



FONDO INTEGRATIVO SANITARIO

DEI LAVORATORI DELLE COOPERATIVE E CONSORZI AGRICOLI



FONDO INTEGRATIVO SANITARIO

DEI LAVORATORI DELLE COOPERATIVE E CONSORZI AGRICOLI



www.filcoopsanitario.it



INDICE

1. OPERAI A TEMPO INDETERMINATO	7
2. OPERAI A TEMPO DETERMINATO	23
IMPIEGATI E QUADRI	40
• Ricovero in istituto di cura con e senza intervento chirurgico, day-hospital chirurgico, parto naturale e parto cesareo	41
• Day hospital oncologico e per dialisi	43
• Intervento chirurgico ambulatoriale per dermatologia e per oculistica	44
• Visite specialistiche, analisi ed esami diagnostici di laboratorio	45
• Accertamenti diagnostici extra ricovero	45
• Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero	46
• Garanzia per stati di non autosufficienza	47
GARANZIA FACOLTATIVA MALATTIA/INFORTUNI	51
• Ricovero ospedaliero	51
• Cure dentarie da infortunio	53
ESTRATTO DEL REGOLAMENTO	55
ELENCO "GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI"	63

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 nel articolo **"delimitazioni dell'assicurazione"** per gli aspetti di dettaglio. Le suddette coperture sono prestate con specifici scoperti, massimali e franchigie che sono di seguito riportate.



OPERAI A TEMPO INDETERMINATO

Garanzia obbligatoria

- ricovero in istituto di cura con e senza intervento chirurgico;
- day-hospital chirurgico;
- day-hospital medico e terapie ambulatoriali per cure oncologiche e per dialisi;
- alta specializzazione;
- interventi chirurgici odontoiatrici;
- stati di non autosufficienza (garanzia operante per il solo titolare);
- trattamenti fisioterapici riabilitativi conseguenti a infortunio sul lavoro (garanzia operante per il solo titolare);
- infortuni sul lavoro (garanzia operante per il solo titolare).

Garanzia facoltativa

- ricovero per Grande Intervento Chirurgico;
- cure dentarie da infortunio.



PERSONE ASSICURATE

Le prestazioni garantite dalla presente copertura sono prestate a favore degli Operai a tempo indeterminato (OTI) appartenenti al settore delle Cooperative e dei Consorzi Agricoli regolarmente Iscritti al F.I.L.Coop. e dei relativi nuclei familiari intendendo per tali il coniuge o il convivente "more uxorio" e figli fino a 26 anni di età, tutti risultanti dallo stato di famiglia dell'iscritto

N.B.: Si precisa inoltre che la presente copertura può essere rinnovata fino al compimento del 26° anno di età del/della figlio/a, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza al compimento di tale età da parte del/della figlio/a.



Garanzia obbligatoria

AREA RICOVERO

RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CON E SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, DAY HOSPITAL CHIRURGICO

Il Fondo, rimborsa le spese per le seguenti prestazioni:

- A. Pre-ricovero:** Visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
- B. Intervento chirurgico:** Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento.
- C. Assistenza medica, medicinali, cure:** Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.
- D. Rette di degenza:** Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.
- E. Accompagnatore:** Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o, nel caso di documentata impossibilità di questo a fornire la ricezione alberghiera, in struttura di accoglienza esterna, nel limite di € 52,00 al giorno.
- F. Trasporto in ambulanza:** Trasporto urgente all'istituto di cura e viceversa.
- G. Post-ricovero:** Esami, accertamenti diagnostici, visite specialistiche, trattamenti fisioterapici e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 180 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

N.B.: *Nell'ambito di questo punto vengono ricomprese le biopsie, anche se effettuate in regime di Day-Hospital o in regime ambulatoriale.*

Il **“Ricovero senza intervento chirurgico”** (c.d. “ricovero medico”) è in copertura qualora la degenza continuativa sia **pari o superiore 2 notti consecutive**.

DAY-HOSPITAL MEDICO E PRESTAZIONI TERAPEUTICHE AMBULATORIALI IN ENTRAMBI I CASI ESCLUSIVAMENTE PER CURE ONCOLOGICHE E PER DIALISI

Nel caso in cui l'iscritto effettui le seguenti terapie:

- chemioterapia;
- cobaltoterapia;
- radioterapia;
- dialisi

in regime di day-hospital o in regime ambulatoriale, il Fondo rimborsa le spese per le **prestazioni previste al punto “Ricovero in Istituto di cura con e senza intervento chirurgico” lett. a) “Pre- ricovero”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure, d) “Rette di degenza”, g) “Post-ricovero”**. In assenza di spese per le prestazioni sopraindicate, verrà riconosciuta un'indennità giornaliera di **€ 45,00** per un massimo di **50** giorni per anno assicurativo e per persona.

TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Fondo liquida le **spese previste ai punti “Ricovero in Istituto di cura” e “Trasporto sanitario” con i relativi limiti in essi indicati**, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre- ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto. Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assi-

cura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

TRASPORTO DELLA SALMA /RIMBORSO SPESE FUNERARIE

Nel caso di decesso dell'iscritto durante un ricovero, in ambulanza **durante il tragitto verso il Pronto Soccorso o per infortunio sul lavoro**, il Fondo rimborsa le spese per il trasporto della salma al luogo della tumulazione e le spese funerarie relative **nel limite di € 2.600,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare. La garanzia è operante anche qualora il decesso avvenga entro 50 giorni dalle dimissioni dall'istituto di cura.**

MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga di un Istituto non accreditato dal Servizio Sanitario Nazionale o in caso di attività extramuraria in strutture del Servizio Sanitario Nazionale, le spese effettivamente sostenute e documentate verranno rimborsate nella misura dell'80%, con l'esclusione delle spese di cui al precedente punto "Trasporto della salma / Rimborso Spese funerarie".

Nel caso di utilizzo in forma diretta del Servizio Sanitario Nazionale o di strutture da esso accreditate, le spese o le eccedenze di spese rimaste a carico dell'iscritto verranno rimborsate integralmente nel limite del massimale assicurato di cui al punto "Massimali assicurati".

INDENNITÀ SOSTITUTIVA

In assenza di richiesta di rimborso per il ricovero o per altra prestazione a esso collegata, il Fondo corrisponde un'indennità per ogni giorno di ricovero di **€ 60,00** con un massimo di **50** giorni per anno assicurativo e per persona. **Per le Biopsie, in assenza di spese per le prestazioni sopraindicate, verrà riconosciuta una indennità giornaliera di € 60,00 per un massimo di 50 giorni per anno assicurativo e per persona.**

MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni sopraindicate corrisponde a € 8.000,00 per nucleo familiare.

ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il Fondo, rimborsa le spese relative alle seguenti prestazioni.

- Angiografia; Artrografia; Broncografia; Cisternografia; Cistografia; Cisturetrografia; Clisma opaco;
 - Colangiografia intravenosa; Colangiografia percutanea; Colangiografia trans kehr; Colecistografia; Dacriocistografia; Defecografia;
 - Ecodoppler/ecocolordoppler agli arti inferiori; Ecodoppler/ecocolordoppler agli arti superiori; Ecodoppler/ecocolordoppler alla carotide; Elettroencefalografia;
 - Fistelografia; Flebografia; Fluorangiografia; Galattografia; Isterosalpingografia; Linfografia;
 - Ecografia mammaria per donne con età > 40 anni
-
- Mammografia; Mielografia;
 - Mineralogia ossea computerizzata Retinografia;
 - Risonanza;
 - 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; Urografia; Vesciculodeferentografia; Videoangiografia
 - Tac; Villocentesi; Wirsungrafia

Colonscopia diagnostica e/o chirurgica: viene riconosciuto il rimborso con l'applicazione di un sottolimito annuo per nucleo familiare di € 1.500,00.

Per le seguenti prestazioni previste in garanzia si precisa quanto segue:

- Diagnostica pre-natale:
- Prenatal Safe
- Villocentesi
- Amniocentesi

NB: é riconosciuto il rimborso anche qualora la gravidanza non sia considerata “a rischio”.

Per l’attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. Ai fini liquidativi la patologia, presunta o accertata potrà essere riportata nel documento fiscale rilasciato dallo specialista. Nel caso in cui l’iscritto si rivolga a strutture sanitarie private le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 10% ed un minimo non indennizzabile di € 50,00 per prestazione.

Nel caso in cui l’iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente **i tickets sanitari a carico dell’iscritto. Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 2.800,00 per nucleo familiare.**

VISITE SPECIALISTICHE

Vengono rimborsate le spese sostenute per visite specialistiche rese necessarie da malattia o da infortunio nel corso dell’annualità assicurativa. Per l’attivazione della garanzia è necessaria documentazione contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. La patologia accertata o presunta che ha reso necessaria la prestazione potrà essere riportata nel documento fiscale rilasciato dallo specialista.

Nel caso in cui l’iscritto si rivolga a **strutture sanitarie private** le spese sostenute vengono rimborsate **con il minimo non indennizzabile di € 45,00 per ogni visita specialistica.**

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente i **tickets sanitari a carico dell'iscritto**. Il **massimale annuo assicurato per le prestazioni suindicate corrisponde a € 800,00**.

ESAMI DEL SANGUE

Vengono rimborsate, nel limite del massimale annuo, le spese sostenute per esami del sangue. **Per l'attivazione della garanzia è necessaria documentazione contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.** La patologia accertata o presunta che ha reso necessaria la prestazione potrà essere riportata nel documento fiscale rilasciato dallo specialista.

Nel caso in cui l'iscritto si rivolga a **strutture sanitarie private**, le spese sostenute vengono liquidate con l'applicazione di **una franchigia di € 50,00 per fattura**.

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'iscritto.

Il massimale annuo assicurato per le prestazioni suindicate corrisponde a € 200,00.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI CONSEGUENTI A INFORTUNIO SUL LAVORO O A PATOLOGIE SPECIFICAMENTE ELENcate

(garanzia operante per il solo iscritto titolare, non per i familiari)

Il Fondo, rimborsa le spese per trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio sul lavoro in presenza di un certificato di Pronto Soccorso oppure conseguenti a una delle patologie o degli interventi chirurgici di seguito elencati, esclusivamente a fini riabilitativi, semprechè siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente la patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico

abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Patologie o interventi chirurgici

- ictus;
- infarto;
- ernia del disco;
- interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale;
- artroprotesi d'anca;
- protesi del ginocchio;
- patologie polmonari.

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.

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga di strutture sanitarie private, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per fattura/persona. Qualora l'iscritto si avvalga del S.S.N., il Fondo rimborsa integralmente i relativi ticket sanitari.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 600,00 per persona.

STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATO/PERMANENTE

(Garanzia operante per il solo iscritto titolare, non per i familiari)

OGGETTO DELLA GARANZIA

Il Fondo, **garantisce il rimborso delle spese sostenute e documentate per un valore massimo corrispondente alla somma mensile assicurata qualora l'iscritto venga a trovarsi, in un momento successivo alla data di decorrenza della polizza, in**

uno stato di non autosufficienza quale indicato al successivo punto “Definizione dello stato di non autosufficienza” in conseguenza di una delle seguenti patologie/eventi:

- Sclerosi Multipla;
- Ictus;
- Morbo di Alzheimer;
- Sindrome laterale amiotrofica;
- Morbo di Parkinson;
- Infortunio sul lavoro con certificazione INAIL.

PERSONE ASSICURATE

La garanzia è valida per tutti gli iscritti al Fondo di età compresa tra i 18 e i 70 anni titolari della copertura (con esclusione dei familiari) che rispondano ai criteri di accettazione medica indicati al punto “Condizioni di assicurabilità”.

CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone iscritte, al momento della data di effetto della propria copertura assicurativa, devono rientrare nelle seguenti condizioni di assicurabilità:

1. Non avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere quotidianamente una o più delle attività di vita di seguito indicate:
 - A. Lavarsi
 - B. Vestirsi
 - C. Spostarsi
 - D. Nutrirsi
2. Non essere in diritto, aver richiesto o percepire una pensione di invalidità o una rendita per incapacità permanente che corrisponda a un livello di incapacità superiore al 25%.
3. Non essere affette dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e da 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.

4. Non presentare malattie, postumi di malattie o di infortuni precedenti che limitino le capacità fisiche e mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.

MASSIMALE MENSILE ASSICURATO

Nel caso in cui l'iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza", **il massimale mensile garantito corrisponde a € 400,00.**

Dalla data del riconoscimento dello stato di non autosufficienza, il rimborso delle spese sostenute verrà corrisposto **per una durata massima di due anni.**

DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Come indicato al punto "Oggetto della garanzia", viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'iscritto il quale, in conseguenza di una delle seguenti patologie/eventi:

- Sclerosi Multipla
- Ictus
- Morbo di Alzheimer
- Sindrome laterale amiotrofica
- Morbo di Parkinson
- Infortunio sul lavoro con certificazione INAIL,

in presenza di uno stato di salute valutato come “consolidato”, si trovi nell’impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita quotidiana:

- **Lavarsi**
(capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale)
- **Vestirsi**
(capacità di indossare e togliere correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali)
- **Spostarsi**
(capacità di muoversi da una stanza all’altra all’interno della residenza abituale, anche con l’utilizzo di ogni tipo di ausilio)
- **Nutrirsi**
(capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile)

e necessiti in modo costante:

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



GARANZIA INFORTUNI

(Garanzia operante per il solo iscritto)

Sia in caso di Morte sia in caso di Invalidità Permanente il capitale assicurato corrisponde a € 18.100,00. L’indennizzo viene corrisposto in presenza di un **grado di invalidità permanente superiore al 19%** della totale. In questo caso l’invalidità accertata viene riconosciuta integralmente.

CAPITALE ASSICURATO

In caso di morte:

Euro 18.100,00 (diciottomilacento/00).

In caso di invalidità permanente:

Euro 18.100,00 (diciottomilacento/001).

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 ASSICURABILITÀ

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. 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 capitale assicurato.

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 mancini-
simo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore de-
stro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la
mano sinistra e viceversa;
- C. **Supervalutazione dell'invalidità permanente**: in caso di infortu-
nio che comporti;
 - sordità completa bilaterale;
 - cecità completa;
 - perdita anatomica o funzionale di almeno un arto superiore
od inferiore nonché la perdita completa anatomica funzionale
delle dita di una mano.

Il massimale garantito si intende raddoppiato.

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 azze-
ra), quindi il calcolo è:

Euro 18.100,00 (diciottomilacento/00) x 30% = **Euro 5.430,00** (cin-
quemilaquattrocentotrenta/00);

2° esempio: Un operaio nostro Iscritto rimane coinvolto in un infor-
tunio sul lavoro:

Invalidità permanente accertata: 10%

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

Nessun indennizzo viene quindi corrisposto sino a un grado di invalidità permanente accertato pari al 19% della totale.

Nel caso in cui il **grado di invalidità permanente risulti superiore al 60%** dell'invalidità permanente totale, **verrà liquidato un indennizzo pari all'intero capitale assicurato.**

Il grado di invalidità permanente residuo viene valutato in base alle percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente – Agricoltura" allegato al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni, attenendosi ai fini liquidativi alla valutazione effettuata dall'INAIL.



Garanzia facoltativa

RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (come da elenco allegato)

Il Fondo, rimborsa le spese per le seguenti prestazioni:

- A. Pre-ricovero:** Visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
- B. Intervento chirurgico:** Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento.
- C. Assistenza medica, medicinali, cure:** Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.
- D. Rette di degenza:** Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.
- E. Accompagnatore:** Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o, nel caso di documentata impossibilità di questo a fornire la ricezione alberghiera, in struttura di accoglienza esterna, nel limite di € 52,00 al giorno.
- F. Trasporto in ambulanza:** Trasporto urgente all'istituto di cura e viceversa.
- G. Post-ricovero:** Esami, accertamenti diagnostici, visite specialistiche, trattamenti fisioterapici e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE

Il rimborso delle spese sostenute verrà effettuato applicando uno scoperto del 15%.

MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni sopraindicate corrisponde a € 15.000,00 per nucleo familiare. Il massimale sopraindicato è cumulabile con quello della "Garanzia Obbligatoria" di cui al punto "Massimali assicurati".

CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

Il Fondo, tramite il Fondo, garantisce il rimborso delle sostenute per cure dentarie da infortunio in presenza di un certificato di Pronto Soccorso. Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione **di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per fattura.** Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 1.000,00 per nucleo familiare.



OPERAI A TEMPO DETERMINATO

Garanzia obbligatoria

- ricovero in istituto di cura con e senza intervento chirurgico;
- day-hospital chirurgico;
- day-hospital medico e terapie ambulatoriali per cure oncologiche e per dialisi;
- alta specializzazione;
- interventi chirurgici odontoiatrici;
- stati di non autosufficienza (garanzia operante per il solo titolare);
- trattamenti fisioterapici riabilitativi conseguenti a infortunio sul lavoro (garanzia operante per il solo titolare);
- infortuni sul lavoro (garanzia operante per il solo titolare).

Garanzia facoltativa

- ricovero per Grande Intervento Chirurgico;
- cure dentarie da infortunio.

PERSONE ASSICURATE

Le prestazioni garantite dalla presente copertura sono prestate a favore degli Operai a tempo indeterminato (OTI) appartenenti al settore delle Cooperative e dei Consorzi Agricoli regolarmente Iscritti al F.I.L.Coop. e dei relativi nuclei familiari intendendo per tali il coniuge o il convivente "more uxorio" e figli fino a 26 anni di età, tutti risultanti dallo stato di famiglia dell'iscritto.

N.B.: Si precisa inoltre che la presente copertura può essere rinnovata fino al compimento del 26° anno di età del/della figlio/a, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza al compimento di tale età da parte del/della figlio/a.





Garanzia obbligatoria

AREA RICOVERO

RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CON E SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, DAY HOSPITAL CHIRURGICO

Il Fondo rimborsa le spese per le seguenti prestazioni:

- A. Pre-ricovero:** Visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
- B. Intervento chirurgico:** Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento.
- C. Assistenza medica, medicinali, cure:** Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.
- D. Rette di degenza:** Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.
- E. Accompagnatore:** Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o, nel caso di documentata impossibilità di questo a fornire la ricezione alberghiera, in struttura di accoglienza esterna, nel limite di € 52,00 al giorno.
- F. Trasporto in ambulanza:** Trasporto urgente all'istituto di cura e viceversa.
- G. Post-ricovero:** Esami, accertamenti diagnostici, visite specialistiche, trattamenti fisioterapici e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 180 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

N.B.: *Nell'ambito di questo punto vengono ricomprese le biopsie, anche se effettuate in regime di Day-Hospital o in regime ambulatoriale.*

Il **“Ricovero senza intervento chirurgico”** (c.d. “ricovero medico”) è in copertura qualora la degenza continuativa sia **pari o superiore 2 notti consecutive**.

DAY-HOSPITAL MEDICO E PRESTAZIONI TERAPEUTICHE AMBULATORIALI IN ENTRAMBI I CASI ESCLUSIVAMENTE PER CURE ONCOLOGICHE E PER DIALISI

Nel caso in cui l'iscritto effettui le seguenti terapie:

- chemioterapia;
- cobaltoterapia;
- radioterapia;
- dialisi

in regime di day-hospital o in regime ambulatoriale, il Fondo rimborsa le spese per le **prestazioni previste al punto “Ricovero in Istituto di cura con e senza intervento chirurgico” lett. a) “Pre- ricovero”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure, d) “Rette di degenza”, g) “Post-ricovero”.**

In assenza di spese per le prestazioni sopraindicate, verrà riconosciuta un'indennità giornaliera di **€ 45,00** per un massimo di **50** giorni per anno assicurativo e per persona.

TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Fondo liquida le **spese previste ai punti “Ricovero in Istituto di cura” e “Trasporto sanitario” con i relativi limiti in essi indicati**, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre- ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione

del rigetto. Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

TRASPORTO DELLA SALMA /RIMBORSO SPESE FUNERARIE

Nel caso di decesso dell'iscritto durante un ricovero, in ambulan-za **durante il tragitto verso il Pronto Soccorso o per infortunio sul lavoro**, il Fondo rimborsa le spese per il trasporto della salma al luogo della tumulazione e le spese funerarie relative **nel limite di € 2.600,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare**.

La garanzia è operante anche qualora il decesso avvenga entro 50 giorni dalle dimissioni dall'istituto di cura.

MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga di un Istituto non accreditato dal Servizio Sanitario Nazionale o in caso di attività extramuraria in strutture del Servizio Sanitario Nazionale, le spese effettivamente sostenute e documentate verranno rimborsate nella misura dell'80%, con l'esclusione delle spese di cui al precedente punto "Trasporto della salma / Rimborsio Spese funerarie".

Nel caso di utilizzo in forma diretta del Servizio Sanitario Nazionale o di strutture da esso accreditate, le spese o le eccedenze di spese rimaste a carico dell'iscritto verranno rimborsate integralmente nel limite del massimale assicurato di cui al punto "Massimali assicurati".

INDENNITÀ SOSTITUTIVA

In assenza di richiesta di rimborso per il ricovero o per altra prestazione a esso collegata, il Fondo corrisponde un'indennità per ogni giorno di ricovero di **€ 60,00** con un massimo di **50** giorni

per anno assicurativo e per persona. **Per le Biopsie, in assenza di spese per le prestazioni sopraindicate, verrà riconosciuta una indennità giornaliera di € 60,00 per un massimo di 50 giorni per anno assicurativo e per persona.**

MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni sopraindicate corrisponde a € 6.000,00 per nucleo familiare.

ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il Fondo, rimborsa le spese relative alle seguenti prestazioni.

- Angiografia; Artrografia; Broncografia; Cisternografia; Cistografia; Cisturografia; Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa; Colangiografia percutanea; Colangiografia trans kehr; Colecistografia; Dacriocistografia; Defecografia;
- Ecodoppler/ecocolordoppler agli arti inferiori; Ecodoppler/ecocolordoppler agli arti superiori; Ecodoppler/ecocolordoppler alla carotide; Elettroencefalografia;
- Fistelografia; Flebografia; Fluorangiografia; Galattografia; Isterosalpingografia; Linfografia;
- Ecografia mammaria per donne con età > 40 anni
- Mammografia; Mielografia;
- Mineralogia ossea computerizzata; Retinografia;
- Risonanza;
- 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; Urografia; Vesciculodeferentografia; Videoangiografia;
- Tac Villocentesi Wirsungrafia.

Colonscopia diagnostica e/o chirurgica: viene riconosciuto il rimborso con l'applicazione di un sottolimito annuo per nucleo familiare di € 800,00.

Per le seguenti prestazioni previste in garanzia si precisa quanto segue:

- Diagnostica pre-natale:
- Prenatal Safe
- Villocentesi
- Amniocentesi

NB: é riconosciuto il rimborso anche qualora la gravidanza non sia considerata "a rischio".

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. Ai fini liquidativi la patologia, presunta o accertata potrà essere riportata nel documento fiscale rilasciato dallo specialista. Nel caso in cui l'iscritto si rivolga a strutture sanitarie private le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 10% ed un minimo non indennizzabile di € 50,00 per prestazione.

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente **i tickets sanitari a carico dell'iscritto. Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 2.800,00 per nucleo familiare.**

VISITE SPECIALISTICHE

- Vengono rimborsate le spese sostenute per visite specialistiche rese necessarie da malattia o da infortunio nel corso dell'annualità assicurativa.
- Per l'attivazione della garanzia è necessaria documentazione contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

- La patologia accertata o presunta che ha reso necessaria la prestazione potrà essere riportata nel documento fiscale rilasciato dallo specialista.
- Nel caso in cui l'iscritto si rivolga a **strutture sanitarie private** le spese sostenute vengono rimborsate **con il minimo non indennizzabile di € 45,00 per ogni visita specialistica**.
- Nel caso in cui l'iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Fondo rimborsa integralmente **i tickets sanitari a carico dell'iscritto**.
- **Il massimale annuo assicurato per le prestazioni suindicate corrisponde a € 800,00.**

ESAMI DEL SANGUE

Vengono rimborsate, nel limite del massimale annuo, le spese sostenute per esami del sangue.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria documentazione contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. La patologia accertata o presunta che ha reso necessaria la prestazione potrà essere riportata nel documento fiscale rilasciato dallo specialista.

Nel caso in cui l'iscritto si rivolga a **strutture sanitarie private**, le spese sostenute vengono liquidate con l'applicazione di **una franchigia di € 50,00 per fattura**. Nel caso in cui l'iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'iscritto. **Il massimale annuo assicurato per le prestazioni suindicate corrisponde a € 150,00.**



TRATTAMENTI FISIOTERAPICI CONSEGUENTI A INFORTUNIO SUL LAVORO O A PATOLOGIE SPECIFICAMENTE ELENcate

(garanzia operante per il solo iscritto titolare, non per i familiari)

Il Fondo, rimborsa le spese per trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio sul lavoro in presenza di un certificato di Pronto Soccorso oppure conseguenti a una delle patologie o degli interventi chirurgici di seguito elencati, esclusivamente a fini riabilitativi, semprechè siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente la patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Patologie o interventi chirurgici

- ictus
- infarto
- ernia del disco
- interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale
- artroprotesi d'anca
- protesi del ginocchio
- patologie polmonari

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.

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga di strutture sanitarie private, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per fattura/persona.

Qualora l'iscritto si avvalga del S.S.N., il Fondo rimborsa integralmente i relativi ticket sanitari. **Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 250,00 per persona.**



STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATO/PERMANENTE

(Garanzia operante per il solo iscritto titolare, non per i familiari)

OGGETTO DELLA GARANZIA

Il Fondo, garantisce il rimborso delle spese sostenute e documentate per un valore massimo corrispondente alla somma mensile assicurata qualora l'iscritto venga a trovarsi, in un momento successivo alla data di decorrenza della polizza, in uno stato di non autosufficienza quale indicato al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" in conseguenza di una delle seguenti patologie/eventi:

- Sclerosi Multipla;
- Ictus;
- Morbo di Alzheimer;
- Sindrome laterale amiotrofica;
- Morbo di Parkinson;
- Infortunio sul lavoro con certificazione INAIL.

PERSONE ASSICURATE

La garanzia è valida per tutti gli iscritti al Fondo di età compresa tra i 18 e i 70 anni titolari della copertura (con esclusione dei familiari) che rispondano ai criteri di accettazione medica indicati al punto "Condizioni di assicurabilità".

CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone iscritte, al momento della data di effetto della propria copertura assicurativa, devono rientrare nelle seguenti condizioni di assicurabilità:

1. Non avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere quotidianamente una o più delle attività di vita di seguito indicate:

- A. Lavarsi
 - B. Vestirsi
 - C. Spostarsi
 - D. Nutrirsi
2. Non essere in diritto, aver richiesto o percepire una pensione di invalidità o una rendita per incapacità permanente che corrisponda a un livello di incapacità superiore al 25%.
3. Non essere affette dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e da 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.
4. Non presentare malattie, postumi di malattie o di infortuni precedenti che limitino le capacità fisiche e mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.

MASSIMALE MENSILE ASSICURATO

Nel caso in cui l'iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza", **il massimale mensile garantito corrisponde a € 250,00**. Dalla data del riconoscimento dello stato di non autosufficienza, il rimborso delle spese sostenute verrà corrisposto **per una durata massima di due anni**.

DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Come indicato al punto "Oggetto della garanzia", viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'iscritto il quale, in conseguenza di una delle seguenti patologie/eventi:

- Sclerosi Multipla;

- Ictus;
- Morbo di Alzheimer;
- Sindrome laterale amiotrofica;
- Morbo di Parkinson;
- Infortunio sul lavoro con certificazione INAIL,

in presenza di uno stato di salute valutato come “consolidato”, si trovi nell’impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita quotidiana:

- **Lavarsi**
(capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale)
- **Vestirsi**
(capacità di indossare e togliere correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali)
- **Spostarsi**
(capacità di muoversi da una stanza all’altra all’interno della residenza abituale, anche con l’utilizzo di ogni tipo di ausilio)
- **Nutrirsi**
(capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile)

e necessiti in modo costante:

- dell’assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio oppure;
- 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

GARANZIA INFORTUNI

(Garanzia operante per il solo iscritto)

Sia in caso di Morte sia in caso di Invalidità Permanente il capitale assicurato corrisponde a €12.500,00. L'indennizzo viene corrisposto in presenza di un grado di invalidità permanente superiore al 19% della totale. In questo caso l'invalidità accertata viene riconosciuta integralmente.

CAPITALE ASSICURATO

In caso di morte:
Euro 12.500,00 (dodicimilacinquecento/00).

In caso di invalidità permanente:
Euro 12.500,00 (dodicimilacinquecento/00).

Esempio:

TABELLA				
% invalidità grado invalidità	importo singolo	importo calcolato	importo liquidato	Massimale
20	125,00	2.500,00	2.500,00	12.500,00
60	125,00	7.500,00	7.500,00	12.500,00
61	125,00	7.625,00	12.500,00	12.500,00

CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

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. 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 capitale assicurato.

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 mancini-
simo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore de-
stro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la
mano sinistra e viceversa;
- C. Supervalutazione dell'invalidità permanente:** in caso di infortu-
nio che comporti;
 - sordità completa bilaterale;
 - cecità completa;
 - perdita anatomica o funzionale di almeno un arto superiore
od inferiore nonché la perdita completa anatomica funzionale
delle dita di una mano.

Il massimale garantito si intende raddoppiato.

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 azze-
ra), quindi il calcolo è:

Euro 18.100,00 (diciottomilacent0/00) x 30% = **Euro 5.430,00** (cin-
quemilaquattrocentotrenta/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.

Nessun indennizzo viene quindi corrisposto sino a un grado di invalidità permanente accertato pari al 19% della totale.

Nel caso in cui il **grado di invalidità permanente risulti superiore al 60%** dell'invalidità permanente totale, **verrà liquidato un indennizzo pari all'intero capitale assicurato.**

Il grado di invalidità permanente residuo viene valutato in base alle percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente – Agricoltura" allegato al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni, attenendosi ai fini liquidativi alla valutazione effettuata dall'INAIL.

RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (come da elenco allegato)

Il Fondo, rimborsa le spese per le seguenti prestazioni:

- A. Pre-ricovero:** Visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
- B. Intervento chirurgico:** Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento.
- C. Assistenza medica, medicinali, cure:** Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.
- D. Rette di degenza:** Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.
- E. Accompagnatore:** Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o, nel caso di documentata impossibilità di questo a fornire la ricezione alberghiera, in struttura di accoglienza esterna, nel limite di € 52,00 al giorno.
- F. Trasporto in ambulanza:** Trasporto urgente all'istituto di cura e viceversa.
- G. Post-ricovero:** Esami, accertamenti diagnostici, visite specialistiche, trattamenti fisioterapici e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE

Il rimborso delle spese sostenute verrà effettuato applicando uno scoperto del 15%.

MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni sopraindicate corrisponde a € 15.000,00 per nucleo familiare. Il massimale sopraindicato è cumulabile con quello della "Garanzia Obbligatoria" di cui al punto "Massimali assicurati".

CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

Il Fondo, garantisce il rimborso delle sostenute per cure dentarie da infortunio in presenza di un certificato di Pronto Soccorso. Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione **di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per fattura.** Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 1.000,00 per nucleo familiare.





F.I.L. Coop Sanitario – Piano Sanitario IMPIEGATI E QUADRI

(Dipendenti dei consorzi agrari e gli impiegati a tempo determinato e indeterminato del settore forestale)

Prestazioni sanitarie a seguito di malattia / infortunio

GARANZIA OBBLIGATORIA

A. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CON E SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, DAYHOSPITAL CHIRURGICO, PARTO NATURALE E PARTO CESAREO

il F.I.L.COOP. Sanitario garantisce in caso di “ricovero comportante intervento chirurgico”, di day hospital chirurgico, parto non cesareo e aborto naturale oppure in caso di “ricovero senza intervento chirurgico” che comporti un pernottamento continuativo, pari o superiore a 4 (quattro) notti effettuato in Istituto di cura pubblico o privato, il rimborso per:

- a. gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche effettuati nei 90 (novanta) giorni precedenti purché resi necessari dalla malattia e/o infortunio che ha determinato il ricovero;
- b. 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);
- c. prestazioni mediche ed infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero/intervento;
- d. rette di degenza (non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie);

- e. 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;
- f. il trasporto urgente all'Istituto di cura e viceversa;
- g. 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 ha determinato il ricovero;
- h. le 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% oppure, in sostituzione, verrà riconosciuta la diaria ospedaliera a partire dal primo pernottamento.

In assenza di richiesta di rimborso per il ricovero o per altra prestazione a esso collegata, il Fondo corrisponde un'indennità per ogni giorno di ricovero di **Euro 52,00** con un massimo di 120 giorni per anno assicurativo e per nucleo familiare. **Nel caso di parto non cesareo e aborto naturale si precisa che l'indennità sostitutiva viene corrisposta dalla prima notte di ricovero. Per le Biopsie, in assenza di spese per le prestazioni sopraindicate, verrà riconosciuta una indennità giornaliera di euro Euro 52,00 per un massimo di 50 giorni per anno assicurativo e per persona.**

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'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 del 70% di quelle effettivamente sostenute e documentate. I capitali massimi disponibili per ciascun anno e per ogni nucleo familiare sono quelli sopra indicati.

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 notte 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)

Trasporto della salma – rimborso spese funerarie.

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.

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;
- Radioterapia;
- Cobaltoterapia;
- Dialisi;

A. Il rimborso delle spese effettivamente sostenute dall'Isritto per se stesso o per i propri familiari per le prestazioni previste al punto "A" ricovero istituto di cura e senza intervento chirurgico lett.a; lett c; lett. d e lett. g

In assenza di spese, verrà riconosciuta una diaria giornaliera di **Euro 52,00** (cinquantadue/00) per un massimo di 50 (cinquanta) giorni per anno assicurativo e per persona.

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'Isritto per se stesso o per i propri familiari per le prestazioni previste al punto "A" ricovero istituto di cura e senza intervento chirurgico lett.a; lett c; lett. d e lett. g

Tali garanzie vengono prestate entro i limiti specificati nel punto **"ricovero ospedaliero"** 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.

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.

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 (per il controllo di routine legato alla crescita), odontoiatriche e ortodontiche;
- accertamenti diagnostici, 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.

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.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI EXTRA RICOVERO

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

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

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 impianto logia dentale, conseguenti alle seguenti patologie:

- Adamantinoma;
- Ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- Cisti follicolari;
- Cisti radicolari;
- Odontoma;
- Osteiti mascellari che coinvolgono 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.

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
- Sclerosi Multipla;
- Ictus
- SLA;
- Parkinson
- 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'Isritto 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'Isritto 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.





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 agricole, dei consorzi agrari, del settore idraulico forestale-agrario e per gli imbarcati su natanti di cooperative di pesca e dei dipendenti dalle aziende di lavorazione della foglia di tabacco secco allo stato sciolto ed Iscritti al F.I.L.COOP . Sanitario, oltre alle garanzie obbligatorie di cui alla **“Formula OTI”, “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).

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 per:

- a. gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche effettuati nei 90 (novanta) giorni precedenti allo stesso purché resi necessari dalla malattia e/o infortunio che ha determinato il ricovero;
- b. 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);
- c. prestazioni mediche ed infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero;

- d. rette di degenza (non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie);
- e. 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;
- f. il trasporto urgente all'Istituto di cura e viceversa;
- g. 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 ha determinato il ricovero.

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.

CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

Il F.I.L.COOP. Sanitario, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, rimborsa all'Isritto 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.





ESTRATTO DEL REGOLAMENTO

Art. 1 – Scopi

Il F.I.L.COOP. Sanitario, che ha sede a Roma in Via G. B. Morgagni 33, ha lo scopo di assicurare ai lavoratori delle cooperative e consorzi agricoli, 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 iscritti.

Art. 2 – Categorie iscritti

Sono iscritti al F.I.L.COOP. Sanitario, salvo rinuncia scritta, come previsto dal CCNL 2024-2027 del 19 luglio 2024 delle Cooperative e consorzi agricoli:

- gli operai a tempo indeterminato;
- a decorrere dall'1.1.2011 sono iscritti al Filcoop sanitario anche gli operai a tempo determinato con garanzia occupazionale di 151 giornate annue. **Inoltre, dal 1° gennaio 2025 saranno iscritti al Filcoop sanitario gli operai a tempo determinato che nel triennio precedente hanno effettuato un totale di almeno 360 giornate di lavoro effettivo.**
- gli impiegati a tempo indeterminato e gli impiegati a tempo determinato con contratto superiore a sei mesi delle Cooperative e consorzi agricoli come previsto all'art. 12 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.

Si ricorda che le aziende che non verseranno i contributi di cui sopra sono obbligate a **garantire ai propri dipendenti prestazioni equivalenti a quelle erogate dal sistema della bilateralità contrattuale.**

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 iscritti” del presente estratto del regolamento, e che sono di seguito riportati:

- **operai a tempo determinato e indeterminato delle cooperative e consorzi agricoli;**

Se l’assunzione avviene 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 a tempo indeterminato dei consorzi agrari, gli impiegati e quadri a tempo indeterminato e gli impiegati a tempo determinato con contratto superiore a 6 mesi delle cooperative e consorzi agricoli** ai quali si applica il relativo CCNL, citato nell’art. 2 “categorie iscritte” del presente estratto del regolamento.

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'Isritto. 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'Isritto. La composizione del nucleo familiare dell'Isritto 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'Isritto ad ottenere le prestazioni sorge, rimane in essere e cessa con quello dell'Isritto 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 100,00 (cento/00) annue, di cui **Euro 74,00** (settantaquattro/00) a carico del datore di lavoro e **Euro 26,00** a carico degli operai a tempo indeterminato delle cooperative e consorzi agricoli.

Formula OTD: Euro 70,00 (settanta/00) annue di cui **Euro 52,00** (cinquantadue/00) a carico del datore di lavoro e **Euro 18,00** (diciotto/00) a carico degli operai a tempo determinato delle cooperative e consorzi agricoli.

Formula B: Euro 186,00 (centoottantasei/00) annue che:

- è al 50% a carico del datore di lavoro e al 50% a carico degli impiegati e quadri delle cooperative e consorzi agricoli a tempo indeterminato e gli impiegati a tempo determinato con contratto superiore a 6 mesi.

Formula C: Euro 124,00 (centoventiquattro/00) annue che è a totale carico dei lavoratori delle cooperative e consorzi agricoli.

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'iscritto, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'iscritto stesso;
- le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'iscritto 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 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 – 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 funebre.

Art. 11 – 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.

Art. 12 – RICHIESTA PRESTAZIONE

Assistenza diretta

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'iscritto dovrà inviare direttamente alla sede del Fondo Via G.B. Morgagni n. 33 – 00161 ROMA la documentazione necessaria consistente in:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di ricovero (*), copia della cartella clinica, completa di scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di parto (*), copia della cartella clinica, completa di scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale (*), copia completa della documentazione clinica, conforme all'originale;

- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento.

(*) Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale e ad esso connesso, dovrà essere inviata contestualmente a quella dell'evento a cui si riferisce. Nel caso in cui il sinistro sia relativo a un familiare dell'iscritto, deve inoltre essere allegata una autocertificazione contenente la composizione dello "stato di famiglia" o copia della sentenza di separazione, nonché copia della busta paga attestante i carichi familiari.

Qualora il sinistro riguardi il convivente "more uxorio" deve essere allegata alla denuncia il certificato di residenza del convivente medesimo in carta semplice.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, Filcoop avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'iscritto al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa. L'iscritto deve consentire eventuali controlli medici disposti da Filcoop e fornire ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.





ELENCO “GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI”

Apparato genitale:

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia;
- Intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria;
- Creazione operatoria di vagina artificiale (da sigma);
- Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi;
- Creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico;
- Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale;
- Cura chirurgica di fistola ureterale;
- Cura chirurgica di fistola retto-vaginale;
- Metroplastica;
- Pannisterectomia radicale per via addominale;
- Pannisterectomia radicale per via vaginale;
- Eviscerazione pelvica;
- Vulvectomy totale.

Chirurgia Cardiaca:

- Pericardiectomia;
- Sutura del cuore per ferite;
- Interventi per corpi estranei del cuore;
- Interventi per malformazioni del cuore e dei grossi vasi endotoracici;
- Commisurotomia;
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare;
- Valvuloplastica della mitrale o dell'aorta;
- Sostituzione valvolare con protesi;
- Infartecotomia in fase acuta;
- Resezione aneurisma del ventricolo sinistro;
- By-pass aorto-coronarico con vena;

- By-pass aorto-coronarico e resezione aneurisma del ventricolo sinistro;
- Impianto di arteria mammaria secondo Vineberg, singolo e doppio;
- Impianto di pace-maker epicardio per via toraco-tomica o frenico-pericardica;
- Asportazione dei tumori endocavitari del cuore;
- Trapianto del cuore.

Collo:

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.

Cranio e sistema nervoso centrale e periferico:

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali;
- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzioni di altre condizioni patologiche;
- Cranioplastiche;
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico;
- Interventi per derivazione liquorale diretta o indiretta;
- Operazione per encefalo meningocele;
- Lobotomia ed altri interventi di psicotomia;
- Talamotomia, pallicotomia ed altri interventi similari;
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica;
- Interventi per epilessia focale;
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie e altre affezioni meningeo-dollari;
- Neurotomia retrogasseriana – sezione intracranica di altri nervi;
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale;
- Emisferectomia;
- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici;

- Surrenelectomia e altri interventi sulla capsula surrenale;
- Vagotomia per via toracica.

Esofago:

- Interventi per diverticolo dell'esofago;
- Resezione dell'esofago cervicale;
- Resezione totale esofagea con esofagoplastica in un tempo;
- Collocazione di protesi endoesofagea per via toraco-laparotomica;
- Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico;
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria;
- Operazione sull'esofago per stenosi benigne, per tumori, resezioni parziali base, alte e totali.

Faccia e bocca:

- Plastica per paralisi del nervo facciale;
- Correzione naso a sella;
- Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;
- Parotidectomia con conservazione del facciale;
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne;
- Interventi per neoplasie maligne della lingue e del pavimento orale con svuotamento ganglionare contemporaneo;
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare;
- Demolizione dell'osso frontale;
- Resezione del massiccio facciale per neoformazioni maligne;
- Demolizione del massiccio facciale con svuotamento orbitario;
- Resezione del mascellare superiore;
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con

svuotamento

- orbitario;
- Fratture del condilo e dell'apofisi coronoide mandibolare. Trattamento chirurgico e ortopedico;
- Fratture dei mascellari superiori – trattamento chirurgico e ortopedico.

Fegato e vie biliari:

- Epatotomia semplice per cisti da echinocco;
- Resezione epatica;
- Epatico e coledocotomia;
- Papillotomia per via trans-duodenale;
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
- Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecisto gastrostomia, colecisto enterostomia);
- Trapianto del fegato.

Laringe:

- Laringectomia orizzontale sopraglottica;
- Laringectomia parziale verticale;
- Laringectomia totale;
- Faringolaringectomia.

Oculistica:

- Iridocicloretrazione;
- Trabeculotomia;
- Trapianto della cornea.

Ortopedia e traumatologia:

- Disarticolazione interscapolo toracica;
- Emipelvectomy;

- Artroprotesi di anca;
- Protesi di femore;
- Artroprotesi di ginocchio;
- Artroprotesi di gomito;
- Protesi di Thompson;
- Protesi di spalle e gomito;
- Protesi di polso;
- Protesi di ginocchio;
- Vertebrotomia.

Otorinolaringoiatria:

- Chirurgia della sordità otosclerotica;
- Timpanoplastica;
- Chirurgia endoauricolare della vertigine;
- Chirurgia translabyrinthica della vertigine;
- Decompressione del nervo facciale;
- Decompressione del nervo facciale con innesto o rafia;
- Resezione del nervo petroso superficiale.

Pancreas e milza:

- Interventi di necrosi acuta del pancreas;
- Interventi per cisti e pseudocisti del pancreas:
 - enucleazione delle cisti;
 - marsupializzazione.
- Interventi per fistole pancreatiche;
- Interventi demolitivi del pancreas:
 - totale o della testa;
 - della coda.
- Splenectomia;
- Anastomosi porta-cava e spleno-renale;

- Anastomosi mesenterica-cava;
- Trapianto del pancreas.

Pediatria:

- Idrocefalo ipersecretivo;
- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumectomy);
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa
- (simpatoblastoma);
- Atresia dell'esofago;
- Fistola dell'esofago;
- Atresia dell'ano semplice:
- abbassamento addomino perineale.
- Atresi dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare:
 - abbassamento addomino perineale.
- Eleratoma sacro coccigeo;
- Megauretere:
 - resezione con reimpianto;
 - resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Nefrectomia per tumore di Wilms;
- Megacolon – operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson;
- Fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.

Peritoneo e intestino:

- Laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesioni di organi interni parenchimali;
- Idem con lesioni dell'intestino – resezione intestinale;
- Occlusione intestinale di varia natura – resezione intestinale;
- Resezione del tenue;
- Resezione ilio-cecale;

- Colectomia segmentaria;
- Colectomia totale.

Retto e ano:

- Amputazione del retto per via sacrale;
- Amputazione del retto per via ad domino-perineale.

Stomaco e duodeno:

- Resezione gastrica;
- Gastrectomia totale;
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica;
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica;
- Cardiomiectomia extramucosa.

Torace:

- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interne e del cavo ascellare;
- Interventi sul mediastino per tumori;
- Resezioni segmentarie e lobectomia;
- Pneumectomia;
- Decorticazione polmonare;
- Pleuro pneumectomia;
- Toracectomia;
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi;
- Resezione bronchiale con reimpianto;
- Interventi per fistole bronchiali cutanee;
- Asportazione del timo;
- Toracoplastica totale.
- Vasi:
- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache;

- Interventi per stenosi od ostruzione della carotide extracranica o succlavia o arteria anonima;
- Disostruzione by-pass aorta addominale;
- Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca;
- Resezione arteriosa con plastica vasale;
- Operazione sull'aorta toracica e sull'aorta addominale.

Urologia:

- Intervento per fistola vescico-rettale;
- Cistectomia totale con ureterosigmoidostomia;
- Ileocisto plastica – colecisti plastica;
- Cistectomia totale;
- Intervento per fistola vescico-intestinale;
- Intervento per estrofia della vescica;
- Nefrectomia allargata per tumore;
- Nefroureterectomia totale;
- Trapianto del rene.



F.I.L.COOP. SANITARIO

-  00161 Roma - Via G.B. Morgagni, 33
-  06/47824858 - 06/47825083
-  info@filcoopsanitario.it
-  amministrazione@filcoopsanitario.it
-  www.filcoopsanitario.it