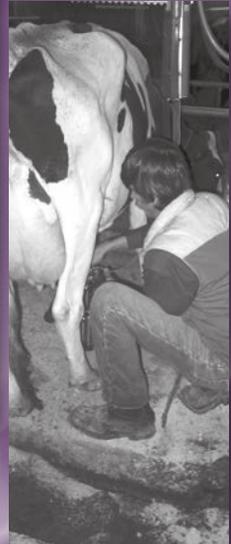
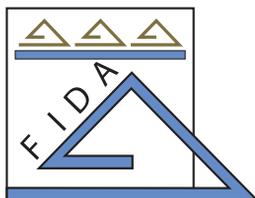


FONDO INTEGRATIVO SANITARIO dei **Dipendenti** associazioni **Allevatori**

PRESTAZIONI SANITARIE

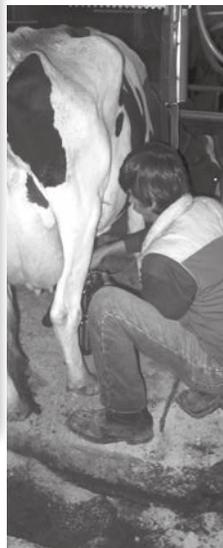




FONDO INTEGRATIVO SANITARIO

dei **Dipendenti** associazioni **Allevatori**

PRESTAZIONI SANITARIE



Per tutti gli iscritti vengono garantite le seguenti prestazioni assistenziali valide per l'iscritto, il coniuge o il convivente «more uxorio» ed i figli fino a 26 anni
Qui di seguito vengono descritte le singole prestazioni e le misure delle stesse.

Avvertenza: le coperture assicurative sono soggette a limitazioni ed esclusioni che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Si rinvia all'estratto del regolamento del Fondo negli articoli **“termini di aspettativa”** e **“delimitazioni dell'assicurazione”** per gli aspetti di dettaglio. Le suddette coperture sono prestate con specifici scoperti, massimali e franchigie che sono di seguito riportate.

INDICE

A - Garanzia obbligatoria – “Formula A”	pag.	7
A.1) Intervento chirurgico	“	7
A.2) Visite specialistiche, analisi ed esami diagnostici di laboratorio, terapie	“	9
A.3) Infortunio sul lavoro	“	10
A.4) Garanzia per stati di non autosufficienza	“	12
A.5) Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero	“	15
B - Garanzia facoltativa malattia/infortuni “Formula B”	“	17
B) Grande intervento chirurgico	“	17
C - Garanzia facoltativa malattia/infortuni – “Formula C”	“	20
C) Ricovero ospedaliero	“	20
D - Garanzia sostitutiva malattia/infortuni – “Formula D”	“	22
D.1) Ricovero ospedaliero	“	22
D.2) Spese “extra ricovero” di alta diagnostica	“	26
D.3) Visite specialistiche, analisi di laboratorio ed esami diagnostici	“	27
Estratto del regolamento	“	28
Informativa ai sensi dell’art. 23 Del d.Lgs 196/2003	“	36

Al centro del libretto “Modulo di rimborso per la richiesta di prestazioni”

A - Garanzia obbligatoria – “Formula A”

Prestazioni sanitarie a seguito di malattia / infortunio / parto

A.1) INTERVENTO CHIRURGICO

Il F.I.D.A. garantisce in caso di “intervento chirurgico” effettuato in Istituto di cura pubblico o privato:

- a)** Il rimborso delle spese effettivamente sostenute dall'iscritto per se stesso o per i propri familiari per:
- le spese per i relativi accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati anche al di fuori dell'Istituto di Cura o in ambulatorio nei 90 (novanta) giorni precedenti il ricovero;
 - le spese per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento);
 - le 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;
 - rette di degenza;
 - il trasporto in ambulanza all'Istituto di cura e viceversa.;
 - le spese rese necessarie dalla malattia o infortunio che ha determinato l'intervento, sostenute per esami, per l'acquisto di medicinali, per prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche nonché per trattamenti fisioterapici e rieducativi e per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 90 (novanta) giorni successivi al ricovero stesso;
 - le spese conseguenti al parto non cesareo ed aborto naturale ferme le carenze previste ma con un limite di indennizzo di **Euro 1.033,00** (mille-trentatre/00) per anno e per nucleo familiare assicurato e con l'applicazione di uno scoperto del 25%.

Tali garanzie vengono prestate fino alla concorrenza di **Euro 13.000,00** (tre-

dicimila/00) da ritenersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

N.B.:

- 1)** Qualora l'Isritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale la garanzia varrà, per le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a suo carico, nella misura del 100%;
- 2)** Qualora l'Isritto ritenga di non avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, e scelga di ricoverarsi in Istituto di cura privato oppure in reparto non convenzionato di un ospedale pubblico, il F.I.D.A. rimborserà le spese descritte al punto "a" nella misura dell'65% di quelle effettivamente sostenute e documentate. Il capitale massimo disponibile per ciascun anno e per ogni nucleo familiare è quello sopra indicato.

Il rimborso verrà effettuato anche qualora dopo un ricovero che preveda l'intervento chirurgico e prima dell'intervento stesso avvenga il decesso dell'Assicurato.

Esempio: Un operaio nostro Isritto a seguito di un infortunio, regolarmente indennizzabile, riporta la lesione del menisco al ginocchio destro. Decide di farsi operare dal medico di sua fiducia presso un Istituto di cura privato.

All'atto delle dimissioni l'Isritto paga **Euro 4.000,00** (quattromila/00) a fronte dell'intervento subito.

Il rimborso delle spese sostenute viene così effettuato:

A **Euro 4.000,00** (quattromila/00) si applica lo scoperto del 35%, che ammonta a **Euro 1.400,00** (millequattrocento/00); l'Isritto riceverà **Euro 2.600,00** (duemilaseicento/00).

- b)** Nel caso in cui il ricovero e le spese sanitarie conseguenti siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, e non venga pertanto richiesto alcun rimborso in base al precedente punto "a", il F.I.D.A. corrisponderà per ciascuna giornata di degenza, per un massimo di 90 (novanta) pernottamenti per nucleo familiare ed anno assicurativo, un rimborso forfettario di **Euro 40,00**

(quaranta/00) per i primi 10 (dieci) pernottamenti e di **Euro 52,00** (cinquantadue/00) per i successivi pernottamenti.

Esempio: Un operaio nostro Iscritto a seguito di una malattia oncologica subisce un ricovero “con intervento chirurgico”, a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, per un periodo totale di 13 (tredici) giorni [12 (dodici) pernottamenti].

Il rimborso della diaria ospedaliera viene così calcolata:

- **Euro 40,00** (quaranta/00) × 10 (dieci) = **Euro 400,00** (quattrocento/00);
- **Euro 52,00** (cinquantadue/00) × 2 (due) = **Euro 104,00** (centoquattro/00);
- **Totale rimborso: Euro 504,00** (cinquecentoquattro/00).

A.2) VISITE SPECIALISTICHE, ANALISI ED ESAMI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO, TERAPIE

Il F.I.D.A. garantisce il rimborso fino alla concorrenza di complessive **Euro 1.033,00** (milletrentatre/00), da ritenersi come disponibilità unica per ciascuno anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato, delle spese sanitarie, domiciliari o ambulatoriali, rese necessarie da malattia o infortunio, sostenute per le seguenti prestazioni:

- onorari medici per visite specialistiche, escluse comunque le visite pediatriche, 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;
- spese extra ospedaliere per: Chemioterapia; Cobaltoterapia; Laserterapia.

Il rimborso di tali spese è effettuato con una deduzione del 20% e con un minimo non indennizzabile di **Euro 50,00** (cinquanta/00) per ogni visita, per ogni insieme di analisi ed esami diagnostici di laboratorio ed esami radio diagnostici effettuati a seguito di un'unica prescrizione medica, fermo il limite massimo annuo di **Euro 1.033,00** (milletrentatre/00) su stabilito.

Le visite specialistiche sono rimborsabili se dalla documentazione inviata risulta inequivocabilmente il titolo di specializzazione del medico chirurgo che ha effettuato la visita e purché giustificate da prescrizione del medico di base.

Sarà ammessa l'assenza della prescrizione del medico di base soltanto nei casi di provata urgenza, patologia in atto ed assicurato fuori sede.

Nessun rimborso è quindi previsto per le prestazioni di medicina generica.

Esempio: Un impiegato nostro Iscritto, a seguito di una presunta malattia, necessita di una visita specialistica per accertare la diagnosi.

La spesa da lui sostenuta è pari a **Euro 400,00** (quattrocento/00) che viene pagata dall'Iscritto stesso.

Il F.I.D.A. rimborserà all'Iscritto la cifra di **Euro 320,00** (trecentoventi/00) in quanto viene applicato lo scoperto del 20% [**Euro 80,00** (ottanta/00)].

N.B.:

qualora la spesa sostenuta sia inferiore e/o uguale a **Euro 150,00** (centocinquanta/00) verrà applicata, per ciascuna prestazione, la franchigia di **Euro 30,00** (trenta/00) in quanto lo scoperto del 20% non raggiunge il minimo non indennizzabile.

A.3) INFORTUNIO SUL LAVORO **(Garanzie previste per i soli iscritti titolari, esclusi i familiari)**

OGGETTO DELLA GARANZIA

Per infortunio sul lavoro si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili e che l'assicurato subisce nello svolgimento delle attività professionali principali.

PERSONE ASSICURATE

La copertura assicurativa è valida per tutti gli Iscritti al F.I.D.A. titolari di po-

lizza (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”.

SOMMA ASSICURATA

- a) In caso di terapie riabilitative: Euro 2.600,00** (duemilaseicento/00) per evento per spese sostenute nei 90 giorni successivi all'infortunio che non comporta intervento chirurgico ricostruttivo ma dal quale derivi un'invalidità permanente pari o superiore al 20%;
- b) In caso di morte: Euro 18.100,00** (diciottomilacento/00);
- c) In caso di invalidità permanente: fino a Euro 18.100,00** (diciottomilacento/00), con una franchigia relativa del 18%.

Nel caso in cui la percentuale di invalidità permanente accertata sia superiore al 18% 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 18%. Per gli infortuni che comportino dei postumi di invalidità superiori al 59% verrà liquidato il massimale d'invalidità permanente al 100%.

Esempio:

TABELLA				
% invalidità grado invalidità	importo singolo	importo calcolato	importo liquidato	Massimale
19	181,00	3.439,00	3.439,00	18.100,00
59	181,00	10.679,00	10.679,00	18.100,00
60	181,00	10.860,00	18.100,00	18.100,00

CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Per il solo lavoratore Iscritto (questa prestazione non vale per i familiari a carico) viene prevista una copertura a seguito d'infortunio sul lavoro, comprovati dal certificato di Pronto Soccorso e dalla copia di denuncia infortunio del datore di lavoro all'INAIL.

L'invalidità permanente deve essere certificata dall'ENPAIA e dall'INAIL

1° esempio: Un operaio nostro Iscritto rimane coinvolto in un grave infortunio sul lavoro:

Invalidità permanente accertata: 30%

Indennizzo da liquidare 30% (la franchigia relativa del 18% si azzerà), quindi il calcolo è:

Euro 18.100,00 (diciottomilacento/00) \times 30% = **Euro 5.430,00** (cinquemilaquattrocentotrenta/00).

2° esempio: Un operaio nostro Iscritto rimane coinvolto in un infortunio sul lavoro:

invalidità permanente accertata: 10%

Non viene liquidato alcun indennizzo in quanto l'invalidità permanente accertata risulta inferiore alla franchigia del 18% prevista dal regolamento del F.I.D.A.

A.4) GARANZIA PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA (Garanzia prevista per i soli iscritti titolari, esclusi i familiari)

OGGETTO DELLA GARANZIA

Il F.I.D.A. garantisce il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate per un valore massimo corrispondente alla somma garantita all'Iscritto quando questi si trovi, in un momento successivo alla data di decorrenza della polizza, in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo articolo "definizione dello stato di non autosufficienza", ed a condizione che tale stato di non autosufficienza sia stato originato da una delle seguenti patologie:

- Alzheimer;
- Ictus;
- Parkinson;
- Sclerosi Multipla;
- SLA;
- oppure sia stato originato da un Infortunio sul lavoro.

PERSONE ASSICURATE

La copertura assicurativa è valida per tutti gli Iscritti al F.I.D.A. titolari di polizza (sono esclusi i familiari), di età compresa tra 18 e 70 anni, che rispondono ai criteri di accettazione medica esposti all'articolo “condizioni di assicurabilità”.

CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Ai fini dell'operatività della garanzia gli Iscritti, al momento della data di effetto della propria copertura assicurativa, non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

- 1) avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi;
- 2) aver diritto, aver richiesto, o percepire una pensione di invalidità, o una rendita per incapacità permanente che corrisponda ad un livello di incapacità superiore al 25%;
- 3) presentare malattie, postumi di malattie o di infortuni precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale;
- 4) essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.

SOMMA ASSICURATA

Il rimborso massimo garantito, nel caso in cui l'Iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo “definizione dello stato di non autosufficienza”, corrisponde a **Euro 350,00** (trecentocinquanta/00) mensili, per una durata massima di 2 (due) anni.

DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Come previsto dall'articolo “oggetto della garanzia”, solo nel caso in cui lo

stato di non autosufficienza sia stato originato esclusivamente da una delle seguenti patologie: Sclerosi Multipla, Ictus, Alzheimer, SLA, Parkinson, infortunio sul lavoro, viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Iscritto il cui stato di salute venga giudicato "consolidato" e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di potere effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale);
- nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile);
- spostarsi (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio);
- vestirsi (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali);

e necessari in modo costante:

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

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Iscritto che sia affetto da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer; accertata da un referto medico redatto successivamente all'esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein) e necessari in modo costante:

- a)** di un soggiorno in ospedale psichiatrico riconosciuto dal Servizio Sanitario Nazionale;
- b)** dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio.

1° esempio: Un impiegato nostro l'Iscritto, a seguito di una malattia, perde completamente la vista da entrambi gli occhi. Questo fatto però non gli impedisce di continuare a compiere in maniera autonoma le attività ordinarie della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, spostarsi, nutrirsi), e pertanto la situazione in cui si trova a seguito della perdita totale della vista non giustifica l'attivazione della copertura assicurativa per "stati di non autosufficienza".

2° esempio: Un operaio nostro Iscritto rimane vittima di un incidente stradale particolarmente grave, che lo costringe ad uno stato tale da aver costantemente bisogno dell'assistenza di un'altra persona per effettuare servizi di cura al domicilio. Questo fatto gli impedisce oggettivamente di compiere in maniera autonoma l'attività ordinarie della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, spostarsi, nutrirsi).

In conseguenza di ciò si trova inoltre a dover sostenere spese sanitarie per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, prestazioni fisioterapiche.

Il F.I.D.A. rimborserà all'Isritto sia le spese sanitarie da lui sostenute che le spese necessarie per il compenso di una badante, sempreché giustificate da apposita fattura, in base a quanto disposto nella presente sezione A.4.

A.5) INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRA RICOVERO

In deroga a quanto previsto all'articolo “esclusioni dall'assicurazione”, il F.I.D.A. provvede al rimborso delle spese sostenute per gli interventi chirurgici, compresi quelli di implantologia dentale, conseguenti alle seguenti patologie:

- Adamantinoma;
- Ascenso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- Cisti follicolari;
- Cisti radicolari;
- Odontoma;
- Osteiti mascellari che coinvolgono almeno un terzo dell'osso.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione medica, contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione, che dovrà essere allegata alla seguente documentazione:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, adamantinoma, odontoma, ascenso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

Le spese sostenute vengono rimborsate con una deduzione del 20% e con un massimale annuo di **Euro 2.500,00** (duemilacinquecento/00) per nucleo familiare.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il F.I.D.A. rimborserà integralmente i ticket sanitari a suo carico.

Esempio: Un impiegato nostro Iscritto, a seguito di uno dei quesiti diagnostici o patologia su citata e regolarmente indennizzabile, necessita di un intervento odontoiatrico.

La spesa da lui sostenuta è pari a **Euro 2.000,00** (duemila/00) che viene pagata dall'Iscritto stesso.

Il F.I.D.A. rimborserà all'Iscritto la cifra di **Euro 1.600,00** (milleseicento/00), in quanto viene applicato lo scoperto del 20% [**Euro 400,00** (quattrocento/00)].



B-GARANZIA FACOLTATIVA MALATTIA/INFORTUNI "FORMULA B" (Tutti i dipendenti previsti nella garanzia obbligatoria)

Prestazioni sanitarie a seguito di malattia / infortunio

Per tutti i dipendenti delle associazioni allevatori Iscritti al F.I.D.A., oltre alle garanzie obbligatorie di cui alla "FORMULA A", vengono garantite le seguenti prestazioni, valide per l'Iscritto e i familiari a condizione che il medesimo versi la relativa contribuzione annua, aggiuntiva a quella di base, di **Euro 108,00** (centotto/00).

B) GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

Il F.I.D.A. garantisce in caso di "grande intervento chirurgico", come da elenco presente nel nostro sito www.fondofida.it, 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 (novanta) 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 (novanta) giorni successivi al ricovero stesso.

Tali garanzie sono prestate sino alla concorrenza di complessivi **Euro 40.000,00** (quarantamila/00), cumulabili con il massimale di **Euro 13.000,00** (tredicimila/00) previsto dalla **“Formula A”** di base, da ritenersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

Nel caso in cui l'Isritto ritenga di non avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale e scelga di ricoverarsi in Istituto di cura privato oppure in reparto non convenzionato di un ospedale pubblico, il F.I.D.A. rimborserà le spese sopra elencate nella misura dell'75% di quelle effettivamente sostenute e documentate.

Il capitale massimo disponibile per ciascun anno e per ogni nucleo familiare è quello sopra indicato.

Limitatamente agli Isritti che hanno aderito alla “Formula B”:

- il massimale relativo alle visite specialistiche, analisi ed esami diagnostici di laboratorio e terapie, previsto al punto A.2 della “Formula A”, deve intendersi elevato ad **Euro 1.300,00** (milletrecento/00) fermo lo scoperto previsto;
- i pernottamenti previsti al punto A.1 lettera “b” della “Formula A” per l'erogazione dell'indennità giornaliera sostitutiva più elevata si intendono ridotti da 10 (dieci) ad 8 (otto) fermi i limiti temporali nel suddetto articolo.

Esempio: Un operaio nostro Isritto, a seguito di una malattia, deve effettuare un “grande intervento chirurgico” e decide di farsi operare dal medico di sua fiducia presso un Istituto di cura privato.

All'atto delle dimissioni l'Isritto paga **Euro 60.000,00** (sessantamila/00) a fronte dell'intervento subito.

Il rimborso delle spese sostenute viene così effettuato:

A **Euro 60.000,00** (sessantamila/00) si applica lo scoperto del 25% che ammonta a **Euro 15.000,00** (quindicimila/00) e, di conseguenza, viene calcolato l'importo di **Euro 40.000,00** (quarantamila/00) che corrisponde al massimale della "Formula B";

A **Euro 5.000,00** (cinquemila/00), che sono l'eccedenza del massimale su citato, si applica lo scoperto del 35% che ammonta a **Euro 1.750,00** (millesettecentocinquanta/00) e, di conseguenza, viene calcolato l'importo netto di **Euro 3.250,00** (tremiladuecentocinquanta/00).

Quindi l'Isritto riceverà il rimborso complessivo di **Euro 43.250,00** (quarantatremiladuecentocinquanta/00).



C-Garanzia facoltativa malattia/infortuni-“Formula C” (Tutti i Dipendenti Previsti Nella Garanzia Obbligatoria)

Prestazioni sanitarie a seguito di malattia / infortunio

Per tutti i dipendenti delle associazioni allevatori Iscritti al F.I.D.A., oltre alle garanzie obbligatorie di cui alla “**FORMULA A**”, vengono garantite le seguenti prestazioni, valide per l’Iscritto e i familiari a condizione che il medesimo versi la relativa contribuzione annua, aggiuntiva a quella di base, di **Euro 108,00** (centotto/00).

C) RICOVERO OSPEDALIERO

- a) Il F.I.D.A. garantisce in caso di “ricovero senza intervento chirurgico” che comporti un pernottamento continuativo superiore a 14 (quattordici) giorni, effettuato in Istituto di cura pubblico o privato, il rimborso delle spese effettivamente sostenute dall’Iscritto per se stesso o per i propri familiari per:
- i relativi accertamenti diagnostici effettuati anche al di fuori dell’Istituto di Cura o in ambulatorio nei 90 (novanta) giorni precedenti e successivi il ricovero;
 - le prestazioni sanitarie avvenute durante il ricovero, comprese le spese per la camera singola e l’assistenza infermieristica privata;
 - le rette di vitto e pernottamento dell’accompagnatore, fino alla concorrenza di **Euro 52,00** (cinquantadue/00) giornaliera, nell’Istituto di cura;
 - il trasporto in ambulanza all’Istituto di cura e viceversa.

Tali garanzie vengono prestate fino alla concorrenza di complessivi **Euro 5.165,00** (cinquemilacentosessantacinque/00) da ritenersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

N.B.:

- 1) Qualora l'Isritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale la garanzia varrà, per le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a suo carico, nella misura del 100%;
 - 2) Qualora l'Isritto ritenga di non avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, e scelga di ricoverarsi in Istituto di cura privato oppure in reparto non convenzionato di un ospedale pubblico, il F.I.D.A. rimborserà le spese su descritte nella misura dell'80% di quelle effettivamente sostenute e documentate. Il capitale massimo disponibile per ciascun anno e per ogni nucleo familiare è quello sopra indicato.
- b) Nel caso in cui il ricovero e le spese sanitarie conseguenti siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, e non venga pertanto richiesto alcun rimborso in base al precedente punto “a”, il F.I.D.A. corrisponderà per ciascuna giornata di degenza, per un massimo di 90 (novanta) pernottamenti per ogni persona, evento ed anno assicurativo, un rimborso forfettario di **Euro 39,00** (trentanove/00) per ogni pernottamento.

Esempio: Un operaio nostro Isritto a seguito di una malattia oncologica subisce un ricovero “senza intervento chirurgico”, a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, per un periodo totale di 10 (dieci) giorni [9 (nove) pernottamenti].

Il rimborso della diaria ospedaliera viene così calcolata:

Euro 39,00 (trentanove/00) × 9 (nove) = **Euro 351,00** (trecentocinquanta/00).

D- Garanzia sostitutiva malattia/infortuni-“Formula D” (Tutti i dipendenti previsti nelle garanzie obbligatorie e facoltative)

Prestazioni sanitarie a seguito di malattia / infortunio / parto

Per tutti i dipendenti delle associazioni allevatori Iscritti al F.I.D.A., in sostituzione della garanzia obbligatoria “**FORMULA A**” (senza possibilità d’integrazione con la “Formula B” e con la “Formula C”), vengono garantite le seguenti prestazioni, valide per l’Iscritto ed i familiari a condizione che il medesimo versi la relativa contribuzione annua che varia in base all’età anagrafica del dipendente e specificata nel successivo articolo 7 dell’estratto del regolamento (per i figli non fiscalmente a carico ma conviventi dovrà essere corrisposta un’ulteriore integrazione).

DI) RICOVERO OSPEDALIERO

- a) Il F.I.D.A. garantisce in caso di “ricovero comportante intervento chirurgico” (compresi laser; crioterapia ecc), effettuato in Istituto di cura pubblico o privato, anche in regime di Day Hospital o ambulatoriale, il rimborso delle spese effettivamente sostenute dall’Iscritto per se stesso o per i propri familiari per:
- le spese per gli onorari del chirurgo, dell’aiuto, dell’assistente, dell’anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all’intervento, i diritti di sala operatoria e il materiale d’intervento (ivi compresi protesi anatomiche ed apparecchi terapeutici);
 - le spese per visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati anche al di fuori dell’Istituto di Cura nei 100 (cento) giorni precedenti il ricovero;
 - le spese per accertamenti diagnostici, medicinali, assistenza medica ed infermieristica, cure, sostenute durante il periodo di degenza;
 - le spese rese necessarie dalla malattia o infortunio che ha determinato l’intervento, sostenute per esami, per l’acquisto di medicinali, per prestazioni mediche nonché per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura

alberghiera) effettuati nei 100 (cento) giorni successivi al ricovero stesso o alla data dell'intervento ambulatoriale, sempreché conseguenti all'evento considerato;

- rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort od i bisogni non essenziali del degente) con il limite di **Euro 300,00** (trecento/00) al giorno;
- le spese per trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati durante il periodo di degenza e nei 100 (cento) giorni successivi al termine del ricovero stesso o alla data dell'intervento ambulatoriale, sempreché conseguenti all'evento considerato nonché effettuati e fatturati dall'Istituto di cura, da uno studio medico o da medico specialista;
- le spese per parto cesareo ed aborto terapeutico fino ad un massimo di **Euro 5.000,00** (cinquemila/00) per anno assicurativo e per nucleo familiare;
- le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule o ricevute, per il trasporto a e da Istituto di cura od ospedale e da un istituto di cura od ospedale ad un altro con i seguenti mezzi: treno, aereo, ambulanza, eliambulanza, in Italia ed all'estero, con un massimo di **Euro 2.000,00** (duemila/00) per anno e per nucleo familiare;
- le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule o ricevute, per il vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera (in Italia o all'estero) ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di **Euro 50,00** (cinquanta/00) per un massimo di 20 (venti) giorni per anno e per nucleo familiare;
- il rimborso delle spese funerarie, in caso di decesso dell'Assicurato, entro il limite di **Euro 1.500,00** (millecinquecento/00).

Sono inoltre garantite prestazioni per chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri, limitatamente a quelli effettuati:

- in caso di anisometropia superiore a 3 (tre) diottrie;
- in caso di deficit visivo pari o superiore a 5 (cinque) diottrie per ciascun occhio con il limite di **Euro 500,00** (cinquecento/00) per ciascun occhio.

b) Il F.I.D.A. garantisce in caso di “ricovero senza intervento chirurgico” e per “parto fisiologico”, effettuato in Istituto di cura pubblico o privato, anche il rimborso delle spese effettivamente sostenute dall'Isritto per se stesso o per i propri familiari per:

- le spese per visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati anche al di fuori dell'Istituto di Cura nei 100 (cento) giorni precedenti il ricovero;
- le spese per accertamenti diagnostici, medicinali, assistenza medica ed infermieristica, cure, sostenute durante il periodo di degenza;
- le spese per visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati nei 100 (cento) giorni successivi il ricovero sempreché siano resi indispensabili dall'evento considerato;
- rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort od i bisogni non essenziali del degente) con il limite di **Euro 300,00** (trecento/00) al giorno;
- le spese per parto fisiologico fino ad un massimo di **Euro 2.500,00** (duemilacinquecento/00) per anno assicurativo e per nucleo familiare;
- le spese per il Day Hospital, comprese terapie mediche, visite ed accertamenti diagnostici, medicinali, pertinenti a malattia o infortunio, escluso il controllo;
- le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule o ricevute, per il trasporto a e da Istituto di cura od ospedale e da un istituto di cura od ospedale ad un altro con i seguenti mezzi: treno, aereo, ambulanza, eliambulanza, in Italia ed all'estero, con un massimo di **Euro 2.000,00** (duemila/00) per anno e per nucleo familiare;
- le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule o ricevute, per il vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera (in Italia o all'estero) ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di **Euro 50,00** (cinquanta/00) per un massimo di 20 (venti) giorni per anno e per nucleo familiare;
- il rimborso delle spese funerarie, in caso di decesso dell'Assicurato, entro il limite di **Euro 1.500,00** (millecinquecento/00).



N.B.:

- 1) Qualora l'Isritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale la garanzia varrà, per le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a suo carico, nella misura del 100%;
- 2) Qualora l'Isritto ritenga di non avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, e scelga di ricoverarsi in Istituto di cura privato oppure in reparto non convenzionato di un ospedale pubblico, il F.I.D.A. rimborserà le spese descritte al punto “a” e “b” applicando una deduzione del 10% e con un minimo non indennizzabile di:
 - **Euro 600,00** (seicento/00) in caso di ricovero con intervento chirurgico;
 - **Euro 1.000,00** (mille/00) in caso di ricovero senza intervento chirurgico.

Le franchigie di cui sopra operano in aggiunta alle limitazioni previste per le rette di degenza su specificate.

Limitatamente alle prestazioni per la chirurgia refrattaria ed i trattamenti ad eccimeri non verrà applicata alcuna franchigia.

Tali garanzie vengono prestate fino alla concorrenza di complessivi **Euro 200.000,00** (duecentomila/00) da ritenersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

Per gli altri familiari, a carico e non, per i quali è stato corrisposto il premio aggiuntivo previsto, il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza della somma di **Euro 25.000,00** (venticinquemila/00) da intendersi come massimale separato ed aggiuntivo a quello di **Euro 200.000,00** (duecentomila/00) di cui sopra per ciascun anno assicurativo e per ciascuno dei familiari assicurati.

- 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 ai precedenti punti “a” e “b”, il F.I.D.A. corrisponderà per ciascuna giornata di degenza, per un massimo di 300 (trecento) pernottamenti per nucleo familiare ed anno assicurativo, un rimborso forfettario di **Euro 100,00** (cento/00) per ogni pernottamento.

D.2) SPESE “EXTRA RICOVERO” DI ALTA DIAGNOSTICA

Il F.I.D.A. garantisce il rimborso fino alla concorrenza di complessive **Euro 5.000,00** (cinquemila/00), da ritenersi come disponibilità unica per ciascuno anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato, delle spese sanitarie sostenute per le seguenti prestazioni:

- Amniocentesi e prelievo villi coriali;
- Angiografia;
- Angiografia digitale;
- Arteriografia digitale;
- Biopsia;
- Broncoscopia;
- Cistografia;
- Colonscopia;
- Coronarografia;
- Cure delle malattie neoplastiche (cobaltoterapia, chemioterapia, radioterapia ecc.);
- Cure dentarie rese necessarie da infortunio, adeguatamente documentate, effettuate ambulatorialmente;
- Diagnostica radiologica;
- Dialisi
- Doppler;
- Duodenoscopia;
- Ecocardiogramma;
- Ecodoppler;
- Ecografia;
- Elettroencefalografia;
- Esofagoscopia;
- Gastroscopia;
- M.O.C.;
- Mammografia;
- Radionefrogramma;
- Rettoscopia;
- Risonanza Magnetica Nucleare;

- Scintigrafia;
- Tac;
- Telecuore;
- Trattamenti fisioterapici effettuati e fatturati dall'Istituto di cura, da uno studio medico o da medico specialista;
- Uroflussometria;
- Urografia;

Il rimborso di tali spese è effettuato con una deduzione del 20% e con un minimo non indennizzabile di **Euro 50,00** (cinquanta/00) per evento mentre i Ticket saranno rimborsati al 100%, fermo il limite massimo annuo di **Euro 5.000,00** (cinquemila/00) su stabilito.

D.3) VISITE SPECIALISTICHE, ANALISI DI LABORATORIO ED ESAMI DIAGNOSTICI

Il F.I.D.A. garantisce il rimborso fino alla concorrenza di complessive **Euro 2.000,00** (duemila/00), da ritenersi come disponibilità unica per ciascuno anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato, delle spese sanitarie sostenute per le seguenti prestazioni:

- onorari medici per visite e prestazioni specialistiche (escluse comunque le visite odontoiatriche, ortodontiche, nonché i trattamenti fisioterapici);
- analisi di laboratorio ed esami diagnostici (ivi compresi gli onorari medici), purché giustificati da prescrizione medica;

Il rimborso di tali spese è effettuato con una deduzione del 20% e con un minimo non indennizzabile di **Euro 40,00** (quaranta/00) per evento mentre i Ticket saranno rimborsati al 100%, fermo il limite massimo annuo di **Euro 2.000,00** (duemila/00) su stabilito.

Le visite specialistiche sono rimborsabili se dalla documentazione inviata risulta inequivocabilmente il titolo di specializzazione del medico chirurgo che ha effettuato la visita e purché giustificate da patologia presunta o accertata.

Nessun rimborso è quindi previsto per le prestazioni di medicina generica.

ESTRATTO DEL REGOLAMENTO

Articolo 1 - Scopi

Il F.I.D.A., che ha sede a Roma in Via Flavia 3, ha lo scopo di assicurare ai lavoratori delle associazioni allevatori 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.

Articolo 2 – Categorie assistite

Sono iscritti al F.I.D.A. i Dirigenti, i Consiglieri, i Direttori non dirigenti ed i Dipendenti delle associazioni allevatori.

Articolo 3 – Iscrizione al fondo: decorrenza, cessazione

Sono iscritti al F.I.D.A., in “**Formula A**”, “**Formula A+B**”, “**Formula A+C**”, “**Formula A+B+C**”, “**Formula D**” i dipendenti ai quali si applica il relativo CCNL.

Se questi lavoratori saranno assunti durante l'anno, l'iscrizione decorrerà dal primo giorno del mese successivo alla data di assunzione (**salvo disdetta scritta**) e la contribuzione andrà versata in dodicesimi.

Qualora l'iscritto non volesse aderire al F.I.D.A. l'azienda dovrà inviare, nei termini di 30 (trenta) giorni dalla stessa data di assunzione, copia della disdetta scritta su propria carta intestata e sottoscritta dal dipendente. Se il dipendente non intenderà rinnovare la propria iscrizione al Fondo dovrà dare comunicazione almeno 6 (sei) mesi prima con lettera raccomandata al Fondo e all'Associazione Allevatori.

N.B. L'iscrizione al F.I.D.A., alla quale è subordinata l'erogazione delle prestazioni, decorre dalle ore 0 del primo giorno per il quale il datore di lavoro ha versato la contribuzione. Fermo quanto previsto al seguente art. 10 “termini di aspettativa”.

In caso di cessazione del rapporto di lavoro o di pensionamento, il diritto

alle prestazioni cessa alle ore 24 della fine del mese dell'ultima contribuzione versata.

Articolo 4 – Persone assicurate

Il F.I.D.A. eroga le prestazioni sanitarie previste dal regolamento per le sotto indicate persone:

- i Dipendenti ed i Dirigenti che facciano espressa richiesta di essere inseriti in copertura;
- il coniuge, anche non fiscalmente a carico (anche non convivente purchè non separato legalmente) o convivente “more uxorio”;
- i figli conviventi fiscalmente a carico (art.12 del TUIR così come previsto dal Dlgs 44/97) fino a 26 anni di età;
- i figli non conviventi, per i quali si verifichino le medesime condizioni reddituali previste per la sussistenza a carico fino a 26 anni di età.

È data la possibilità d'inserire in copertura anche i figli conviventi ma non fiscalmente a carico di età non superiore a 26 anni, purché per ciascuno di essi sia stato corrisposto il premio previsto.

La copertura assicurativa può essere estesa ai Consiglieri delle Associazioni Provinciali ed ai loro familiari – nei termini sopra indicati – che ne facciano esplicita richiesta, previa compilazione di questionario anamnestico da parte di tutti i singoli Assicurandi.

Sulla base delle dichiarazioni rilasciate, il Fondo si riserva la facoltà di prevedere appositi disciplinamenti del rischio o, in casi particolari, di non consentire l'ingresso in copertura.

La Contraente si impegna a fornire, all'atto della stipula del contratto, l'elenco dei Consiglieri e dei relativi familiari che avevano già aderito alla Formula D ed i relativi questionari anamnestici, qualora intendano confermare la loro adesione al Fondo.

Articolo 5 – Convivente more uxorio

È data facoltà al lavoratore di estendere la copertura, anziché al coniuge, al convivente more uxorio. A tale scopo il lavoratore dovrà comunicare per

iscritto, entro 60 (sessanta) giorni dall'inizio della prima annualità assicurativa o delle successive annualità, i dati anagrafici del convivente more uxorio. In sede di sinistro dovrà essere fornita adeguata documentazione che evidenzi lo stato di convivenza.

Articolo 6 – Consiglieri

Le garanzie previste per i Dirigenti possono essere concesse alle stesse condizioni normative ai Consiglieri delle Associazioni provinciali previa compilazione di questionario anamnestico da parte di tutti i singoli Assicurandi.

Sulla base delle dichiarazioni rilasciate, il Fondo si riserva la facoltà di prevedere appositi disciplinamenti del rischio o, in casi particolari, di non consentire l'ingresso in copertura.

La garanzia sarà operante dal perfezionamento della appendice che inserisce in copertura i Consiglieri e i relativi familiari che ne hanno fatto richiesta e che il Fondo ha accettato, ferma la sottoscrizione degli eventuali disciplinamenti del rischio.

Articolo 7 – Contribuzione

La contribuzione dovuta al F.I.D.A. per aver diritto alle prestazioni, è determinata dalla contrattazione collettiva.

Il suo ammontare attuale è di:

Formula A: Euro 216,00 (duecentosedici/00) annue che è al 50% a carico del datore di lavoro e al 50% a carico del dipendente.

Formula A+B: Euro 376,00 (trecentosettantasei/00) annue così ripartite:

- **Euro 108,00** (centootto/00) a carico del datore di lavoro;
- **Euro 268,00** (duecentosessantotto/00) a carico del dipendente.

Formula A+C: Euro 268,00 (duecentosessantotto/00) annue che:

- **Euro 108,00** (centootto/00) a carico del datore di lavoro;
- **Euro 160,00** (centosessanta/00) a carico del dipendente.

Formula A+B+C: Euro 428,00 (quattrocentoventotto/00) annue che:

- **Euro 108,00** (centootto/00) a carico del datore di lavoro;
- **Euro 320,00** (trecentoventi/00) a carico del dipendente.

Formula D60: Dirigenti, Consiglieri, Direttori non dirigenti e Dipendenti - Euro 840,00 (ottocentoquaranta/00) annue che:

- **Euro 400,00** (quattrocento/00) a carico del datore di lavoro ed **Euro 440,00** (quattrocentoquaranta/00) a carico del Dirigente o Consigliere;
- **Euro 250,00** (duecentocinquanta/00) a carico del datore di lavoro ed **Euro 590,00** (cinquecentonovanta/00) a carico del Direttore non dirigente;
- **Euro 108,00** (centootto/00) a carico del datore di lavoro ed **Euro 732,00** (settecentotrentadue/00) a carico dell'impiegato.

Altresì per i figli non fiscalmente a carico, ma conviventi, sarà possibile accumularli alla polizza del titolare mediante un ulteriore pagamento annuo aggiuntivo di **Euro 270,00** (duecentosettanta/00) per ciascun figlio.

Formula D70: Dirigenti, Consiglieri, Direttori non dirigenti e Dipendenti - Euro 1.040,00 (millequaranta/00) annue che:

- **Euro 400,00** (quattrocento/00) a carico del datore di lavoro ed **Euro 640,00** (seicentoquaranta/00) a carico del Dirigente o Consigliere;
- **Euro 250,00** (duecentocinquanta/00) a carico del datore di lavoro ed **Euro 790,00** (settecentonovanta/00) a carico del Direttore non dirigente;
- **Euro 108,00** (centootto/00) a carico del datore di lavoro ed **Euro 932,00** (novecentotrentadue/00) a carico dell'impiegato.

Altresì per i figli non fiscalmente a carico, ma conviventi, sarà possibile accumularli alla polizza del titolare mediante un ulteriore pagamento annuo aggiuntivo di **Euro 338,00** (trecentotrentotto/00) per ciascun figlio.

Formula D75: Dirigenti, Consiglieri, Direttori non dirigenti e Dipendenti - Euro 1.080,00 (milleottanta/00) annue che:

- **Euro 400,00** (quattrocento/00) a carico del datore di lavoro ed **Euro 680,00** (seicentoottanta/00) a carico del Dirigente o Consigliere;
- **Euro 250,00** (duecentocinquanta/00) a carico del datore di lavoro ed **Euro 830,00** (ottocentotrenta/00) a carico del Direttore non dirigente;

- **Euro 108,00** (centootto/00) a carico del datore di lavoro ed **Euro 972,00** (novecentosettantadue/00) a carico dell'impiegato.

Altresì per i figli non fiscalmente a carico, ma conviventi, sarà possibile accumularli alla polizza del titolare mediante un ulteriore pagamento annuo aggiuntivo di **Euro 350,00** (trecentocinquanta/00) per ciascun figlio.

Articolo 8 – Richiesta delle prestazioni

La richiesta delle prestazioni deve essere inoltrata al F.I.D.A. entro i seguenti termini:

- 2 anni dall'evento;
- 2 anni dal giorno della morte e/o dell'infortunio.

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

Articolo 9 – Documentazione occorrente

La documentazione da presentare per ottenere il rimborso delle spese sostenute e garantite dal F.I.D.A. è specificata nel “modulo di rimborso per la richiesta di prestazioni” presente nel nostro sito www.fondofida.it

Articolo 10 – 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);

- da infortuni 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 esclusi dall'assicurazione:

- le cure e gli interventi per l'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; relativamente a queste ultime e limitatamente agli infortuni professionali certificati ENPAIA e subiti dal Capofamiglia dipendente, le stesse vengono comprese in garanzia con un limite di Euro 3.100,00 (tremilacento) per anno assicurativo;
- 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;
- visite ginecologiche in gravidanza non necessariamente da malattia.

Articolo 11 – Limiti di età

Il limite di età è stabilito in 70 anni di età. La garanzia cessa dalla prima scadenza dell'annualità assicurativa successiva al compimento del 70° anno di età.

I dipendenti che sono inseriti in copertura da almeno 3 anni, al raggiungimento del 70° anno di età, possono richiedere di permanere in copertura fino al 75° anno di età, purché la convenzione sia ancora in vigore, previa presentazione di un certificato di buono stato di salute redatto dal medico di base.

Il Fondo si riserva di valutare tale certificato e di consentire o meno la prosecuzione della copertura.

Articolo 12 – Termini di aspettativa

L'assicurazione prende effetto dalle ore 24:

- dal 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, l'aborto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio.

In caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

Articolo 13 – Prestazioni erogate dal S.S.N. In ambito di strutture intramoenia

Le prestazioni connesse con ricoveri, con prestazioni di medici e/o di tipo specialistico extraospedaliero, erogate dal S.S.N. in ambito di strutture Intra-moenia, sono equiparate a tutti gli effetti a prestazioni private e, pertanto, sono soggette alle relative franchigie e scoperti previsti nel presente regolamento per le prestazioni private.

Articolo 14 – Norme di legge

Per tutto quanto non espressamente stabilito dal regolamento valgono le norme di legge.

Articolo 15 – Validità territoriale

La validità territoriale è riconosciuta in tutto il Mondo.

Articolo 16 – Controlli

Il F.I.D.A. al fine di accertare il diritto dell'iscritto alle prestazioni si riserva la facoltà di esercitare ogni controllo ed ogni accertamento tramite medici di propria fiducia o istituzioni pubbliche o private. Il rifiuto di presentare la documentazione richiesta o l'opposizione agli eventuali accertamenti decisi dal F.I.D.A. comportano la decadenza del diritto alle prestazioni.



INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 23 DEL D.LGS 196/2003

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che i dati da Lei forniti, o rilevati dagli elenchi anagrafici pubblicati dall'I.N.P.S. ai sensi della legislazione in vigore, vengono trattati per il fine esclusivo della gestione del rapporto contrattuale. Il conferimento dei dati è dunque strettamente funzionale all'instaurazione di tale rapporto, il quale senza i dati richiesti potrebbe non essere, in tutto o in parte, eseguito.

I dati saranno trattati con modalità e procedure effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici necessari per il fine indicato, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza. Potranno essere conosciuti da nostri collaboratori specificatamente autorizzati a trattarli in qualità di responsabili o incaricati, di volta in volta individuati e coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni e comunque in conformità alle istruzioni ricevute; l'elenco di tali collaboratori, costantemente aggiornato, potrà essere da Lei conosciuto gratuitamente facendo specifica richiesta al Fondo.

I suoi dati personali saranno custoditi e controllati con misure di sicurezza adeguate a ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, accesso non autorizzato, trattamento illecito.

I suoi dati non sono soggetti a diffusione. Per lo svolgimento delle sue attività il Fondo può rivolgersi ad organismi esterni per l'effettuazione dell'attività di gestione assicurativa, anche mediante apposite convenzioni o per il servizio di elaborazione dati; il Fondo, inoltre, potrà rivolgersi ad Enti previdenziali e dai datori di lavoro. L'elenco delle Compagnie di assicurazioni e delle società per l'elaborazione dei dati è disponibile presso la sede del Fondo. A tali soggetti potranno essere comunicati i dati da Lei forniti: pertanto il consenso richiesto Le concerne anche il trattamento da costoro effettuato.

Lei ha diritto, in qualunque momento, di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati presso il Fondo, di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza o richiederne l'integrazione, l'aggiornamento o la rettificazione (art. 7, d.lgs 196/2003); ha inoltre il diritto di chiedere la cancella-

zione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati qualora trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento.

Il titolare del trattamento dati è il **F.I.D.A.**, con sede in Via Flavia, 3 – 00187 Roma

Il responsabile del trattamento è il **Sig. Angelo Coriddi**.

F.I.D.A.
Via Flavia, 3 - 00187 Roma