurativo e per persona.

B.2) VISITE SPECIALISTICHE, ANALISI ED ESAMI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO

Il F.I.L.COOP. Sanitario garantisce il rimborso fino alla concorrenza di complessive **Euro 1.050,00** (millecinquanta/00), da ritenersi come disponibilità unica per ciascuno anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato, delle spese sanitarie, domiciliari o ambulatoriali, rese necessarie da malattia o infortunio, sostenute per le seguenti prestazioni:

- onorari medici per visite specialistiche, escluse comunque le visite pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche; resta peraltro inteso che sono comprese in garanzia le visite specialistiche relative ai bambini purché non vengano eseguite da medici pediatri;
- analisi ed esami diagnostici di laboratorio, purché giustificati da prescrizione medica.

Il rimborso di tali spese è effettuato con una deduzione del 20% e con un minimo non indennizzabile di **Euro 30,00** (trenta/00) per ogni visita, analisi od esame, fermo il limite massimo annuo di **Euro 1.050,00** (millecinquanta/00) stabilito.

Le visite specialistiche sono rimborsabili se dalla documentazione inviata risulta inequivocabilmente il titolo di specializzazione del medico chirurgo che ha effettuato la visita. Nessun rimborso è quindi previsto per le prestazioni di medicina generica.

Esempio: Un impiegato nostro Iscritto, a seguito di una presunta malattia, necessita di una visita specialistica per accertare la diagnosi.

La spesa da lui sostenuta è pari a **Euro 400,00** (quattrocento/00) che viene pagata dall'Iscritto stesso.

Il F.I.L.COOP. Sanitario rimborserà all'Iscritto la cifra di **Euro 320,00** (trecentoventi/00) in quanto viene applicato lo scoperto del 20% [**Euro 80,00** (ottanta/00)].

N.B.: qualora la spesa sostenuta sia inferiore e/o uguale a **Euro 150,00** (centocinquanta/00) verrà applicata, per ciascuna prestazione, la franchigia di **Euro 30,00** (trenta/00) in quanto lo scoperto del 20% non raggiunge il minimo non indennizzabile.

B.3) ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI EXTRA RICOVERO

Il F.I.L.COOP. Sanitario garantisce il rimborso per ciascuna delle seguenti prestazioni:

- Angiografia;
- Chemioterapia;
- Cobaltoterapia;
- Dialisi;
- Elettroencefalografia;
- Mammografia
- Risonanza magnetica nucleare;
- Scintigrafia;
- Tac;
- Telecuore.

Tali garanzie vengono prestate per ogni anno assicurativo e per ciascun nucleo familiare, entro il limite di **Euro 1.050,00** (millecinquanta/00), con una deduzione del 20% e con il minimo non indennizzabile di **Euro 52,00** (cinquantadue/00) su ogni prestazione.

Esempio: Un dipendente nostro Iscritto a seguito di un infortunio, regolarmente indennizzabile, riporta una sospetta lesione del legamento crociato anteriore sinistro. Per accertare l'eventuale lesione effettua una Risonanza Magnetica Nucleare presso un laboratorio ospedaliero.

La spesa da lui sostenuta è pari a **Euro 800,00** (ottocento/00) che viene pagata dall'Iscritto stesso.

Il F.I.L.COOP. Sanitario rimborserà all'Iscritto la cifra di **Euro 640,00** (seicentoquaranta/00) in quanto viene applicato lo scoperto del 20% [(**Euro 160,00** (centosessanta/00))].

N.B.: qualora la spesa sostenuta sia inferiore e/o uguale a **Euro 260,00** (duecentosessanta/00) verrà applicata, per ciascun accertamento diagnostico, la franchigia dell'importo di **Euro 52,00** (cinquantadue/00) in quanto lo scoperto del 20% non raggiunge il relativo minimo non indennizzabile.

B.4) INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRA RICOVERO

In deroga a quanto previsto all'articolo "esclusioni dall'assicurazione", il F.I.L.COOP. Sanitario provvede al rimborso delle spese sostenute per gli interventi chirurgici, compresi quelli di implantologia dentale, conseguenti alle seguenti patologie:

- Adamantinoma;
- Ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- Cisti follicolari;
- Cisti radicolari;
- Odontoma;
- Osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione medica, contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione, che dovrà essere allegata alla seguente documentazione:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

Le spese sostenute vengono rimborsate con una deduzione del 20% e con un massimale annuo di **Euro 2.500,00** (duemilacinquecento/00) per nucleo familiare.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il F.I.L.COOP. Sanitario rimborserà integralmente i ticket sanitari a suo carico.

Esempio: Un impiegato nostro Iscritto, a seguito di uno dei quesiti diagnostici o patologia su citata e regolarmente indennizzabile, necessita di un intervento odontoiatrico.

La spesa da lui sostenuta è pari a **Euro 2.000,00** (duemila/00) che viene pagata dall'Iscritto stesso.

Il F.I.L.COOP. Sanitario rimborserà all'Iscritto la cifra di **Euro 1.600,00** (milleseicento/00), in quanto viene applicato lo scoperto del 20% [**Euro 400,00** (quattrocento/00)].

B.5) GARANZIA PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA (Garanzia prevista per i soli iscritti titolari, esclusi i familiari)

OGGETTO DELLA GARANZIA

Il F.I.L.COOP. Sanitario garantisce il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate per un valore massimo corrispondente alla somma garantita all'Iscritto quando questi si trovi, in un momento successivo alla data di decorrenza della polizza, in uno stato di non autosufficienza, come indicato al successivo articolo "definizione dello stato di non autosufficienza", ed a condizione che tale stato di non autosufficienza sia stato originato da una delle seguenti patologie:

- Alzheimer;
- Ictus;
- Parkinson;
- Sclerosi Multipla;
- SLA;
- oppure sia stato originato da un Infortunio sul lavoro.

PERSONE ASSICURATE

La copertura assicurativa è valida per tutti gli Iscritti al F.I.L.COOP. Sanitario titolari di polizza (sono esclusi i familiari), di età compresa tra 18 e 70 anni, che rispondono ai criteri di accettazione medica esposti all'articolo "condizioni di assicurabilità".

CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Ai fini dell'operatività della garanzia gli Iscritti, al momento della data di effetto della propria copertura assicurativa, non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

1. avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi;
2. aver diritto, aver richiesto, o percepire una pensione di invalidità, o una rendita per incapacità permanente che corrisponda ad un livello di incapacità superiore al 25%;
3. presentare malattie, postumi di malattie o di infortuni precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale;

4. essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.

SOMMA ASSICURATA

Il rimborso massimo garantito, nel caso in cui l'Iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "definizione dello stato di non autosufficienza", corrisponde a **Euro 350,00** (trecentocinquanta/00) mensili per una durata massima di 2 (due) anni.

DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Come previsto dall'articolo "oggetto della garanzia", solo nel caso in cui lo stato di non autosufficienza sia stato originato esclusivamente da una delle seguenti patologie: Sclerosi Multipla, Ictus, Alzheimer, SLA, Parkinson, Infortunio sul lavoro, viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Iscritto il cui stato di salute venga giudicato "consolidato" e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di potere effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale);
- nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile);
- spostarsi (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio);
- vestirsi (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali);

e necessari in modo costante:

- dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
- di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza.

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Iscritto che sia affetto da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer, accertata da un referto medico redatto successivamente all'esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein) e necessari in modo costante:

- di un soggiorno in ospedale psichiatrico riconosciuto dal Servizio Sanitario Nazionale;
- dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio.

1° esempio: Un impiegato nostro Iscritto, a seguito di una malattia, perde completamente la vista da entrambi gli occhi.

Questo fatto però non gli impedisce di continuare a compiere in maniera autonoma le attività ordinarie della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, spostarsi, nutrirsi), e pertanto la situazione in cui si trova a seguito della perdita totale della vista non giustifica l'attivazione della copertura assicurativa per stati di non autosufficienza.

2° esempio: Un operaio nostro Iscritto rimane vittima di un incidente stradale particolarmente grave, che lo costringe ad uno stato tale da aver costantemente bisogno dell'assistenza di un'altra persona per effettuare servizi di cura al domicilio. Questo fatto gli impedisce oggettivamente di compiere in maniera autonoma l'attività ordinarie della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, spostarsi, nutrirsi).

In conseguenza di ciò si trova inoltre a dover sostenere spese sanitarie per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, prestazioni fisioterapiche.

Il F.I.L.COOP. Sanitario rimborserà all'Iscritto sia le spese sanitarie da lui sostenute che le spese necessarie per il compenso di una badante, sempreché giustificate da apposita fattura, in base a quanto disposto nella presente sezione B.5.

C - Garanzia facoltativa malattia/infortuni – “Formula C”
(TUTTI I DIPENDENTI PREVISTI NELLE GARANZIE OBBLIGATORIE)

Prestazioni sanitarie a seguito di malattia / infortunio

Per tutti i dipendenti delle cooperative e consorzi agricoli, dei consorzi agrari e del settore forestale ed Iscritti al F.I.L.COOP. Sanitario, oltre alle garanzie obbligatorie di cui alla “**FORMULA A**”, “**Formula OTD**” ed alla “**Formula B**”, vengono garantite le seguenti prestazioni, valide per l’Iscritto e i familiari a condizione che il medesimo versi la relativa contribuzione annua, aggiuntiva a quella di base, di **Euro 124,00** (centoventiquattro/00).

C.1) RICOVERO OSPEDALIERO

Il F.I.L.COOP. Sanitario garantisce in caso di “grande intervento chirurgico”, come da elenco presente nel nostro sito www.filcoopsanitario.it, effettuato in Istituto di cura pubblico o privato, il rimborso:

- delle spese per i relativi accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati anche al di fuori dell’ Istituto di cura o in ambulatorio nei 90 (novanta) giorni precedenti il ricovero;
- delle spese per gli onorari del chirurgo, dell’aiuto, dell’assistente, dell’anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all’ intervento, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l’intervento);
- delle spese per l’assistenza medica, per le cure, per trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali e per gli esami effettuati durante il periodo di ricovero;
- delle spese per rette di degenza;
- delle spese di trasporto in ambulanza in Istituto di cura e viceversa;
- delle spese rese necessarie dalla malattia o infortunio che determinano l’intervento, sostenute dopo la cessazione del ricovero, per esami, per acquisto di medicinali, per prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché per trattamenti fisioterapici o rieducativi e per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 (novanta) giorni successivi al ricovero stesso.

Tali garanzie sono prestate sino alla concorrenza di complessivi **Euro 15.000,00** (quindicimila/00) con uno scoperto del 15%, cumulabili con il massimale di:

- **Euro 4.000,00** (quattromila/00) previsto dalla “**Formula OTD**” di base fermo restando le franchigie, da ritenersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato;
- **Euro 6.200,00** (seimiladuecento/00) previsto dalla “**Formula A**” di base fermo restando le franchigie, da ritenersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato;
- **Euro 9.000,00** (novemila/00) previsto dalla “**Formula B**” di base fermo restando le franchigie, da ritenersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

Tali spese vengono rimborsate integralmente nel limite del massimale assicurato.

Esempio: Un operaio nostro Iscritto, a seguito di una malattia, deve effettuare un “grande intervento chirurgico” e decide di farsi operare dal medico di sua fiducia presso un Istituto di cura privato.

All’atto delle dimissioni l’Iscritto paga **Euro 20.000,00** (ventimila/00) a fronte dell’intervento subito.

Il rimborso delle spese sostenute viene così effettuato:

A **Euro 20.000,00** (ventimila/00) si applica lo scoperto del 15% che ammonta a **Euro 17.000,00** (diciassettemila/00) e, di conseguenza, viene calcolato l’importo di **Euro 15.000,00** (quindicimila/00) che corrisponde al massimale della “**Formula C**”;

A **Euro 5.000,00** (cinquemila/00), che sono l’eccedenza del massimale su citato, si applica:

- **Formula OTD:** lo scoperto del 15% che ammonta a **Euro 750,00** (settecentocinquanta/00) e, di conseguenza, viene calcolato l’importo netto di **Euro 4.000,00** (quattromila /00) che corrisponde al massimale;
- **Formula A:** lo scoperto del 20% che ammonta a **Euro 1.000,00** (mille/00) e, di conseguenza, viene calcolato l’importo netto di **Euro 4.000,00** (quattromila/00);

- **Formula B:** lo scoperto del 30% che ammonta a **Euro 1.500,00** (millecinquecento/00) e, di conseguenza, viene calcolato l'importo netto di **Euro 3.500,00** (tremlacinquecento/00).

Quindi l'Iscritto riceverà, rispettivamente, il rimborso complessivo di:

- **Formula OTD: Euro 19.000,00** (diciannovemila/00);
- **Formula A: Euro 19.000,00** (diciannovemila/00);
- **Formula B: Euro 18.500,00** (diciottomilacinquecento/00).

C.2) CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

Il F.I.L.COOP. Sanitario, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, rimborsa all'Iscritto le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio con le modalità sotto indicate.

Le spese sostenute vengono rimborsate con una deduzione del 20% e con il minimo non indennizzabile di **Euro 50,00** (cinquanta/00) per fattura fino alla concorrenza del massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni su indicate corrispondente a **Euro 1.000,00** (mille/00) per nucleo familiare.

Esempio: Un operaio nostro Iscritto a seguito di un infortunio, regolarmente indennizzabile, si deve sottoporre a cure odontoiatriche.

Il trattamento avrà un costo di **Euro 500,00** (cinquecento/00) che viene pagato dall'Iscritto stesso.

Il F.I.L.COOP. Sanitario applicherà lo scoperto del 20% e pertanto all'Iscritto verranno rimborsati **Euro 400,00** (quattrocento/00).

N.B.: qualora la spesa sostenuta sia inferiore e/o uguale a **Euro 250,00** (duecentocinquanta/00) verrà applicata, per ciascun ciclo di cura, la franchigia di **Euro 50,00** (cinquanta/00) in quanto lo scoperto del 20% non raggiunge il minimo non indennizzabile.

ESTRATTO DEL REGOLAMENTO

ART. 1 - SCOPI

Il F.I.L.COOP. Sanitario, che ha sede a Roma in Via Flavia 3, ha lo scopo di assicurare ai lavoratori delle cooperative e consorzi agricoli, dei consorzi agrari e del settore forestale ed ai loro nuclei familiari un sistema mutualistico integrativo del Servizio Sanitario Nazionale nonché forme di tutela infortunistica ed assistenziale volte a garantire una adeguata tutela negli stati di bisogno dei propri assistiti.

ART. 2 – CATEGORIE ASSISTITE

Sono iscritti al F.I.L.COOP. Sanitario:

- gli impiegati a tempo indeterminato e gli operai a tempo determinato ed indeterminato del settore forestale come previsto all'art. 32 del CCNL per gli addetti ai lavori di sistemazione idraulico-forestale e idraulico-agraria.
- gli impiegati e operai a tempo indeterminato e gli impiegati a tempo determinato con contratto superiore a 6 mesi delle cooperative e consorzi agricoli come previsto all'art. 12 del CCNL.
- i dipendenti a tempo indeterminato dei consorzi agrari come previsto all'art. 37 del CCNL.

- tutti coloro che operano nell'ambito del lavoro agricolo la cui richiesta di iscrizione sia accolta, in via convenzionale, con delibera del Comitato di Gestione del Fondo.

ART. 3 – ISCRIZIONE AL FONDO: DECORRENZA, CESSAZIONE

1) Sono iscritti al F.I.L.COOP. Sanitario, in **“Formula A”** ed in **“Formula OTD”**, i dipendenti ai quali si applica il relativo CCNL, citato nell'art. 2 “categorie assistite” del presente estratto del regolamento, e che sono di seguito riportati:

- **operai a tempo determinato e indeterminato delle cooperative e consorzi agricoli;**
- **operai a tempo determinato e indeterminato del settore forestale;**
- **impiegati a tempo indeterminato del settore forestale.**

Se questi lavoratori saranno assunti durante l'anno, l'iscrizione decorrerà dal primo giorno del mese successivo alla data di assunzione (**salvo disdetta scritta**) e la contribuzione andrà versata in dodicesimi.

Qualora l'iscritto non volesse aderire al F.I.L.COOP. Sanitario l'azienda dovrà inviare, nei termini di 30 (trenta) giorni dalla stessa data di assunzione, copia della disdetta scritta su propria carta intestata e sottoscritta dal dipendente.

2) Sono iscritti al F.I.L.COOP. Sanitario, in **“Formula B”**, i dipendenti dei consorzi agrari e gli impiegati e quadri delle cooperative e consorzi agricoli a tempo indeterminato e a tempo determinato con contratto superiore a 6 mesi ai quali si applica il relativo CCNL, citato nell'art. 2 “categorie assistite” del presente estratto del regolamento.

Se i dipendenti dei consorzi agrari saranno assunti durante l'anno o gli impiegati e quadri delle cooperative e consorzi agrari decidono di aderire volontariamente durante l'anno, il datore di lavoro sarà tenuto a versare la contribuzione in dodicesimi e l'iscrizione decorrerà:

- **per i dipendenti dei consorzi agrari:** dal primo giorno del mese successivo all'assunzione [salvo disdetta scritta da inviare nei termini di 30 (trenta) giorni];
- **per gli impiegati e quadri delle cooperative e consorzi agricoli:** dal primo giorno del mese successivo all'adesione e, inoltre, l'azienda dovrà inviare nei termini di 30 (trenta) giorni la copia di competenza del Fondo del “modulo di adesione” che il lavoratore sarà tenuto a compilare e sottoscrivere.

N.B. L'iscrizione al F.I.L.COOP. Sanitario, alla quale è subordinata l'erogazione delle prestazioni, decorre dalle ore 0 del primo giorno per il quale il datore di lavoro ha versato la contribuzione. Fermo quanto previsto al seguente art. 10 “termini di aspettativa”.
In caso di cessazione del rapporto di lavoro o di pensionamento, il diritto alle prestazioni cessa alle ore 24 della fine del mese dell'ultima contribuzione versata.

ART. 4 – FAMILIARI AVENTI DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Il F.I.L.COOP. Sanitario eroga le prestazioni sanitarie previste dal regolamento anche agli appartenenti del nucleo familiare dell'Iscritto.

Per nucleo familiare si intende il coniuge o convivente “more uxorio” ed i figli fino a 26 anni di età che risultano nello stato di famiglia dell'Iscritto.

La composizione del nucleo familiare dell'Iscritto deve essere dichiarata all'atto della richiesta di prestazioni e certificata con l'esibizione del certificato di stato di famiglia o autocertificazione.

Il diritto dei familiari dell'Iscritto ad ottenere le prestazioni sorge, rimane in essere e cessa con quello dell'Iscritto medesimo.

ART. 5 – CONTRIBUZIONE

La contribuzione dovuta al F.I.L.COOP. Sanitario per aver diritto alle prestazioni, è determinata dalla contrattazione collettiva.

Il suo ammontare attuale è di:

Formula A: Euro 52,00 (cinquantadue/00) annue per gli operai a tempo indeterminato delle cooperative e consorzi agricoli e per gli impiegati e gli operai a tempo indeterminato del settore forestale; di cui **Euro 26,00** (ventisei/00) a carico del lavoratore e **Euro 26,00** (ventisei/00) a carico del datore di lavoro.

Formula (A+C): Euro 176,00 (centosettantasei/00) annue per gli operai a tempo indeterminato delle cooperative e consorzi agricoli e per gli impiegati e gli operai a tempo indeterminato del settore forestale; di cui **Euro 150,00** (centocinquanta/00) a carico del lavoratore e **Euro 26,00** (ventisei/00) a carico del datore di lavoro.

Formula OTD: Euro 36,00 (trentasei/00) annue per gli operai a tempo determinato delle cooperative e consorzi agricoli e del settore forestale con 151 (centocinquantuno) giorni di lavoro all'anno; di cui **Euro 18,00** (diciotto/00) a carico del lavoratore e **Euro 18,00** (diciotto/00) a carico del datore di lavoro.

Formula (OTD+C): Euro 160,00 (centosessanta/00) annue per gli operai a tempo determinato delle cooperative e consorzi agricoli e del settore forestale con 151 (centocinquantuno) giorni di lavoro all'anno; di cui **Euro 142,00** (centoquarantadue/00) a carico del lavoratore e **Euro 18,00** (diciotto/00) a carico del datore di lavoro.

Formula B: Euro 186,00 (centoottantasei/00) annue per i dipendenti dei consorzi agrari e gli impiegati e quadri delle cooperative e consorzi agricoli a tempo indeterminato e gli impiegati a tempo determinato con contratto superiore a 6 mesi; di cui **Euro 93,00** (novantatre/00) a carico del lavoratore e **Euro 93,00** (novantatre/00) a carico del datore di lavoro.

Formula (B+C): Euro 310,00 (trecentodieci/00) annue per i dipendenti dei consorzi agrari e gli impiegati e quadri delle cooperative e consorzi agricoli a tempo a tempo indeterminato e gli impiegati a tempo determinato con contratto superiore a 6 mesi; di cui **Euro 217,00** (duecentodiciassette/00) a carico del lavoratore e **Euro 93,00** (novantatre/00) a carico del datore di lavoro.

ART. 6 – RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI

La richiesta delle prestazioni deve essere inoltrata al F.I.L.COOP. Sanitario entro i seguenti termini:

- 365 giorni dall'evento;
- 365 giorni dal giorno della morte e dell'infortunio.

Le richieste inoltrate dopo i predetti termini non saranno accolte e a tal fine farà fede la data di spedizione della richiesta stessa.

ART. 7 – DOCUMENTAZIONE OCCORRENTE

La documentazione da presentare per ottenere il rimborso delle spese sostenute e garantite dal F.I.L.COOP. Sanitario è specificata nel "modulo di rimborso per la richiesta di prestazioni" presente nel nostro sito www.filcoopsanitario.it.

ART. 8 – DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Sono esclusi dall'assicurazione i rimborsi delle spese:

- per la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- per la cura di intossicazioni conseguenti all'abuso di alcolici od uso di allucinogeni nonché all'uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti.
- derivanti da sports aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche ed alle relative prove ed allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);
- sofferti in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'iscritto, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'iscritto stesso.

Sono inoltre esclusi dall'assicurazione:

- le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
- le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- le cure dentarie e delle paradontopatie non rese necessarie da infortuni e, in ogni caso, le protesi dentarie;
- le malattie professionali così definite dal D.P.R. 30 Giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche;
- le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici che non siano specificatamente previsti dalle garanzie di base prestata;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici.

ART. 9 – LIMITI DI ETÀ'

L'assicurazione vale per l'Iscritto, il coniuge o convivente "more uxorio" di età non superiore ai 70 anni e per i figli fino a 26 anni.

Al raggiungimento di tali limiti di età l'iscrizione al Fondo cessa alla scadenza annuale o semestrale dell'ultima contribuzione versata.

ART. 10 – TERMINI DI ASPETTATIVA

L'assicurazione prende effetto dalle ore 24:

- del giorno di decorrenza della garanzia per gli infortuni e per le visite specialistiche;
- dal 30° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per le malattie;
- dal 180° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per i casi di ricovero a seguito di malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, nonché di malattie croniche o recidivanti;
- dal 270° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per il parto, l'aborto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio.

ART. 11 – DECESSO DELL'ISCRITTO

In caso di decesso dell'Iscritto, gli eredi per ottenere la liquidazione delle prestazioni spettanti al "de cuius" dovranno presentare la seguente documentazione originale:

- certificato di morte;
- atto notorio contenente le generalità complete degli eredi legittimi;
- delega di ciascuno degli eredi conferita ad uno di loro per riscuotere l'importo spettante;
- autorizzazione del giudice tutelare in caso di erede minorenni;
- fatture funebri.

ART. 12 – CONTROLLI

Il F.I.L.COOP. Sanitario al fine di accertare il diritto dell'Iscritto alle prestazioni si riserva la facoltà di esercitare ogni controllo ed ogni accertamento tramite medici di propria fiducia o istituzioni pubbliche o private. Il rifiuto di presentare la documentazione richiesta o l'opposizione agli eventuali accertamenti decisi dal F.I.L.COOP. Sanitario comportano la decadenza del diritto alle prestazioni.