

Regolamento della Gestione Separata "Fondo di solidarietà ex caritro"

ARTICOLO 1 – GESTIONE SEPARATA

1.1 Il presente Regolamento è allegato all'atto di fusione per incorporazione del Fondo di Solidarietà per l'assistenza sanitaria del personale in servizio ed in quiescenza dell'Ex CARITRO Spa e del Gruppo Unicredit - Trento (da qui in poi "Fondo di Solidarietà") in SANIFONDS TRENINO, e ne costituisce parte integrante.

1.2 La Gestione Separata "Fondo di Solidarietà Ex Caritro" (da qui, in poi, semplicemente "GS"), viene istituita conformemente all'articolo 7 dello Statuto di Sanifonds Trentino.

1.3 La GS rappresenta l'insieme delle attività dell'ex Fondo di Solidarietà presenti nell'ultimo bilancio completo ante fusione per incorporazione in Sanifonds, nonché l'andamento economico della gestione a far data dal giorno in cui la fusione tra i due Enti avrà effetto giuridico. Il rendiconto della Gestione Separata verrà redatto nel rispetto delle seguenti linee guida:

- Fondo di Riserva Istituzionale Gestione Separata ex CARITRO: costituito dalle immobilizzazioni finanziarie al netto dell'accantonamento al Fondo Rischi ed Oneri, dal fondo cassa, dal saldo del conto corrente operativo presenti nell'ultimo bilancio completo pre-fusione del Fondo di Solidarietà. E' finalizzato a garantire le prestazioni future, passati i primi 5 anni, agli iscritti alla GESTIONE SEPARATA EX CARITRO.
- Il Fondo verrà incrementato per eventuali avanzi di gestione conseguiti al termine di ciascuna annualità derivanti da: saldo positivo tra entrate contributive e costi per rimborsi, saldo positivo della gestione finanziaria (rendimento dei titoli mobiliari attuali o di nuova acquisizione, eventuali plusvalenze sugli stessi, proventi derivanti dalla sede, interessi attivi sulle giacenze, al netto dei costi specifici della gestione imputati al 60%); qualora invece la gestione rimborsuale ed operativa specifica facessero registrare un disavanzo, detto fondo non potrà essere intaccato ed il pareggio di bilancio della Gestione Separata sarà comunque ottenuto per effetto di una riduzione della percentuale di allocazione dei costi generali;
- Fondo Rischi ed Oneri ex CARITRO: costituito dall'accantonamento del 10% delle entrate da contribuzioni risultanti dall'ultimo bilancio completo pre-fusione del Fondo di Solidarietà, per ciascun anno del primo quinquennio (2021-2025); verrà utilizzato annualmente, per i primi cinque anni (2021-2025), per coprire i costi della "Gestione Operativa comune";
- Gestione rimborsuale: costituita dalle entrate da contribuzioni dedotti i costi per rimborsi diretti e per premi assicurativi;
- Gestione operativa comune: costituita dalla percentuale massima del 10% del totale entrate da contribuzioni risultanti dall'ultimo bilancio completo pre-fusione del Fondo di Solidarietà, per ogni esercizio per il primo quinquennio, da allocare allo specifico "Fondo rischi ed oneri ex CARITRO";
- Gestione Operativa specifica: costituita da affitti, proventi finanziari ed altre entrate, dedotti costi per prestazioni professionali, acquisti ed altre spese.

1.4 Per comune volontà delle parti viene istituita una funzione consultiva e di monitoraggio della Gestione Separata esercitata da parte di due delegati e due supplenti scelti tra gli iscritti alla Gestione Separata che prenderanno parte alle sessioni del Consiglio di Amministrazione di Sanifonds aventi all'Ordine Del Giorno argomenti di interesse per gli iscritti alla Gestione Separata. Detti rappresentanti, per il primo quinquennio post fusione, saranno designati dall'ultima assemblea pre-fusione del Fondo di Solidarietà, in seguito verranno designati dalle organizzazioni sindacali rappresentate nella compagine sociale di Sanifonds, sempre scegliendo tra gli iscritti alla Gestione Separata

1.5 Per tutto quanto non è espressamente riportato nel presente Regolamento, ivi comprese le attribuzioni e le funzioni in capo agli organi di governo del Fondo incorporante, si rimanda allo Statuto di Sanifonds Trentino, che costituisce parte integrante del progetto di fusione.

ARTICOLO 2 - ISCRITTI

2.1 Lo Statuto di Sanifonds Trentino prevede, all'art. 6 comma 5, la fattispecie di "Iscritti" costituita dagli beneficiari delle prestazioni di Fondi, Casse, altre forme di assistenza solidaristica che siano interessate da processi di fusione e/o accorpamenti.

2.2 Coerentemente con la sopra menzionata norma statutaria e con l'art. 3 del progetto di fusione, che esplicita i criteri di riconduzione dell'attuale compagine sociale del fondo incorporato nell'architettura statutaria del Fondo incorporante, avranno diritto all'iscrizione a SANIFONDS TRENINO nella speciale GESTIONE SEPARATA EX CARITRO:

- a) tutti gli attuali Soci Ordinari, i Soci Aggregati ed i rispettivi famigliari risultanti iscritti al Fondo di Solidarietà alla data di effetto giuridico della fusione;
- b) tutti gli attuali soci sostenitori risultanti iscritti al Fondo di Solidarietà alla data di effetto giuridico della fusione, i quali, essendo privi di diritti, saranno elencati in una sezione a parte dell'anagrafica iscritti di Sanifonds Trentino.

2.3 A decorrere dal giorno di effetto giuridico della fusione avranno quindi diritto all'iscrizione a SANIFONDS TRENINO nella speciale GESTIONE SEPARATA EX CARITRO:

- a) I Dipendenti in servizio ed in aspettativa del Gruppo Unicredit, operanti nella Regione Autonoma Trentino A/A;
- b) I Dipendenti in quiescenza dell'ex Caritro Spa;
- c) I Dipendenti in quiescenza del Gruppo Unicredit che hanno operato nell'ultimo periodo lavorativo nella Regione Autonoma Trentino A/A;
- d) I Dipendenti neo assunti, da Gruppo Unicredit ed inseriti in realtà operative della Regione Autonoma Trentino A/A
- e) I Dipendenti già operanti in realtà extraregionali e trasferiti da Gruppo Unicredit in uffici o sportelli attivati nella Regione Autonoma Trentino A/A, dopo una permanenza ininterrotta di almeno un anno;
- f) Il coniuge superstite del Dipendente di cui ai punti a-b-c-d-e, ove beneficiario di pensione indiretta o di reversibilità fino a quando lo stesso non contrae nuovo matrimonio;
- g) I figli "non conviventi" del Dipendente di cui ai punti a-b-c-d-e di età inferiore ai cinquant'anni e loro familiari conviventi compreso il coniuge superstite fino a quando lo stesso non contrae nuovo matrimonio;
- h) avranno inoltre diritto all'iscrizione in qualità di "soci sostenitori" – previa domanda di ammissione e senza diritto ad alcuna prestazione – le organizzazioni che esercitino attività similari e prestino assistenza nelle più articolate forme ai Dipendenti e loro nuclei famigliari; saranno elencati in una sezione a parte dell'anagrafica iscritti e verseranno una quota di iscrizione che sarà definita di anno in anno.

2.4 Per tutto quanto non esplicitamente richiamato nel predetto Regolamento, si rimanda allo Statuto di Sanifonds Trentino.

ARTICOLO 3 - QUOTE DI ISCRIZIONE E DI CONTRIBUZIONE ANNUA

3.1 Tutti gli iscritti alla GESTIONE SEPARATA EX CARITRO sono tenuti a versare:

- una quota di iscrizione/ingresso, differenziata per fasce di età e per categoria (Dipendente, familiare non convivente), come da **tabella allegata sub A**;
- una quota di contribuzione annua differenziata per fasce d'età, inquadramento (impiegati-quadri-dirigenti), qualifica (dipendente, familiare convivente, familiare non convivente) e gruppo di appartenenza (B, C, D), come da **tabella allegata sub B**.

3.2 Ciascun iscritto sarà tenuto a documentare la consistenza della propria famiglia anagrafica.

3.3 Tutti gli iscritti alla GESTIONE SEPARATA EX CARITRO possono richiedere per iscritto il passaggio ad un gruppo superiore o inferiore con conseguente adeguamento della propria quota di contribuzione ed una permanenza minima nel nuovo gruppo di almeno quattro anni.

3.4 Ogni iscritto alla GESTIONE SEPARATA EX CARITRO potrà richiedere la cancellazione di un proprio familiare convivente decorsi quattro anni ininterrotti dalla data di iscrizione.

3.5 La quota di iscrizione/ingresso sarà abbuonata nel caso di nuova iscrizione alla GESTIONE SEPARATA EX CARITRO di familiare non convivente già precedentemente iscritto come familiare convivente, semprechè il passaggio avvenga senza soluzione di continuità.

ARTICOLO 4 - PRESTAZIONI

4.1 Le prestazioni offerte agli iscritti alla GESTIONE SEPARATA EX CARITRO si articolano in:

- a) intervento economico a copertura del costo relativo alla stipula di polizze assicurative in favore degli iscritti;
- b) intervento economico, in alternativa o ad integrazione delle prestazioni di cui ad a), per l'indennizzo di danni e/o il rimborso, totale o parziale, di spese conseguenti a malattia, infortunio o decesso, in favore degli iscritti;
- c) stipula, con strutture pubbliche o private, di convenzioni per controlli medici in via preventiva e profilattica, nonché per l'effettuazione di terapie complementari, in favore degli iscritti, con possibilità di intervento economico a copertura, totale o parziale, del costo di tali prestazioni;

4.2 Le prestazioni di cui ai punti a) b) e c) sono estese anche ai membri che formano la famiglia anagrafica dell'iscritto, contro corresponsione di una quota annua individuale.

4.3 Le prestazioni di cui al punto a) sono garantite a tutti gli iscritti alla GESTIONE SEPARATA EX CARITRO, sulla base della polizza negoziata e contratta annualmente con la Compagnia Assicurativa. La tabella allegata sub C riporta la sintesi delle condizioni attualmente garantite dalla polizza assicurativa in corso di vigenza alla data di stesura del presente Regolamento. Il Fondo si impegna a comunicare tempestivamente agli iscritti eventuali variazioni che dovessero intervenire nei rinnovi successivi relativamente alle prestazioni e ad ogni altro elemento costitutivo della polizza. Per tutti gli iscritti e loro familiari in età non più assicurabile da parte della Compagnie scelte potranno essere fissate prestazioni differenziate.

4.4 Le prestazioni di cui al punto b) vengono effettuate esclusivamente per le tipologie di eventi e nei limiti stabiliti nella **tabella allegata sub C**

4.5 Gli iscritti che siano titolari di una ulteriore copertura assicurativa per le prestazioni oggetto del Piano, dovranno in prima istanza utilizzare tale copertura per il rimborso previsto. Entro 90 giorni dalla restituzione della documentazione da parte della Compagnia terza con l'indicazione dell'importo erogato, dovranno inviare la richiesta di integrazione del rimborso a SANIFONDS - GESTIONE SEPARATA EX CARITRO che darà corso all'eventuale liquidazione della quota integrativa rimasta a carico dell'iscritto, applicando le percentuali previste dal piano sanitario.

La copertura integrativa non potrà in ogni caso oltrepassare l'entità massima fissata per ogni singola previdenza, nè potrà dare luogo ad un rimborso complessivo superiore all'effettiva spesa sostenuta dall'iscritto. A tal fine, nel calcolo di rimborso, si terrà conto anche dell'importo recuperabile attraverso la detrazione fiscale.

4.6 Nel caso in cui l'altra Compagnia Assicurativa respinga la richiesta dell'iscritto alla GESTIONE SEPARATA EX CARITRO perchè "Non ammessa a rimborso a termine di contratto", SANIFONDS - GESTIONE SEPARATA EX CARITRO, ove previsto, provvederà alla liquidazione del contributo di spettanza. Qualora invece l'iscritto alla GESTIONE SEPARATA EX CARITRO, per propria scelta, abbia deciso di non inoltrare richiesta di rimborso all'altra Compagnia Assicurativa ed in tutti gli altri casi il rimborso da parte di SANIFONDS - GESTIONE SEPARATA EX CARITRO, ove ammissibile, verrà sempre calcolato al netto dell'intervento previsto e non richiesto all'altra Compagnia Assicurativa nonchè del beneficio fiscale.

GESTIONE SEPARATA EX CARITRO
Quote di iscrizione/ingresso

ETA' (*)	QUOTA ISCRIZIONE/INGRESSO
da 24 a 34 anni	€ 370,00
da 35 a 49 anni	€ 445,00
da 50 a 67 anni	€ 545,00

(*) età massima ammessa per iscrizione 67 anni. La quota di iscrizione/ingresso non è dovuta in caso di contestualità tra data di assunzione ed iscrizione.

Quote di iscrizione/ingresso familiari non conviventi

ETA' (**)	QUOTA ISCRIZIONE/INGRESSO
da 20 a 34 anni	€ 370,00
da 35 a 49 anni	€ 445,00

(*) età massima ammessa per iscrizione 50 anni.

Per entrambe le categorie le nuove iscrizioni avranno decorrenza dall'inizio del trimestre successivo.

GESTIONE SEPARATA EX CARITRO

1. Quote di contribuzione Dipendenti e Pensionati (*)

ETA'	IMPIEGATI		QUADRI		DIRIGENTI	
	Annuale	Trimestrale	Annuale	Trimestrale	Annuale	Trimestrale
da 24 a 34 anni	€ 206,00	€ 51,50	€ 248,92	€ 62,23	€ 291,84	€ 72,96
da 35 a 49 anni	€ 247,00	€ 61,75	€ 298,44	€ 74,61	€ 349,92	€ 87,48
da 50 a 59 anni	€ 303,00	€ 75,75	€ 366,12	€ 91,53	€ 429,24	€ 107,31
da 60 a 69 anni	€ 303,00	€ 75,75	€ 366,12	€ 91,53	€ 429,24	€ 107,31
da 70 in poi	€ 349,00	€ 87,25	€ 421,72	€ 105,43	€ 494,40	€ 123,60

(*) Quota annua per passaggio a gruppo superiore: da gruppo "B" a gruppo "C": € 195,00 - da gruppo "C" a gruppo "D": € 95,00

Quote di contribuzione aggiuntive per ogni familiare convivente

ETA'	Quota annuale (***)
Da 0 a 29 anni	€ 130,00
Da 30 a 49 anni	€ 165,00
Da 50 a 69 anni	€ 185,00
Da 70 anni in poi	€ 195,00

(***) quota annuale riferita ad anno solare o frazione.

2. Quote di contribuzione familiari non conviventi di Dipendenti e Pensionati (**)

ETA'	Quota annuale	Quota trimestrale
Da 20 a 34 anni	€ 247,00	€ 61,75
Da 35 a 49 anni	€ 296,00	€ 74,00
Da 50 a 69 anni	€ 364,00	€ 91,00
Da 70 anni in poi	€ 418,00	€ 104,50

(**) Quota annua per passaggio a gruppo superiore: da gruppo "B" a gruppo "C": € 215,00 - da gruppo "C" a gruppo "D": € 105,00

Quote di contribuzione aggiuntive per ogni familiare convivente

ETA'	Quota annuale (***)
Da 0 a 29 anni	€ 140,00
Da 30 a 49 anni	€ 175,00
Da 50 a 69 anni	€ 195,00
Da 70 anni in poi	€ 215,00

(***) quota annuale riferita ad anno solare o frazione.

TABELLA APPLICATIVA DELLE PRESTAZIONI

SOMMARIO

A - Interventi a carico dell'Impresa assicuratrice

1. - Polizza per il rimborso delle spese di cura conseguenti a malattia o ad infortunio

- 1.1 - Ricoveri con intervento chirurgico
- 1.2 - Ricoveri senza intervento chirurgico
- 1.3 - Diaria sostitutiva

B - Interventi diretti

2. - Prestazioni dirette

- 2.1 - Prestazioni per ultra ottantenni non assicurabili
- 2.2 - Indennità giornaliera per ricoveri dovuti a malattie mentali
- 2.3 - Visite mediche, accertamenti, ecc.
- 2.4 - Occhiali e lenti a contatto
- 2.5 - Medicinali
- 2.6 - Allattamento artificiale
- 2.7 - Protesi acustiche, oculistiche e laringofono
- 2.8 - Cure odontoiatriche
- 2.9 - Apparecchi ortodontici
- 2.10 - Protesi odontoiatriche
- 2.11 - Trattamenti fisioterapici e riabilitativi
- 2.12 - Diaria sostitutiva giornaliera per ricoveri
- 2.13 - Cure psicoterapiche, psicanalitiche
- 2.14 - Day Hospital
- 2.15 - Assistenza infermieristica a domicilio

A - INTERVENTI ECONOMICI A CARICO DELL'IMPRESA ASSICURATRICE

Sintesi delle prestazioni previste in polizza alla data di redazione del presente documento (decorrenza: 01/04 - 31/03)

1.- Polizza per il rimborso delle spese di cura conseguenti a malattia o ad infortunio

1.1 -- Ricoveri in Istituto di cura - resi necessari da malattia o da infortunio - che comportino intervento chirurgico, od intervento chirurgico effettuato in ambulatorio:

Rimborso spese sostenute per:

A - accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati nei 90 giorni precedenti la data del ricovero o quella dell'intervento in ambulatorio;

B - onorari del chirurgo, assistente, anestesista, diritti sala operatoria e materiale d'intervento;

C - assistenza medica per cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti durante il periodo di ricovero;

D - rette di degenza;

E - trasporto con ambulanza, **con il limite per evento di € 2.500,00 senza applicazione d'alcuna franchigia;**

F - esami, acquisto medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), nei 90 giorni successivi al ricovero in Istituto di cura o all'intervento chirurgico in ambulatorio;

Nota: l'insieme delle prestazioni accessorie di cui ai punti A e F non deve superare l'importo massimo annuo di **€ 6.000,00** per nucleo familiare e anno assicurativo, **con franchigia fissa di € 100,00 per evento.**

1.2 -- Ricoveri in Istituto di cura - resi necessari da malattia o da infortunio - che non comportino intervento chirurgico:

Rimborso spese sostenute per:

A - Accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e le rette di degenza riguardanti il periodo di ricovero;

B – Trasporto con ambulanza, con il limite massimo di rimborso di **€ 2.500,00 senza applicazione di alcuna franchigia**, per nucleo familiare ed anno assicurativo;

Nota 1: in caso di parto normale (fisiologico), pilotato e con episiotomia, limitatamente ai casi che non comportino intervento chirurgico, il rimborso è liquidato fino ad un massimo di **€ 2.500,00, senza applicazione di alcuna franchigia.**

Nota comune ai punti 1.1 e 1.2 : limitatamente ai costi sostenuti durante i ricoveri, sarà applicato uno **scoperto del 20%** dell'importo indennizzabile con un **minimo di €. 1.200,00** fatto salvo in ogni caso, quanto stabilito per le prestazioni accessorie.

1.3 – Diaria sostitutiva

(vedi anche punto 2.12)

Qualora le spese di ricovero di cui alle voci sub 1.1 e 1.2 siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, sarà corrisposta, a decorrere dal 26° giorno di degenza:

- Un'indennità giornaliera di: **€. 50,00**, per ricoveri in Provincia*
€. 100,00, per ricoveri fuori Provincia*

l'indennità è prevista per gli Iscritti e loro familiari di età **inferiore** agli 80 anni;
(altri interventi della specie sono previsti a pag. 9, punto 2.12)

con franchigia assoluta di **25 giorni**.

Massimali: per ricoveri in Provincia **€. 5.000,00** per anno assicurativo;
per ricoveri fuori Provincia **€. 10.000,00** per anno assicurativo.

BENEFICIARIO: il nucleo familiare.

NOTA: in caso d'utilizzo dell'indennità da parte di componenti diversi del nucleo familiare, la Società Assicurativa applica la franchigia assoluta di 25 giorni per ogni singolo beneficiario.

* *La condizione di "in Provincia" o "fuori Provincia" si determina con la difformità fra residenza del Socio e l'ubicazione geografica dell'Istituto di cura.*

- Documentazione richiesta per le voci sub 1.1, 1.2 e 1.3: copia, resa conforme, della cartella clinica e originali e/o copie autenticate delle fatture o delle ricevute fiscalmente valide, da produrre **entro 1 anno dalla data di fine ricovero**.

Note comuni alle voci sub 1.1 - 1.2 - 1.3

MASSIMALE COMPLESSIVO A CARICO DELL'IMPRESA ASSICURATRICE	=	€.
150.000,00		

(valido anche per i Grandi Interventi)

BENEFICIARIO: Il Nucleo familiare degli iscritti ai "gruppi" b) c) e d) e per anno assicurativo.

Rimangono escluse in particolare:

- le malattie mentali (vedasi, in proposito, anche la voce sub 2.2 negli "Interventi diretti");

- le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici e psicofarmaci, o da uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- gli infortuni sofferti in stato d'ubriachezza od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- le applicazioni di carattere estetico, salvo gli interventi di chirurgia stomatologica e plastica ricostruttiva resa necessaria da infortunio;
- (altre esclusioni elencate in polizza).

B - INTERVENTI DIRETTI

2. - Tabella applicativa delle prestazioni dirette e sintesi delle stesse

2.1 -- Tutte le prestazioni coperte da polizze contratte con Imprese Assicuratrici, ancorché in misura diversificata, sono estese agli ultra ottantenni, poiché non assicurabili dalle compagnie stesse:

Contributo complessivo annuo per tutti gli ultra ottantenni di €. 40.000,00

Nell'ambito di tale plafond, vengono rimborsate le spese di cui alle voci sub 1.1-1.2 e 1.3 della presente Tabella (pag. 2 e 3: prestazioni in polizza), nel limite annuo di:

- **€. 10.000,00 per ogni Iscritto** *ultra ottantenne*
- **€. 5.000,00 per ogni Familiare** *ultra ottantenne*

Per la liquidazione di dette spese si procederà a determinarne l'ammontare complessivo una sola volta, alla fine dell'anno, e qualora fosse superato il plafond massimo annuo di euro **40.000,00** si procederà a liquidare proporzionalmente ogni richiesta, fermi sempre i limiti di euro **10.000,00** per ogni Iscritto ultra ottantenne ed euro **5.000,00** per ogni Familiare ultra ottantenne e per anno assicurativo.

- **Documentazione richiesta: copia, resa conforme, della cartella clinica e originali e/o copie autenticate delle fatture o delle ricevute fiscalmente valide, da produrre entro 1 anno dalla data di fine ricovero.**

Nota: solo per i costi sostenuti durante i ricoveri, sarà applicato uno scoperto del 20% dell'importo indennizzabile con un minimo di €. 1.200,00.-, fatto salvo in ogni caso, quanto stabilito dalla Compagnia assicuratrice per le prestazioni accessorie contemplate ai punti 1.1 e 1.2.

2.2 -- Indennità giornaliera per ricovero in Istituto di cura dovuto a malattie mentali e disturbi psichici, ivi compresi i comportamenti nevrotici:

	gruppo "B"	gruppo "C"	gruppo "D"
Indennità giornaliera €: 60,00 <i>(con franchigia assoluta di sette giorni)</i>	40,00	50,00	
Massimale per anno solare €:	800,00	1.000,00	1.200,00

BENEFICIARIO: *Il nucleo familiare.*

- Documentazione richiesta: *copia, resa conforme, della cartella clinica, da produrre entro 1 anno dalla data di fine ricovero.*

2.3 -- Visite mediche specialistiche e non, accertamenti diagnostici, esami, analisi ed indagini di laboratorio:

	gruppo "B"	gruppo "C"	gruppo "D"
Contributo percentuale del: Massimale per anno solare €:	60% 650,00	65% 800,00	70% 1.050,00

Solamente per gli Iscritti anche ad altra forma assicurativa:

Contributo percentuale del: Massimale per anno solare €:	65% 750,00	70% 850,00	75% 1.150,00
---	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------

BENEFICIARIO: *Il nucleo familiare.*

- Documentazione richiesta: *documenti di spesa (fatture o ricevute) fiscalmente validi, da produrre entro il 90° giorno dalla data di emissione*

Esclusioni:

- 1) - *visite medico-sportive;*
- 2) - *visite medico-legali stragiudiziali con o senza relazione;*
- 3) - *visite mediche per rilascio patenti di ogni tipo;*
- 4) - *visite mediche ed ogni altra prestazione e/o applicazione di carattere estetico;*
- 5) - *vaccinazioni, iniezioni e simili;*
- 6) - *documenti di spesa che, singolarmente, siano di importo inferiore a € 35,00*

Nota: si prescinde dal limite di **35,00 €**. di cui al sopraccitato punto 6), allorché la documentazione degli esami, ancorché frazionata, riconduca inequivocabilmente, non

tanto alla stessa patologia, **ma alla medesima prestazione** (es: esame del sangue fatturato con due notule sulle quali deve pertanto corrispondere data, n° fattura, ecc.)

2.4 -- Occhiali, esclusa la montatura, o lenti a contatto:

	gruppo "B"	gruppo "C"	gruppo "D"
Contributo percentuale del:	35%	40%	50%
Massimale per anno solare €:	200,00	300,00	400,00

BENEFICIARIO: Il nucleo familiare.

- Documentazione richiesta:

- Prescrizione , di data non anteriore a sei mesi dalla presentazione, firmata dal medico specialista, oppure dall'ottico diplomato (optometrista);
- documenti di spesa (fatture o ricevute) fiscalmente validi che devono riportare separatamente il costo delle lenti da quello della montatura;
- non si darà corso ad alcun contributo qualora la documentazione sia presentata priva della firma del medico e/o dello specialista, come sopra richiesto.
- la documentazione deve essere prodotta entro il **90° giorno dalla data di emissione delle ricevute, delle fatture e/o dello scontrino fiscale;**

**2.5 -- Medicinali, se prescritti dal medico curante:
escluse le specialità acquistabili anche senza ricetta e i medicinali omeopatici.**

	gruppo "B"	gruppo "C"	gruppo "D"
Contributo percentuale del:	55%	60%	70%
Massimale per anno solare €:	300,00	400,00	550,00

BENEFICIARIO: Il nucleo familiare.

NB! : Importo minimo del singolo documento presentabile: €. 35,00

- Documentazione richiesta: ricetta medica sulla quale deve essere indicato dal professionista la quantità delle confezioni acquistabili, oppure di pugno dal medico la dicitura "ripetitivo" ovvero "per un periodo di..." o frasi equipollenti.

- La documentazione dovrà essere corredata da :

- scontrino fiscale;
- scontrino cosiddetto "parlato" su cui appare il dettaglio dei medicinali acquistati. In sua assenza, l'originale di tutte le fustelle recanti nome ed importo unitario del farmaco;
- timbro, sulla ricetta, della Farmacia presso la quale s'è effettuato l'acquisto;

- la documentazione deve essere prodotta, anche alla presenza di più scontrini fiscali, entro il 90° giorno dalla data di emissione della ricetta.

esclusione: i medicinali che la scienza medica indica come “aiuti” nel campo della pratica sportiva.

2.6 -- Allattamento artificiale:

	gruppo “B”	gruppo “C”	gruppo “D”
Contributo per anno solare €:	500,00	600,00	700,00

BENEFICIARIO: Il nucleo familiare.

Il neonato dovrà essere iscritto al Fondo **entro 3 mesi dalla nascita** ed i contributi inizieranno dopo tale data.

Documentazione richiesta:

- prescrizione del medico - all'inizio dell'allattamento - che ne attesti la necessità;
- parte della confezione che riporta il tipo/marca del prodotto prescritto e/o scontrino “parlato” e relativo scontrino fiscale.

La documentazione deve essere prodotta entro il 90° giorno dalla data di emissione dello scontrino fiscale.

2.7 -- Protesi acustiche, oculistiche e laringofono:

	gruppo “B”	gruppo “C”	gruppo “D”
Contributo percentuale del:	55%	60%	70%
Massimale per anno solare €:	400,00	500,00	650,00

BENEFICIARIO: Il nucleo familiare.

Documentazione richiesta:

- prescrizione del medico specialista e fatture o ricevute fiscalmente valide, da produrre entro il 90° giorno dalla data di emissione.
-

2.8 -- Cure odontoiatriche:

	gruppo "B"	gruppo "C"	gruppo "D"
Contributo percentuale del:	70%	70%	70%
Massimale per anno solare €:	450,00	500,00	650,00

Solamente per gli Iscritti anche ad altra forma assicurativa:

Contributo percentuale del:	70%	70%	70%
Massimale per anno solare €:	700,00	775,00	900,00

Franchigia: per le due categorie € 250,00 per sinistro

BENEFICIARIO: *il nucleo familiare*

- Documentazione richiesta: documenti di spesa (fatture o ricevute) fiscalmente validi, da produrre entro il 90° giorno dalla data della loro emissione.

2.9 – Apparecchi ortodontici:

	gruppo "B"	gruppo "C"	gruppo "D"
Contributo percentuale del:	40%	50%	60%
Massimale per anno solare €:	500,00	600,00	700,00

Solamente per gli Iscritti anche ad altra forma assicurativa:

Contributo percentuale del:	40%	50%	60%
Massimale per anno solare €:	600,00	750,00	900,00

BENEFICIARIO: *il nucleo familiare*

- Documentazione richiesta: documenti di spesa (fatture o ricevute) fiscalmente validi, da produrre entro il 90° giorno dalla data della loro emissione

2.10 -- Protesi odontoiatriche:

	gruppo "B"	gruppo "C"	gruppo "D"
Contributo percentuale del:	70%	70%	70%
Massimale per anno solare €:	625,00	875,00	1000,00

Solamente per gli Iscritti anche ad altra forma assicurativa:

Contributo percentuale del:	70%	70%	70%
Massimale per anno solare €:	850,00	1200,00	1350,00

Franchigia: per le due categorie €. 250,00 per sinistro

BENEFICIARIO: il nucleo familiare.

- Documentazione richiesta: documenti di spesa (fatture o ricevute) fiscalmente validi, da produrre entro il 90° giorno dalla data della loro emissione.

2.11-- Trattamenti fisioterapici e riabilitativi conseguenti a infortunio o malattia. Cure fisiche di massoterapia, magnetoterapia, laserterapia, sclerosanti per varici, terapia osteopatica, terapia antalgica e chiropratica, agopuntura :

	gruppo "B"	gruppo "C"	gruppo "D"
Contributo percentuale del (con franchigia 20%, minimo €. 100 per ogni ciclo di terapia *)	55%	60%	70%
Massimale per anno solare €:	600,00	700,00	850,00

BENEFICIARIO: Il nucleo familiare.

- Documentazione richiesta: premesso che nessuna fattura relativa a trattamenti fisioterapici o a cure fisiche al di fuori di quelle sopra specificate saranno ammesse a contributo, le domande devono essere corredate da:

- prescrizione del medico di base o medico specialista dalla quale risulti lo stato patologico in atto, il tipo di cura ed un numero indicativo di sedute da effettuare o il periodo approssimativo della cura stessa;
- regolare fattura o ricevuta relativa alla patologia trattata, specificata nel documento di spesa rilasciata da personale medico o paramedico in possesso di idonea specializzazione;
- il documento, fiscalmente valido, deve essere prodotto entro il 90° giorno dalla data di emissione.

* La validità della prescrizione medica non può superare i sei mesi.

NB: le fatture o ricevute rilasciate da Centri o Istituti privati devono indicare il nome del Direttore Sanitario

2.12 – Diaria sostitutiva giornaliera per ricoveri:

(vedi anche punto 1.3)

Qualora le spese di ricovero, di cui alle voci sub 1.1 e 1.2 della presente tabella, siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, sarà corrisposta un'indennità giornaliera:

	gruppo "B"	gruppo "C"	gruppo "D"
per ricoveri in Provincia(*): di €	20,00	25,00	30,00
per ricoveri fuori Provincia(*): di €	80,00	90,00	100,00

- **Per gli Iscritti e loro familiari di età inferiore agli 80 anni:**
(per un massimo di 25 giorni e con franchigia assoluta di sette giorni e per anno assicurativo).
- **Per gli Iscritti e loro familiari di età superiore agli 80 anni:**
(per un massimo di 60 giorni e con franchigia assoluta di sette giorni e per anno solare).

(altri interventi della specie sono previsti a pag. 3, punto 1.3)

BENEFICIARIO: *Il nucleo familiare.*

- Documentazione richiesta: *copia, resa conforme, della cartella clinica o, in sua sostituzione, dichiarazione del reparto dell'Ospedale e/o Clinica con indicata la diagnosi, i giorni di degenza e la firma del responsabile da produrre entro 1 anno dalla data di fine ricovero.*

Note: a) nel caso di più ricoveri effettuati dal medesimo iscritto e resi necessari dalla stessa malattia od

infortunio, la franchigia è applicata una sola volta, in occasione del primo ricovero.

b) sono esclusi dalle diarie i ricoveri per "lungodegenza".

* *La condizione "in Provincia" o "fuori Provincia" si determina con la difformità fra residenza del Socio e ubicazione geografica dell'Istituto di cura.*

2.13 -- Cure psicoterapiche, psicanalitiche:

	gruppo "B"	gruppo "C"	gruppo "D"
Contributo percentuale del: <i>(con franchigia del 20%, minimo €. 100, per ciclo di terapia*)</i>	50%	60%	70%
Massimale per anno solare €:	600,00	700,00	800,00

BENEFICIARIO: *il nucleo familiare*

- Documentazione richiesta:
- *prescrizione del medico specialista (neurologo, psichiatra, neuropsichiatra) o del medico di base, dalla quale risulti la necessità delle cure;*
- *documento di spesa (fatture o ricevute) fiscalmente valido, rilasciate da psichiatri, neurologi, psicologi, psicanalisti dalla quale risulti il periodo di cura pagato;*
- *la documentazione richiesta deve essere prodotta entro 90 giorni dalla data della fattura.*

* la validità della prescrizione medica non può superare i sei mesi.

2.14 – Day Hospital: per la sola degenza e per trattamenti terapeutici resisi necessari a seguito di infortunio o malattia

	gruppo "B"	gruppo "C"	gruppo "D"
Indennità giornaliera omnicomprensiva di €: (con franchigia assoluta di sette giorni)	20,00	25,00	30,00
Massimale per anno solare €:	300,00	500,00	700,00

BENEFICIARIO: il nucleo familiare

Documentazione richiesta: copia resa conforme della cartella clinica e/o certificazione dell'Ospedale o Casa di cura da cui risulti il periodo di ricovero. La documentazione deve essere prodotta **entro 90 giorni dalla data di fine ciclo ricoveri.**

Esclusioni: sono esclusi i ricoveri aventi caratteristiche di soggiorno, quelli in case di riposo, medical Hotel e consimili.

2.15 – Assistenza infermieristica a domicilio:

	gruppo "B"	gruppo "C"	gruppo "D"
Contributo massimo per anno solare di €: (con franchigia del 20%, minimo €. 35 per ricevuta o fattura*)	1.500,00	1.800,00	2.300,00

BENEFICIARIO: il nucleo familiare

Documentazione richiesta:

- certificazione medica attestante lo stato patologico e la necessità dell'assistenza infermieristica domiciliare;
- regolare ricevuta e/o fattura rilasciata da personale infermieristico fornito di specifico patentino o da Centri o Società specializzati per l'assistenza del malato. (del patentino infermieristico va comunicato il numero, la data di rilascio e l'Ente che lo ha emesso).

La documentazione deve essere prodotta **entro 90 giorni dalla data della ricevuta e/o fattura di spesa.**

* Nota: non sono considerate assistenza domiciliare le periodiche misurazioni della pressione arteriosa, l'esecuzione di iniezioni, ecc.

La validità della certificazione medica non può superare i sei mesi.

