

2025



Fondo Integrativo Sanitario

dei lavoratori dipendenti da aziende e cooperative
di trasformazione di prodotti agricoli e zootecnici
e lavorazione di prodotti alimentari



F.I.L.COOP Sanitario

📍 00161 Roma - Via G.B. Morgagni, 33

☎ 06/47824858 - 06/47825083

🖱 www.filcoopsanitario.it

✉ info@filcoopsanitario.it

✉ amministratore@filcoopsanitario.it

EDIZIONE 2025

INDICE

1.1 GARANZIE OPERANTI PER TUTTI GLI ASSICURATI:	7
1.2 GARANZIE OPERANTI PER IL SOLO TITOLARE:	7
2. PERSONE ASSICURATE	7
GARANZIE OPERANTI PER TUTTI GLI ASSICURATI:	
3. RICOVERO	8
3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CON E SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, DAYHOSPITAL CHIRURGICO, PARTO NATURALE E PARTO CESAREO	8
3.1.1 DAY-HOSPITAL MEDICI E PRESTAZIONI TERAPEUTICHE AMBULATORIALI PER CURE ONCOLOGICHE E PER DIALISI	10
3.1.2 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE PER DERMATOLOGIA E PER OCULISTICA	10
3.2 TRASPORTO DELLA SALMA E RIMBORSO SPESE FUNERARIE	11
3.3 MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE	11
3.4 INDENNITA' SOSTITUTIVA	12
3.5 MASSIMALE ASSICURATO	12
4. ALTA SPECIALIZZAZIONE	13
5. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	15
5.2 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	15
5.3 MASSIMALE ASSICURATO	16
6. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI	16



GARANZIE OPERANTI PER IL SOLO TITOLARE:

7. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI CONSEGUENTI AD INFORTUNIO SUL LAVORO O DERIVANTI DA PATOLOGIE O CONSEGUENTI AD INTERVENTI COME DA ELENCO	17
8. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE	18
8.1 OGGETTO DELLA GARANZIA	18
8.2 PERSONE ASSICURATE	19
8.3 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ	19
8.4 MASSIMALE MENSILE ASSICURATO	20
8.5 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	20
9. GARANZIA INFORTUNI	21

ESTRATTO DEL REGOLAMENTO

ART. 1 – SCOPI	25
ART. 2 – CATEGORIE ASSISTITE	25
ART. 3 – ISCRIZIONE AL FONDO: DECORRENZA, CESSAZIONE	25
ART. 4 – FAMILIARI AVENTI DIRITTO ALLE PRESTAZIONI	26
ART. 5 – CONTRIBUZIONE	26
ART. 6 – RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI	27
ART. 7 – DOCUMENTAZIONE OCCORRENTE	27
ART. 8 – DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE	27
ART. 9 – LIMITI DI ETÀ	28
ART. 10 – DECESSO DELL'ISCRITTO	29
ART. 11 – CONTROLLI	29
ART. 12 – RICHIESTA PRESTAZIONE	29

SOSTEGNO ALLA MATERNITÀ E PATERNITÀ

OGGETTO DELLA GARANZIA	32
PERSONE ASSICURATE	32
CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ	32
SOMMA ASSICURATA	33
ASSOGGETTAMENTO FISCALE DEL CONTRIBUTO	33
DOCUMENTAZIONE OCCORRENTE	34

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 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.



1.1 GARANZIE OPERANTI PER TUTTI GLI ASSICURATI:

- ricovero in istituto di cura con e senza intervento chirurgico;
- day-hospital chirurgico;
- parto naturale e cesareo;
- day-hospital medico e terapie ambulatoriali per cure oncologiche e per dialisi;
- intervento chirurgico ambulatoriale per dermatologia e per oculistica;
- alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- interventi chirurgici odontoiatrici.

1.2 GARANZIE OPERANTI PER IL SOLO TITOLARE:

- trattamenti fisioterapici conseguenti a infortunio sul lavoro o derivanti da patologie o conseguenti ad interventi come da elenco
- garanzia per stati di non autosufficienza;
- garanzia per infortuni sul lavoro.



2. PERSONE ASSICURATE

Le prestazioni garantite dalla presente copertura sono prestate a favore degli 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.

NB:

- 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.

GARANZIE OPERANTI PER TUTTI GLI ASSICURATI:

3. RICOVERO



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

Il F.I.L.COOP, 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 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.

Viene ricompresa la chemioterapia effettuata in regime ospedaliero.

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, 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.**

Viene incluso il noleggio domiciliare di apparecchiature fisioterapiche in sostituzione della richiesta di riabilitazione e comunque su presentazione di idonea prescrizione medica.

Il **"Ricovero senza intervento chirurgico"** (c.d. "ricovero medico") è in copertura qualora la degenza continuativa sia di **almeno 2 notti consecutive**.

Tale franchigia non opererà:

- in caso di ricovero senza intervento chirurgico per **parto naturale**;
- in caso di **chemioterapia** effettuata in regime di ricovero;
- in caso di **biopsie e coronarografie** effettuate sia in regime di ricovero o day-hospital, sia in regime ambulatoriale (in quest'ultimo caso sono incluse anche le spese ambulatoriali).



3.1.1 DAY-HOSPITAL MEDICI E PRESTAZIONI TERAPEUTICHE AMBULATORIALI PER CURE ONCOLOGICHE E PER DIALISI

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

- chemioterapia;
- cobaltoterapia;
- radioterapia;
- dialisi;

in regime di day-hospital o in regime ambulatoriale, F.I.L.COOP 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 **€ 50,00** per un massimo di **50** giorni per anno assicurativo.



3.1.2 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE PER DERMATOLOGIA E PER OCULISTICA

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale conseguente a patologie dermatologiche e oculistiche, F.I.L.COOP rimborsa le spese per le **prestazioni previste al punto "Ricovero in Istituto di cura con e senza intervento chirurgico" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico, c) "Assistenza medica, medicinali, cure" e f) "Post-ricovero".**

NB:

- In caso di interventi ambulatoriali per prestazioni di dermatologia la garanzia opererà in presenza di situazioni patologiche refertate dallo specialista che esegue la prestazione (es. esame istologico per i nei, etc.)
- 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.



3.2 TRASPORTO DELLA SALMA E RIMBORSO SPESE FUNERARIE

Nel caso di morte dell'Assicurato conseguente a ricovero o di decesso sul lavoro o in ambulanza durante il tragitto verso il Pronto Soccorso, vengono rimborsate le spese per il trasporto della salma dall'Istituto di cura al luogo della tumulazione e le spese funerarie nel limite di € 2.600,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

La garanzia è altresì operante anche qualora il decesso avvenga entro 20 giorni dalle dimissioni.



3.3 MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di un Istituto non accreditato dal Servizio Sanitario Nazionale o in caso di attività extra-muraria in strutture del Servizio Sanitario Nazionale, le spese effettivamente sostenute e documentate verranno rimborsate nella misura del 70% ivi ricomprese le spese di pre e post ricovero e con l'esclusione delle spese di cui al precedente punto "Trasporto della salma e 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'Assicurato verranno rimborsate integralmente nel limite del massimale assicurato di cui al punto "Massimali assicurati"; in questo caso non sarà possibile richiedere l'"indennità sostitutiva" di cui all'art. successivo.



3.4 INDENNITA' SOSTITUTIVA

In assenza di richiesta di rimborso per il ricovero o per altra prestazione a esso collegata, F.I.L.COOP corrisponde un'indennità per ogni notte di ricovero di **€ 50,00** con un massimo di **50** notti per anno assicurativo, per persona e per ogni evento.

Per le biopsie e le coronarografie, in assenza di spese per le prestazioni sopraindicate, verrà riconosciuta una indennità di € 50,00 per un massimo di 50 notti per anno assicurativo e per persona.



3.5 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni sopraindicate corrisponde a **€ 12.000,00** per nucleo familiare.

Sono previsti i seguenti sottolimiti:

€ 5.000,00 per il parto cesareo;

€ 3.000,00 per il parto naturale.



4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il Fondo, rimborsa le spese relative alle seguenti prestazioni.

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea
- Colangiografia trans kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Elettroencefalografia
- Ecodoppler/ecocolordoppler agli arti inferiori
- Ecodoppler/ecocolordoppler agli arti superiori
- Ecodoppler/ecocolordoppler alla carotide
- 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
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Tac
- Telecuore
- Wirsungrafia
- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Colonscopia diagnostica e/o chirurgica: viene riconosciuto il rimborso con l'applicazione di un sottolimito annuo per nucleo familiare di € 1.500,00.
- Prenatal Safe
- Villocentesi
- Amniocentesi

NB:

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

- Le spese sostenute per le prestazioni sopra indicate vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto nella misura del 20% con il minimo non indennizzabile di € 40,00 per ogni prestazione.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 3.000,00 per nucleo familiare.



5. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il F.I.L.COOP tramite il Fondo, rimborsa le spese sostenute per visite specialistiche effettuate sia in S.S.N. che in strutture private, conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

Si precisa che i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Il rimborso per le visite effettuate in strutture private viene effettuato previa applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo non indennizzabile di € 35,00 per ogni visita.

Il rimborso per le visite effettuate tramite SSN viene effettuato previa applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo non indennizzabile di € 35,00 per ogni visita.

5.2 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Relativamente agli accertamenti diagnostici, F.I.L.COOP rimborsa le spese sostenute per gli accertamenti diagnostici effettuati sia in S.S.N. che in strutture private.

Si precisa che i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Il rimborso per ogni accertamento effettuato in strutture private viene effettuato previa applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 35,00 per accertamento.

Il rimborso dei ticket viene effettuato con l'applicazione di una franchigia di € 20,00 per ticket.



5.3 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per le prestazioni sopraindicate corrisponde a € 1.300,00 per nucleo familiare.



6. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione", il F.I.L.COOP rimborsa le spese sostenute per gli **interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale** anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura assicurativa purché anch'essi **conseguenti alle seguenti patologie**:

- adamantinoma
- ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- odontoma
- osteiti che coinvolgono almeno un terzo dell'osso mascellare

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari e ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare;

- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma, odontoma

Le spese sostenute vengono rimborsate previa applicazione di uno scoperto del 20%.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 2.500,00 per nucleo familiare.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il F.I.L.COOP rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato, sempre nel limite annuo sopraindicato.

GARANZIE OPERANTI PER IL SOLO TITOLARE:



7. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI CONSEGUENTI AD INFORTUNIO SUL LAVORO O DERIVANTI DA PATOLOGIE O CONSEGUENTI AD INTERVENTI COME DA ELENCO

F.I.L.COOP rimborsa le spese sostenute per trattamenti fisioterapici conseguenti a infortunio sul lavoro **in presenza di un certificato di Pronto Soccorso oppure conseguenti a patologie o ad uno degli interventi chirurgici come da elenco, esclusivamente ai fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla 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
- Patologie polmonari
- Ernia del disco
- Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale
- Artroprotesi di anca
- Protesi del ginocchio

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.

Le spese sostenute vengono rimborsate previa applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per fattura.

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



8. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/ PERMANENTE

8.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

F.I.L.COOP garantisce il rimborso delle spese sostenute e documentate per un valore massimo corrispondente alla somma mensile assicurata qualora l'Assicurato 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.



8.2 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”.

8.3 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate, 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:
 - Lavarsi
 - Vestirsi
 - Spostarsi
 - 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 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 medicinali ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 medicinali.
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.



8.4 MASSIMALE MENSILE ASSICURATO

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza", il massimale mensile garantito per il complesso delle garanzie sottoindicate, corrisponde a **€ 800,00**.

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



8.5 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Come indicato al punto "Oggetto della garanzia", viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato 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.



9. GARANZIA INFORTUNI

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/00).

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 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
 - 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 azzerà), 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.

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.

Estratto del regolamento

Art. 1 – Scopi

Il F.I.L.COOP. Sanitario, che ha sede a Roma in G.B. Morgagni 33, 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.

Per le Aziende Cooperative di Trasformazione di prodotti agricoli e zootecnici e lavorazione prodotti alimentari, a partire dal **1 gennaio 2025 la contribuzione**, come previsto dal verbale di accordo del 14 maggio 2024, **è così suddivisa:**

- A. Contributo Assistenza Sanitaria Integrativa** (F.I.L.COOP Sanitario) euro 15,00/mese per 12 mensilità (Art. 64 CCNL);
- B. Sostegno Maternità/Paternità** per il periodo di astensione facoltativa post partum e sostegno genitorialità euro 2,00/mese per 12 mensilità (**Art. 7 comma 2 punto a**) Attività di welfare integrativo;

- C. Contributo per Attività promozionali in favore degli strumenti Bilaterali di Sanità e previdenza Integrativa** euro 2,00/mese per 12 mensilità (Art. 7 comma 2 Attività di welfare integrativo – Nota a verbale)
- D. Contributo per promuovere la formazione a livello aziendale, la salute e sicurezza sul lavoro e avviare collaborazioni con gli ITS** euro 1,50/mese per 12 mensilità (Art. 7 comma 2 punto c) Attività di welfare integrativo – Nota a verbale)
- E. Contributo per garantire interventi di sostegno economico per le vittime di violenza di genere** euro 0,50/mese per 12 mensilità (Art. 7 comma 2 punto d) Attività di welfare integrativo – Nota a verbale)
- F. Contributo per attivare una copertura assicurativa di tipo collettivo per il rischio morte a beneficio degli operai** euro 2,00/mese per 12 mensilità (Art. 7 comma 2 punto e) Attività di welfare integrativo – Nota a verbale)

Versamento unico mensile riepilogo nuove quote:

	IMPIEGATI		OPERAI	
	TEMPO IND.	TEMPO DET.	TEMPO IND.	TEMPO DET.
A	15,00	15,00	15,00	15,00
B	2,00	-	2,00	-
C	2,00	-	2,00	-
D	1,50	1,50	1,50	1,50
E	0,50	0,50	0,50	0,50
F	-	-	2,00	2,00
TOT	21,00	17,00	21,00	21,00

Si ricorda che, ai sensi dell'articolo 64 paragrafo "Diritto alle prestazioni bilaterali" del CCNL Aziende Cooperative di Trasformazione di prodotti agricoli e zootecnici e lavorazione prodotti

alimentari, le Cooperative 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;
- erogare a ciascun lavoratore un importo forfettario mensile pari a 20 euro.



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 età

L'assicurazione vale per l'Iscritto, il coniuge o il convivente "more uxorio" di età non superiore ai 75 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 – 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 minorenne;
- 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 Filcoop Sanitario comportano la decadenza del diritto alle prestazioni.

Art. 12 – RICHIESTA PRESTAZIONE

Assistenza diretta

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato 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'Assicurato 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'Assicurato 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.





Sostegno alla maternità e paternità

Contributo assistenziale integrativo dell'indennità per congedo parentale



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, 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 di prodotti alimentari.

Condizioni di assicurabilità

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 ai 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 (centottanta) 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'Isritto, (in assenza di scelta verrà applicata la tassazione minima vigente al momento dell'erogazione) pertanto il Fondo invierà la Certificazione Unica, per permettere all'Isritto 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 alla 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).



NOTE:

F.I.L.COOP Sanitario

📍 00161 Roma - Via G.B. Morgagni, 33

☎ 06/47824858 - 06/47825083

🖱 www.filcoopsanitario.it

✉ info@filcoopsanitario.it

✉ amministrazione@filcoopsanitario.it

