

FILCOOP SANITARIO 6 FONDO INTEGRATIVO SANITARIO PER I LAVORATORI DIPENDENTI DA AZIENDE COOPERATIVE DI TRASFORMAZIONE DI PRODOTTI AGRICOLI E ZOOTECNICI E LAVORAZIONE PRODOTTI ALIMENTARI

FORMULA (T) - Garanzia obbligatoria

Prestazioni sanitarie



1) RICOVERO OSPEDALIERO

Il Filcoop Sanitario garantisce in caso di ricovero comportante intervento chirurgico, effettuato in Istituto di cura pubblico o privato, oppure in caso di ricovero senza intervento chirurgico che comporti un ricovero continuato superiore a 9 giorni:

A - il rimborso delle spese effettivamente sostenute dall'iscritto per se stesso o per il nucleo familiare (coniuge/convivente e figli fino a 26 anni di età risultanti dallo stato di famiglia) per:

- i relativi accertamenti diagnostici relativi a detto intervento effettuati nei 90 (novanta) giorni precedenti e successivi al ricovero;
- le 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);
- rette di degenza;
- l'assistenza infermieristica privata;
- le rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore, fino alla concorrenza di **Euro 52,00** (cinquantadue/00) giornalieri nell'Istituto di cura;
- il trasporto urgente in ambulanza all'Istituto di cura e viceversa;
- le spese conseguenti al parto cesareo ferme le carenze previste ma con un limite di risarcimento di **Euro 3.000,00** (tremila/00) per anno e per nucleo familiare assicurato e con l'applicazione di uno scoperto del 30%.

Tali garanzie sono prestate fino alla concorrenza di complessivi **Euro 7.500,00** (settemilacinquecento/00) da ritenersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

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 Filcoop Sanitario rimborserà le spese descritte al punto **5A6** nella misura del 70% di quelle effettivamente sostenute e documentate. I capitali massimi disponibili per ciascun anno e per ogni nucleo familiare sono quelli indicati nel presente punto **5A6**.

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 **5A6**, il Filcoop Sanitario corrisponderà per ciascuna giornata di degenza e per la durata massima di 50 (cinquanta) giorni per persona, per ogni evento e per ogni anno assicurativo, una indennità giornaliera di **Euro 50,00** (cinquanta/00).

C - 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.

2) ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI EXTRA RICOVERO

Il Filcoop Sanitario garantisce il rimborso delle prestazioni, di seguito riportate, fino alla concorrenza di **Euro 2.000,00** (duemila/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 50,00** (cinquanta/00) per ciascuna prestazione.

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

3) VISITE SPECIALISTICHE

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.

Il rimborso di tali spese è effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo di **Euro 50,00** (cinquanta/00) per ogni visita, fermo il limite massimo di **Euro 1.050,00** (millecinquanta/00) sopra 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.

4) INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

In deroga a quanto previsto dalla polizza, il Filcoop Sanitario provvede al rimborso delle spese sostenute per gli interventi chirurgici, compresi gli interventi di implantologia dentale se resi necessari dai suddetti interventi, conseguenti alle seguenti patologie:

- 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 **Euro 2.500,00** (duemilacinquecento/00) per nucleo familiare.

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

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

Il Filcoop Sanitario 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 **Euro 50,00** (cinquanta/00) per fattura.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni su indicate corrisponde a **Euro 400,00** (quattrocento/00) per ogni titolare.

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

OGGETTO DELLA GARANZIA

Il Filcoop Sanitario 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".

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 800,00** (ottocento/00) mensili, per una durata massima di 2 (due) anni.

DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Come previsto dall'articolo "Oggetto della garanzia" solo nel caso in cui lo stato di non autosufficienza sia stato originato esclusivamente da una delle seguenti patologie, Sclerosi Multipla, Ictus, Alzheimer, SLA, Parkinson, infortunio sul lavoro, viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'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.

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.

8) INFORTUNI SUL LAVORO (garanzia prevista per i soli iscritti titolari, esclusi i familiari)

OGGETTO DELLA GARANZIA

Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili. Il Filcoop Sanitario vale per gli infortuni che l'assicurato subisce nello svolgimento delle attività professionali principali.

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

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:

1 - In caso di morte

Euro 18.100,00 (diciottomilacento/00) per gli operai ed impiegati assunti a tempo determinato, con contratto superiore a 9 (nove) mesi, ed indeterminato delle aziende cooperative di trasformazione di prodotti agricoli e zootecnici e lavorazione prodotti alimentari.

2 - In caso di invalidità permanente

Massimale Assicurato - fino a **Euro 18.100,00** (diciottomilacento/00) per gli operai ed impiegati assunti a tempo determinato, con contratto superiore a 9 (nove) mesi, ed indeterminato delle aziende cooperative di trasformazione di prodotti agricoli e zootecnici e lavorazione prodotti alimentari, 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) **super valutazione 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.

ESTRATTO DEL REGOLAMENTO

ART. 1 - SCOPI

Il fondo ha sede a Roma in Via Torino 6; ha lo scopo di assicurare ai lavoratori dipendenti da aziende 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 *6* CATEGORIE ASSISTITE

Sono iscritti al fondo dal 01 ottobre 2011, come previsto all'art. 64 del CCNL, i lavoratori dipendenti da aziende cooperative di trasformazione di prodotti agricoli e zootecnici e lavorazione prodotti alimentari.

ART. 3 *6* 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 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 *6* ISCRIZIONE AL FONDO: DECORRENZA, CESSAZIONE

Sono iscritti al Filcoop Sanitario tutti i dipendenti assunti a tempo determinato, con contratto superiore a 9 (nove) mesi, ed indeterminato ai quali si applica il CCNL degli addetti da aziende cooperative di trasformazione di prodotti agricoli e zootecnici e lavorazione prodotti alimentari.

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

La iscrizione al Fondo, alla quale è subordinata l'erogazione delle prestazioni, decorre dalle ore 0 del 1° giorno del mese 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 della fine del mese nel quale è stato effettuato il versamento della contribuzione.

ART. 5 6 CONTRIBUZIONE

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

Il suo ammontare attuale, è di:

Formula T: Euro 10,00 mensili, che sono a totale carico del datore di lavoro, per gli operai ed impiegati assunti a tempo determinato, con contratto superiore a 9 (nove) mesi, ed indeterminato delle aziende cooperative di trasformazione di prodotti agricoli e zootecnici e lavorazione prodotti alimentari.

ART. 6 6 RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI

La richiesta delle prestazioni deve essere inoltrata al Fondo entro il termine dei 365 giorni dall'evento.

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 6 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.

ART. 8 6 DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Sono esclusi dall'assicurazione i rimborsi delle spese:

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

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 ó 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 ó 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 ó DECESSO DELL'ISCRITTO

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

- 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;
- fattura funebre.

ART. 12 ó 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.