

F.I.L.COOP. SANITARIO – FONDO INTEGRATIVO SANITARIO DEI LAVORATORI DIPENDENTI DA AZIENDE E COOPERATIVE DI TRASFORMAZIONE DI PRODOTTI AGRICOLI E ZOOTECNICI E LAVORAZIONE PRODOTTI ALIMENTARI

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.

T - Garanzia obbligatoria malattia/infortuni – “Formula T”

Prestazioni sanitarie a seguito di malattia / infortunio

T.1) RICOVERO OSPEDALIERO

Il F.I.L.COOP. Sanitario garantisce in caso di:

- ricovero con intervento chirurgico;
- day hospital chirurgico e parto cesareo;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- ricovero senza intervento chirurgico che comporti un pernottamento continuato superiore a 7 (sette) giorni:

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

- gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche relativi a detto ricovero/intervento effettuati nei 90 (novanta) giorni precedenti purché resi necessari dalla malattia e/o infortunio che determinato il ricovero;
- le spese per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio), per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento);
- prestazioni mediche ed infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero/intervento;
- rette di degenza (non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie);
- le rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore, fino alla concorrenza di **Euro 52,00** (cinquantadue/00) giornalieri, all'interno dell'Istituto di cura o sostenute fuori della struttura sanitaria nel caso di documentata impossibilità di questa a fornire la ricezione alberghiera;
- il trasporto urgente all'Istituto di cura e viceversa;
- gli esami, gli accertamenti diagnostici, le visite specialistiche, i trattamenti fisioterapici e le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 (centoventi) giorni successivi purché resi necessari dalla malattia e/o infortunio che determinato il ricovero;
- le spese conseguenti al parto cesareo ferme le carenze previste ma con un limite di risarcimento di **Euro 3.000,00** (tremila/00) per anno e per nucleo familiare assicurato e con l'applicazione di uno scoperto del 30%.

Nell'ambito di questo punto vengono comprese le biopsie, anche se effettuate in Day Hospital o in ambulatorio. In assenza di spese verrà riconosciuta un'indennità di **Euro 50,00** (cinquanta/00) per un massimo di 50 (cinquanta) giorni per anno assicurativo e per persona.

Tali garanzie vengono prestate entro i seguenti limiti:

Euro 7.500,00 (settemilacinquecento/00) da ritenersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato per i lavoratori assunti a tempo indeterminato e a tempo determinato, con contratto pari o superiore a 9 (nove) mesi nell'arco dell'anno solare, delle aziende e cooperative di trasformazione di prodotti agricoli e zootecnici e lavorazione prodotti alimentari.

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.

Esempio: Un'impiegata nostra Iscritta a seguito di una malattia oncologica deve sottoporsi ad intervento chirurgico di asportazione di neoplasia alla mammella. Decide di farsi operare dal medico di sua fiducia presso un Istituto di cura privato.

All'atto delle dimissioni l'Iscritta 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'Iscritta riceverà **Euro 5.600,00** (cinquemilaseicento/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 **Euro 50,00** (cinquanta/00).

Esempio: Un operaio nostro Iscritto a seguito di una malattia oncologica subisce un ricovero "senza intervento chirurgico", a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, per un periodo totale di 10 (dieci) giorni [9 (nove) pernottamenti].

Il rimborso della diaria ospedaliera viene così calcolata:

Euro 50,00 (cinquanta/00) x 9 (nove) = **Euro 450,00** (quattrocentocinquanta/00).

c) Il rimborso delle spese sostenute, entro il limite di **Euro 2.600,00** (duemilaseicento/00), per il trasporto della salma al luogo di tumulazione e le spese funerarie in caso di decesso conseguente a ricovero, in ambulanza durante il tragitto verso il pronto soccorso o conseguente ad infortunio sul lavoro per i lavoratori assunti a tempo indeterminato e a tempo determinato, con contratto pari o superiore a 9 (nove) mesi nell'arco dell'anno solare, delle aziende e cooperative di trasformazione di prodotti agricoli e zootecnici e lavorazione prodotti alimentari.

T.1.1) RICOVERO IN DAY HOSPITAL O IN REGIME AMBULATORIALE PER CURE ONCOLOGICHE 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 detto ricovero effettuati nei 90 (novanta) giorni precedenti purché resi necessari dalla malattia che determinato il day hospital/regime ambulatoriale;
- prestazioni mediche ed infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il day hospital/regime ambulatoriale;
- rette di degenza (non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie);
- gli esami, gli accertamenti diagnostici, le visite specialistiche, i trattamenti fisioterapici e le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 (centoventi) giorni successivi purché resi necessari dalla malattia che determinato il day hospital/regime ambulatoriale.

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

T.1.2) INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE PER DERMATOLOGIA E PER OCULISTICA

Il F.I.L.COOP. Sanitario garantisce in caso di intervento chirurgico ambulatoriale, conseguente a patologie dermatologiche ed oculistiche, il rimborso delle spese effettivamente sostenute dall'Iscritto per se stesso o per i propri familiari per:

- gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche effettuati nei 90 (novanta) giorni precedenti purché resi necessari dalla malattia e/o infortunio che determinato l'intervento;
- le spese per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio), per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento);
- prestazioni mediche ed infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici nel giorno dell'intervento;
- gli esami, gli accertamenti diagnostici, le visite specialistiche, i trattamenti fisioterapici e le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 (centoventi) giorni successivi purché resi necessari dalla malattia e/o infortunio che determinato l'intervento.

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

- N.B.:**
- 1) In caso di interventi ambulatoriali per prestazioni di dermatologia la garanzia opererà in presenza di situazioni patologiche refertate dallo specialista che esegue la prestazione (esempio: esame istologico per i nei, ecc.);
 - 2) In caso di intervento per la correzione della miopia tramite metodica laser, la garanzia opererà in presenza di un difetto della capacità visiva risultante dallo specchietto dell'oculista il quale dovrà riportare l'indicazione del numero delle diottrie.

T.2) ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI EXTRA RICOVERO

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

- Angiografia;
- Artrografia;
- Broncografia;
- Chemioterapia;
- Cisternografia;
- Cistografia;
- Cistouretrografia;
- Clisma opaco;
- Cobaltoterapia;
- Colangiografia intravenosa;
- Colangiografia percutanea (PTC);
- Colangiografia trans Kehr;
- Colecistografia;
- Dacriocistografia;
- Defecografia;
- Dialisi;
- Elettroencefalografia;
- Fistelografia;
- Flebografia;
- Fluorangiografia;
- Galattografia;
- Isterosalpingografia;
- Linfografia;
- Mammografia;
- Mielografia;
- Retinografia;
- Risonanza magnetica nucleare;
- Rx esofago con mezzo di contrasto;
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto;
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto;
- Scialografia;
- Scintigrafia;
- Splenoportografia;
- Tac;
- Telecuore;
- Urografia;
- Vesciculodeferentografia;
- Videoangiografia;
- Wirsunggrafia.

Tali garanzie vengono prestate per ogni anno assicurativo e per ogni nucleo familiare entro il limite di **Euro 2.000,00** (duemila/00). Le spese sostenute sono rimborsate con una deduzione del 20% e con il minimo non indennizzabile di **Euro 50,00** (cinquanta/00) su ogni prestazione.

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 250,00** (duecentocinquanta/00) verrà applicata la franchigia di **Euro 50,00** (cinquanta/00) per ciascun accertamento diagnostico in quanto lo scoperto del 20% non raggiunge il minimo non indennizzabile.

T.3) VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

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 (per il controllo di routine legato alla crescita), odontoiatriche e ortodontiche;
- ticket per accertamenti diagnostici effettuati soltanto in strutture pubbliche.

Il rimborso di tali spese è effettuato:

- con una deduzione del 20% e con il minimo non indennizzabile di **Euro 35,00** (trentacinque/00) per ogni visita, fermo il limite massimo annuo di **Euro 1.050,00** (millecinquanta/00) stabilito;

- con una franchigia di **Euro 35,00** (trentacinque/00) per ogni ticket relativo all'accertamento diagnostico, fermo il limite massimo annuo di **Euro 1.050,00** (millecinquanta/00) stabilito.

N.B. 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 175,00** (centosettantacinque/00) verrà applicata la franchigia dell'importo di **Euro 35,00** (trentacinque/00) per ciascuna prestazione in quanto lo scoperto del 20% non raggiunge il minimo non indennizzabile.

T.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)].

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:**

Euro 600,00 (seicento/00) con una deduzione del 20% e con il minimo non indennizzabile di **Euro 50,00** (cinquanta/00) per fattura per i lavoratori assunti a tempo indeterminato e a tempo determinato, con contratto pari o superiore a 9 (nove) mesi nell'arco dell'anno solare, delle aziende e cooperative di trasformazione di prodotti agricoli e zootecnici e lavorazione prodotti alimentari.

b) In caso di morte:

Euro 18.100,00 (diciottomilacenti/00) per i lavoratori assunti a tempo indeterminato e a tempo determinato, con contratto pari o superiore a 9 (nove) mesi nell'arco dell'anno solare, delle aziende e cooperative di trasformazione di prodotti agricoli e zootecnici e lavorazione prodotti alimentari.

c) In caso di invalidità permanente:

Euro 18.100,00 (diciottomilacenti/00), con una franchigia del 19%, per i lavoratori assunti a tempo indeterminato e a tempo determinato, con contratto pari o superiore a 9 (nove) mesi nell'arco dell'anno solare, delle aziende e cooperative di trasformazione di prodotti agricoli e zootecnici e lavorazione prodotti alimentari.

Esempio:

TABELLA				
% invalidità grado invalidità	importo singolo	importo calcolato	importo liquidato	Massimale
20	181,00	3.620,00	3.620,00	18.100,00
60	181,00	10.860,00	10.860,00	18.100,00
61	181,00	11.041,00	18.100,00	18.100,00

CONDIZIONI DI ASSICURABILITA'

Per il solo lavoratore Iscritto (questa prestazione non vale per i familiari) viene prevista una copertura infortuni, limitata ai soli infortuni sul lavoro, comprovati dal certificato di Pronto Soccorso e dalla copia di denuncia infortunio del datore di lavoro all'INAIL, 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** verrà applicata la franchigia dell'importo di **Euro 50,00** (cinquanta/00) per ciascun ciclo di cure 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 Iscritti 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 azzera), quindi il calcolo è:

Euro 18.100,00 (diciottomilacento/00) x 30% = **Euro 5.430,00** (cinquemilaquattrocentotrenta/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.

T.6) 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;
- SLA;
- Parkinson;
- Ictus;
- Sclerosi Multipla;
- 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:

- avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi;
- 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%;
- presentare malattie, postumi di malattie o di infortuni precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale;
- 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 800,00** (ottocento/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 necessiti 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 necessiti 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 T.6.

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 aziende e cooperative di trasformazione di prodotti agricoli e zootecnici e lavorazione prodotti alimentari 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 dal 01 ottobre 2011, come previsto all'art. 64 del CCNL, i lavoratori delle aziende e cooperative di trasformazione di prodotti agricoli e zootecnici e lavorazione prodotti alimentari.

ART. 3 – ISCRIZIONE AL FONDO: DECORRENZA, CESSAZIONE

Sono iscritti al F.I.L.COOP. Sanitario tutti i lavoratori assunti a tempo indeterminato e a tempo determinato, con contratto pari o superiore a 9 (nove) mesi nell'arco dell'anno solare, ai quali si applica il CCNL delle aziende e cooperative di trasformazione di prodotti agricoli e zootecnici e lavorazione prodotti alimentari.

Per i lavoratori assunti durante l'anno l'iscrizione decorre dal primo giorno del mese successivo alla data di assunzione e il datore di lavoro sarà tenuto a versare la contribuzione mensilmente.

L'iscrizione al F.I.L.COOP. Sanitario, alla quale è subordinata l'erogazione delle prestazioni, decorre dalle ore 0 del primo giorno del mese per il quale il datore di lavoro ha versato la contribuzione. Fermo quanto previsto al seguente articolo 10 "termini di aspettativa".

In caso di cessazione del rapporto di lavoro il diritto alle prestazioni cessa alle ore 24 della fine del mese nel quale è stato effettuato il versamento della contribuzione.

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 relativa alle aziende e cooperative di trasformazione di prodotti agricoli e zootecnici e lavorazione prodotti alimentari.

Dal 01/01/2013 il suo ammontare, che è a totale carico del datore di lavoro, è di:

- **Euro 13,00 (tredici/00) mensili** per i lavoratori assunti con contratto a tempo indeterminato;
- **Euro 10,00 (dieci/00) mensili** per i lavoratori assunti a tempo determinato con contratto di durata pari o superiore a 9 (nove) mesi nell'arco dell'anno solare.

ART. 6 – RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI

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

- 2 (due) anni dall'evento;
- 2 (due) anni 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 per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni);
- le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici;

- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni 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);
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'Assicurato stesso;
- le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Assicurato con dolo o colpa grave;
- le conseguenze dirette o indirette di transumanza del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
- le malattie professionali così definite dal D.P.R. 30 Giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche.

ART. 9 – LIMITI DI ETA'

L'assicurazione vale per l'Iscritto, il coniuge o il 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 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 Filcoop Sanitario comportano la decadenza del diritto alle prestazioni.

CONTRIBUTO ASSISTENZIALE INTEGRATIVO DELL'INDENNITA' PER CONGEDO PARENTALE (Ex Sostegno alla Maternità e Paternità)

OGGETTO DELLA GARANZIA

Per sostegno alla maternità e paternità si intende l'integrazione del contributo assistenziale corrisposto dall'I.N.P.S. e relativo al periodo di congedo parentale facoltativo.

PERSONE ASSICURATE

Il F.I.L.COOP. Sanitario, a decorrere dal 01/01/2013 ed in linea con le disposizioni vigenti in materia di astensione facoltativa, garantisce il sostegno alla maternità e paternità a favore dei lavoratori dipendenti (**familiari esclusi**), di età compresa tra 18 (diciotto) e 70 (settanta) anni, assunti **con contratto a tempo indeterminato** per i quali si applica il C.C.N.L. delle aziende e cooperative di trasformazione di prodotti agricoli e zootecnici e lavorazione prodotti alimentari.

CONDIZIONI DI ASSICURABILITA'

Per il solo lavoratore Iscritto (**questa prestazione non vale per i familiari**) viene previsto un sostegno alla maternità e paternità per i genitori, con figli di età fino a 3 (tre) anni di vita, che richiedono l'integrazione al Fondo entro 60 (sessanta) giorni dal primo giorno del mese successivo a quello in cui è stata presentata all'I.N.P.S. la domanda di congedo parentale facoltativo.

Si potrà effettuare soltanto una richiesta all'anno (nel corso del periodo di godimento) ed è fissato in 30 (trenta) giorni il periodo minimo ed in 180 (centoottanta) giorni il periodo massimo di **assenza necessariamente consecutiva**.

SOMMA ASSICURATA

Il F.I.L.COOP. Sanitario riconoscerà una prima rata, a titolo di acconto, pari ad Euro 200,00 (duecento/00) mensili da liquidarsi (indicativamente) nel mese successivo a quello in cui verrà avanzata la richiesta. Il saldo, da erogarsi entro il 31 marzo dell'anno successivo, potrà oscillare in più o meno a seconda degli introiti effettivamente versati dalle aziende e dal numero di prestazioni effettivamente richieste dai lavoratori su ciascun anno.

N.B.: Il sostegno alla maternità e paternità non può superare il 100% del trattamento economico di cui all'art.45 del predetto C.C.N.L., relativo al mese precedente la richiesta, inclusi gli elementi retributivi legati all'effettiva presenza (esempio: maggiorazione turni, straordinari) detratto l'importo versato dall'I.N.P.S.

ASSOGGETTAMENTO FISCALE DEL CONTRIBUTO

Il contributo liquidato viene assoggettato alle ritenute fiscali in base all'aliquota I.R.P.E.F. di tassazione scelta dall'Iscritto (in assenza di scelta verrà applicata la tassazione minima vigente al momento dell'erogazione) pertanto il Fondo invierà la Certificazione Unica, per permettere all'Iscritto di ottemperare agli obblighi di legge redigendo una corretta dichiarazione dei redditi, contenente l'importo percepito e le ritenute subite nell'anno fiscale di competenza.

A tale scopo, è fondamentale la comunicazione di un indirizzo di posta elettronica valido al quale il Fondo potrà inviare tutte le comunicazioni del caso.

DOCUMENTAZIONE OCCORRENTE

Per poter usufruire di tale prestazione il lavoratore dovrà inviare:

- il modulo di richiesta maternità e paternità (scaricabile dal ns sito www.filcoopsanitario.it);
- copia della "domanda completa" inoltrata all'I.N.P.S.;
- copia della domanda inoltrata al datore di lavoro con indicato la durata del periodo continuativo di congedo parentale richiesto (nel caso di rientro anticipato al lavoro, rispetto al periodo richiesto, il lavoratore è tenuto a comunicarlo tempestivamente **per iscritto** al Fondo);
- copia dei cedolini paga, relativi alle mensilità per cui viene richiesta l'indennità, da cui risulti l'importo a carico dell'I.N.P.S. (nel caso di richieste di astensione per più mesi, il lavoratore invierà il primo cedolino congiuntamente con il modulo su specificato ed i successivi cedolini con invii separati a cadenza mensile).