

1 - Prestazioni sanitarie Operai

Il Filcoop Sanitario garantisce, in caso di “ricovero comportante intervento chirurgico” effettuato in Istituto di cura pubblico o privato, ad esclusione dei day hospital e dei ricoveri comportanti meno di 1 pernottamento presso l’Istituto oppure in caso di “ricovero senza intervento chirurgico” che comporti un pernottamento continuato superiore a 12 giorni:

A - il rimborso delle spese effettivamente sostenute dall’iscritto per se stesso o per i propri familiari a carico per:

- i relativi accertamenti diagnostici relativi a detto intervento effettuati nei 90 giorni precedenti e successivi al ricovero;
- prestazioni sanitarie avvenute durante il ricovero comprese le spese per la camera singola e per l’assistenza infermieristica privata;
- rette di vitto e pernottamento dell’accompagnatore fino alla concorrenza di Euro 52,00 giornalieri nell’Istituto di cura;
- trasporto urgente in ambulanza all’Istituto di cura e viceversa.

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

Euro 6.200,00 (seimiladuecento/00) per gli operai a tempo indeterminato delle cooperative agricole e gli impiegati e operai a tempo indeterminato del settore forestale.

NB: 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%.

Qualora l’iscritto ritenga di non avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale e scelga di ricoverarsi in Istituto di cura Privato oppure in reparto non convenzionato di un ospedale pubblico, il F.I.L.COOP. Sanitario rimborserà le spese descritte al punto “A” nella misura dell’80% di quelle effettivamente sostenute e documentate. I capitali massimi disponibili per ciascun anno e per ogni nucleo familiare sono quelli indicati nel punto “A” precedente.

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 Filcoop Sanitario corrisponderà per ciascuna giornata di degenza e per un massimo di 50 giorni per persona all’anno e per ciascun ricovero un rimborso forfettario di **Euro 45,00** (quarantacinque/00) per gli operai a tempo indeterminato delle cooperative agricole e per gli impiegati e gli operai a tempo indeterminato del settore forestale.

C - il rimborso delle spese effettivamente sostenute dall’Iscritto o dal suo nucleo familiare per:

- angiografia;
- chemioterapia;
- cobaltoterapia;
- dialisi;
- elettroencefalografia;
- risonanza magnetica nucleare;
- scintigrafia;
- TAC;
- telecuore.

La garanzia di cui al presente punto viene accordata fino alla concorrenza di **Euro 1.050,00** (millecinquanta/00) per ogni anno assicurativo e per ogni nucleo familiare: le spese sostenute sono rimborsate con una deduzione del 20% e con il minimo non indennizzabile di **Euro 52,00** (cinquantadue/00) per ciascuna prestazione.

D - Il rimborso entro il limite di **Euro 2.600,00** (duemilaseicento/00) delle spese sostenute per il trasporto della salma dall'Istituto di Cura al luogo di tumulazione.

Nuove prestazioni dal 01 gennaio 2011

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO SUL LAVORO (Garanzia prevista per i soli iscritti titolari, esclusi i familiari)

Il Filcoop provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio sul lavoro, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte 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.

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 con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 50,00 per fattura.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 400,00 per ogni titolare.

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

OGGETTO DELLA GARANZIA

Il Filcoop garantisce il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate per un valore massimo corrispondente alla somma garantita all'Assicurato 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:

- Sclerosi Multipla;
- Ictus;
- Alzheimer;
- SLA;
- Parkinson;

oppure sia stato originato da un infortunio sul lavoro.

PERSONE ASSICURATE

La copertura assicurativa è valida per tutti gli iscritti al Fondo 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 ASSICURABILITA'

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate, 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'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a euro 400,00 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'Assicurato 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.



2 - Infortuni Operai

Per il solo lavoratore iscritto (questa prestazione non vale per i familiari a carico) viene prevista una copertura infortuni, limitata ai soli infortuni sul lavoro articolata come segue:

A - In caso di morte

Euro 18.100,00 (diciottomilacento/00) per gli operai a tempo indeterminato delle cooperative agricole e per gli impiegati e gli operai a tempo indeterminato del settore forestale.

B - In caso di invalidità permanente

Massimale Assicurato - fino a **Euro 18.100,00** (diciottomilacento/00) per gli operai a tempo indeterminato delle cooperative agricole e per gli impiegati e gli operai a tempo indeterminato forestale, con una franchigia relativa del 19%.

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.

La copertura assicurativa comprende inoltre:

- a) **Infortunio "In Itinere"**: gli infortuni che colpiscono gli assicurati durante il tempo strettamente necessario per compiere il percorso per via ordinaria dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa con l'uso dei normali mezzi di locomozione.
- b) **mancinismo**: nei confronti delle persone affette da mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa;
- c) **supervalutazione dell'invalidità permanente**: in caso di infortunio che comporti le seguenti invalidità il risarcimento del Filcoop Sanitario sarà il doppio di quello di base:
 - sordità completa bilaterale;
 - cecità completa;
 - perdita anatomica funzionale di almeno un arto superiore od inferiore nonché la perdita completa anatomica funzionale delle dita di una mano.

**FORMULA (A + C) OPERAI A TEMPO INDETERMINATO
IMPIEGATI SETTORE FORESTALE**

(Garanzia facoltativa)



1 - Prestazioni sanitarie Operai

Per gli operai a tempo indeterminato delle cooperative agricole e per gli impiegati e gli operai a tempo indeterminato del settore forestale iscritti al FILCOOP, oltre alle garanzie obbligatorie di cui alla FORMULA A, vengono garantite le seguenti prestazioni, valide per l'iscritto e i familiari a carico a condizione che il medesimo versi la relativa contribuzione aggiuntiva a quella di base (**Euro 124,00** annue).

Garanzie facoltative

In caso di Grande Intervento Chirurgico, come da elenco allegato, effettuato in Istituto di Cura pubblico o privato, il rimborso:

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

Tali garanzie sono prestate sino alla concorrenza di complessivi **Euro 15.000,00** (quindicimila/00) **con uno scoperto del 15%**, (cumulabili con il massimale di **Euro 6.200,00** (seimiladuecento/00) dalla **Formula A** 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.

Nuove prestazioni dal 01 gennaio 2011

CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

Il Filcoop, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sotto indicate.

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 per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 1.000,00 per nucleo familiare.



Nuova Formula in vigore dal 01 gennaio 2011

FORMULA (A1) OPERAI A TEMPO DETERMINATO Con 151 giorni di lavoro nell'anno

(Garanzia obbligatoria)

Il Filcoop Sanitario garantisce, in caso di "ricovero comportante intervento chirurgico" effettuato in Istituto di cura pubblico o privato, ad esclusione dei day hospital e dei ricoveri comportanti meno di 1 pernottamento presso l'Istituto oppure in caso di "ricovero senza intervento chirurgico" che comporti un pernottamento continuato superiore a 12 giorni:

A - il rimborso delle spese effettivamente sostenute dall'iscritto per se stesso o per i propri familiari a carico per:

- i relativi accertamenti diagnostici relativi a detto intervento effettuati nei 90 giorni precedenti e successivi al ricovero;
- prestazioni sanitarie avvenute durante il ricovero comprese le spese per la camera singola e per l'assistenza infermieristica privata;
- rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore fino alla concorrenza di Euro 52,00 giornalieri nell'Istituto di cura;
- trasporto urgente in ambulanza all'Istituto di cura e viceversa.

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

Euro 4.000,00 (quattromila/00) per gli operai a tempo determinato delle cooperative agricole e gli operai a tempo determinato del settore forestale.

NB: 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%.

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

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 Filcoop Sanitario corrisponderà per ciascuna giornata di degenza e per un massimo di 50 giorni per persona all’anno e per ciascun ricovero un rimborso forfettario di **Euro 30,00** (trenta/00) per gli operai a tempo determinato delle cooperative agricole e per gli operai a tempo determinato del settore forestale.

C - il rimborso delle spese effettivamente sostenute dall’Iscritto o dal suo nucleo familiare per:

- angiografia;
- chemioterapia;
- cobaltoterapia;
- dialisi;
- elettroencefalografia;
- risonanza magnetica nucleare;
- scintigrafia;
- TAC;
- telecuore.

La garanzia di cui al presente punto viene accordata fino alla concorrenza di **Euro 700,00** (settecento/00) per ogni anno assicurativo e per ogni nucleo familiare: le spese sostenute sono rimborsate con una deduzione del 25% e con il minimo non indennizzabile di **Euro 70,00** (settanta/00) per ciascuna prestazione.

D - Il rimborso entro il limite di **Euro 1.800,00** (milleottocento/00) delle spese sostenute per il trasporto della salma dall’Istituto di Cura al luogo di tumulazione.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO SUL LAVORO (Garanzia prevista per i soli iscritti titolari, esclusi i familiari)

Il Filcoop provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio sul lavoro, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte 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.

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 con l’applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 50,00 per fattura.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 250,00 per ogni titolare.

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

OGGETTO DELLA GARANZIA

Il Filcoop garantisce il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate per un valore massimo corrispondente alla somma garantita all’Assicurato 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:

- Sclerosi Multipla;
- Ictus;
- Alzheimer;
- SLA;
- Parkinson;

oppure sia stato originato da un infortunio sul lavoro.



PERSONE ASSICURATE

La copertura assicurativa è valida per tutti gli iscritti al Fondo 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, le persone assicurate, 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'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a euro 250,00 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'Assicurato 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:

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

2 - Infortuni Operai



Per il solo lavoratore iscritto (questa prestazione non vale per i familiari a carico) viene prevista una copertura infortuni, limitata ai soli infortuni sul lavoro articolata come segue:

A - In caso di morte

Euro 12.500,00 (dodicimilacinquecento/00) per gli operai a tempo determinato delle cooperative agricole e per gli operai a tempo determinato del settore forestale.

B - In caso di invalidità permanente

Massimale Assicurato - fino a **12.500,00** (dodicimilacinquecento/00) per gli operai a tempo determinato delle cooperative agricole e per gli operai a tempo determinato forestale, con una franchigia relativa del 19%.

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.

La copertura assicurativa comprende inoltre:

- a) **Infortunio "In Itinere"**: gli infortuni che colpiscono gli assicurati durante il tempo strettamente necessario per compiere il percorso per via ordinaria dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa con l'uso dei normali mezzi di locomozione;
- b) **mancinismo**: nei confronti delle persone affette da mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa;
- c) **supervalutazione dell'invalidità permanente**: in caso di infortunio che comporti le seguenti invalidità il risarcimento del Filcoop Sanitario sarà il doppio di quello di base:
 - sordità completa bilaterale;
 - cecità completa;
 - perdita atomica o funzionale di almeno un arto superiore od inferiore nonché la perdita completa anatomica o funzionale delle dita di una mano.

FORMULA (B) IMPIEGATI E QUADRI

(Garanzia obbligatoria)

Prestazioni sanitarie impiegati



1. Garanzie obbligatorie

In caso di intervento chirurgico effettuato in Istituto di Cura pubblico o privato, in conseguenza di infortunio, di malattia o di parto, il rimborso:

delle spese per i relativi accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati anche al di fuori dell'Istituto di Cura o in ambulatorio nei 90 giorni precedenti il ricovero;

- a) delle spese per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento);
- b) delle spese per l'assistenza medica, per le cure, per trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali e per gli esami effettuati durante il periodo di ricovero;
- c) delle spese per rette di degenza;
- d) delle spese di trasporto in ambulanza all'Istituto di Cura e viceversa;
- e) delle spese rese necessarie dalla malattia o infortunio che ha determinato l'intervento, sostenute dopo la cessazione del ricovero, per esami, per acquisto di medicinali, per prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché per trattamenti fisioterapici o rieducativi e per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi al ricovero stesso;
- f) delle spese conseguenti al parto non cesareo ed aborto naturale ferme le carenze previste ma con un limite di risarcimento di **Euro 1.050,00** (millecinquanta/00) per anno e per nucleo familiare assicurato e con l'applicazione di uno scoperto del 25%.

Tali garanzie, sono prestate fino alla concorrenza di complessivi **Euro 9.000,00** (novemila/00) da ritenersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

Qualora l'iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la garanzia varrà per le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'iscritto nella misura del 100%.

Nel caso in cui l'iscritto ritenga di non avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale o di ricoverarsi in Istituto di Cura non convenzionato (o in branca non convenzionata di Istituto convenzionato) il Fondo rimborserà le spese sopraelencate nella misura del **70%** di quelle effettivamente sostenute e documentate, entro il limite di **Euro 9.000,00** (novemila/00) per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato;

- g) un'indennità giornaliera di **Euro 52,00** (cinquantadue/00) per ciascuna giornata di degenza, per la durata massima di 120 giorni per il nucleo familiare e per ogni anno assicurativo, qualora il ricovero e le spese sanitarie conseguenti siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale e non sia stato pertanto richiesto nessun rimborso in base ai precedenti punti.

2. 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 sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie, domiciliari o ambulatoriali, rese necessarie da malattia o infortunio:

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

Il rimborso di tali spese è effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo di **Euro 30,00** per ogni visita, analisi od esame, fermo il limite massimo annuo di **Euro 1.050,00** (millecinquanta/00) stabilito.

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

Nuove prestazioni dal 01 gennaio 2011

INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

In deroga a quanto previsto all'articolo "Esclusioni dall'assicurazione", il Filcoop provvede al rimborso delle spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare



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 medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, 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 previa applicazione di uno scoperto del 20% e nel limite annuo massimo di € 2.500,00 per nucleo familiare.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

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

OGGETTO DELLA GARANZIA

Il Filcoop garantisce il rimborso delle spese per un valore corrispondente alla somma garantita all'Assicurato 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".

PERSONE ASSICURATE

La copertura assicurativa è valida per tutti i titolari iscritti al Fondo (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, le persone assicurate, 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'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde ad euro 350,00 mensili, per una durata massima di 2 (due) anni.

DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA



Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato 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:
- o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
 - o 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'Assicurato 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.

FORMULA (B + C) IMPIEGATI E QUADRI

(Garanzia facoltativa)

Per tutti gli impiegati e quadri iscritti al FILCOOP, oltre alle garanzie obbligatorie di cui alla FORMULA B, vengono garantite le seguenti prestazioni, valide per l'iscritto e i familiari a carico a condizione che il medesimo versi la relativa contribuzione aggiuntiva a quella di base (**Euro 124,00** annue).

Garanzie facoltative

In caso di Grande Intervento Chirurgico, come da elenco allegato, effettuato in Istituto di Cura pubblico o privato, il rimborso:

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

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

La Società, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

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 per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 1.000,00 per nucleo familiare.



ESTRATTO DEL REGOLAMENTO

ART. 1 - SCOPI

Il fondo che ha sede in Roma, Via Torino 6, ha lo scopo di assicurare ai lavoratori delle cooperative agricole e del settore forestale ed ai loro nuclei familiari un sistema mutualistico integrativo del Servizio Sanitario Nazionale nonché forme di tutela infortunistica ed assistenziale volte a garantire una adeguata tutela negli stati di bisogno dei propri assistiti.

ART. 2 – CATEGORIE ASSISTITE

Sono iscritti al fondo:

- gli impiegati a tempo indeterminato e gli operai a tempo determinato ed indeterminato del settore Forestale come previsto all'art. 32 del CCNL per gli addetti ai lavori di sistemazione idraulico-forestale e idraulico-agraria.
- gli impiegati a tempo indeterminato e gli operai a tempo determinato ed indeterminato 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.

ART. 3 – FAMILIARI AVENTI DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Il Fondo eroga le prestazioni sanitarie previste dal seguente regolamento anche agli appartenenti al nucleo familiare dell'iscritto. Per nucleo familiare si intende le persone per le quali l'iscritto avrebbe diritto agli assegni familiari a norma del D.P.R. 30 Maggio 1955, n. 797 e successive modificazioni ed integrazioni. Non sono considerate a tale effetto le limitazioni di cui all'art. 20 della legge 27 Dicembre 1985, n. 730 e le eventuali limitazioni che dovessero essere introdotte in materia relativa al reddito familiare complessivo.

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.

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

ART. 4 – ISCRIZIONE AL FONDO: DECORRENZA, CESSAZIONE

Sono iscritti al Filcoop Sanitario, salvo rinuncia, tutti i dipendenti a tempo determinato ed indeterminato ai quali si applica il CCNL degli addetti ai lavori di sistemazione idraulico forestale e idraulico-agraria, e gli operai a tempo determinato ed indeterminato dipendenti delle Cooperative e Consorzi agricoli.

Per i lavoratori assunti durante l'anno l'iscrizione decorre dal primo giorno del mese successivo alla data di assunzione, salvo disdetta scritta da presentarsi nei termini di 15 giorni dalla stessa data di assunzione e il datore di lavoro sarà tenuto a versare la contribuzione in dodicesimi.

L'Azienda invierà al Filcoop Sanitario la copia comunicazione di recesso del lavoratore.

L'iscrizione al Fondo, alla quale è subordinata l'erogazione delle prestazioni, decorre dalle ore 0 del 1 gennaio di ogni anno successivo a quello per il quale il Datore di Lavoro ha versato la contribuzione.

In caso di cessazione del rapporto di lavoro il diritto alle prestazioni cessa alle ore 24 del 31 dicembre dell'anno successivo a quello nel quale è stato effettuato il versamento della contribuzione.

ART. 5 – CONTRIBUZIONE

La contribuzione dovuta al Fondo per aver diritto alle prestazioni, è determinata dalla contrattazione collettiva.

Il suo ammontare attuale, è di:

Formula A: Euro 52,00 annue per gli operai a tempo indeterminato delle cooperative agricole e per gli impiegati e gli operai a tempo indeterminato del settore forestale; di cui **Euro 26,00** a carico del lavoratore e **Euro 26,00** a carico del datore di lavoro.

Formula A1: Euro 36,00 annue per gli operai a tempo determinato con 151 giorni di lavoro all'anno; di cui **Euro 18,00** a carico del lavoratore e **Euro 18,00** a carico del datore di lavoro.

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

Formula B: Euro 186,00 annue per gli impiegati e quadri delle cooperative agricole; di cui **Euro 93,00** a carico del lavoratore e **Euro 93,00** a carico del datore di lavoro.

Formula (B+C): Euro 310,00 annue per gli impiegati e quadri delle cooperative agricole; di cui **Euro 217,00** a carico del lavoratore e **Euro 93,00** a carico del datore di lavoro.

ART. 6 – RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI

La richiesta delle prestazioni deve essere inoltrata al Fondo entro i seguenti termini:

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

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

ART. 7 – DOCUMENTAZIONE OCCORRENTE

La documentazione da presentare per ottenere le prestazioni garantite dal Fondo è la seguente:

Prestazioni sanitarie:

- copia autenticata della cartella clinica in caso di ricovero in istituto di cura;
- la prescrizione medica e il conto quietanzato della spesa sostenuta in originale, in caso di accertamenti diagnostici, radiografici o altri esami per i quali il presente regolamento prevede il rimborso.

Per la liquidazione delle prestazioni che si riferiscono ai componenti del nucleo familiare il richiedente oltre alla documentazione sopra indicata dovrà presentare lo Stato di famiglia.

Prestazioni infortunistiche:

- copia della denuncia dell'infortunio che il datore di lavoro ha presentato all'INAIL;
- attestazione dell'INAIL comprovante il grado di invalidità permanente riconosciuto;
- certificato necroscopico rilasciato dalla autorità competente in caso di morte per infortunio sul lavoro;
- copia del verbale dell'autorità di P.S. sulla dinamica dell'incidente in caso di infortunio in itinere.

Sono esclusi dall'assicurazione i rimborsi delle spese:

- per la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- per la cura di intossicazioni conseguenti all'abuso di alcolici od uso di allucinogeni nonché all'uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;

da 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);
- sofferti in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'iscritto, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'iscritto stesso.

Sono inoltre escluse dall'assicurazione:

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

ART. 9 – LIMITI DI ETÀ'

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 70 anni e cessa alla successiva scadenza annuale del premio per quelle che raggiungono tale limite di età.

ART. 10 – TERMINI DI ASPETTATIVA

L'assicurazione prende effetto dalle ore 24:

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

ART. 11 – DECESSO DELL'ISCRITTO

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

- 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.

ART. 12 – CONTROLLI

Il fondo 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 Fondo comportano la decadenza del diritto alle prestazioni.