



F.I.L. Coop. Operai a tempo determinato (OTD) del settore delle Cooperative e dei Consorzi Agricoli

REGOLAMENTO

F.I.L. Coop.
Operai a tempo determinato (OTD) del settore delle
Cooperative e dei Consorzi Agricoli

Versione 2025



F.I.L. Coop. Operai a tempo determinato (OTD) del settore delle Cooperative e dei Consorzi Agricoli

Il Filcoop è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute dall'iscritto per:

(A) Garanzia obbligatoria

- ricovero in istituto di cura con e senza intervento chirurgico;
- day-hospital chirurgico;
- day-hospital medico e terapie ambulatoriali per cure oncologiche e per dialisi;
- intervento chirurgico ambulatoriale per dermatologia e per oculistica;
- alta specializzazione;
- trattamenti fisioterapici conseguenti a infortunio sul lavoro o a patologie specificatamente elencate (garanzia operante per il solo iscritto);
- interventi chirurgici odontoiatrici;
- garanzia per stati di non autosufficienza (garanzia operante per il solo iscritto);
- garanzia per infortuni sul lavoro (garanzia operante per il solo iscritto).

2. PERSONE ASSICURATE

Le prestazioni garantite dalla presente copertura sono prestate a favore degli Operai a tempo determinato (OTD) appartenenti al settore delle Cooperative e dei Consorzi Agricoli regolarmente iscritti al Filcoop e dei relativi nuclei familiari intendendo per tali il coniuge o il convivente "more uxorio" e figli fino a 26 anni di età, tutti risultanti dallo stato di famiglia dell'iscritto.

NB: Si precisa che la presente copertura può essere rinnovata fino al compimento del 26° anno di età del/della figlio/a, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza al compimento di tale età da parte del/della figlio/a.

(A) Garanzia obbligatoria

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CON E SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, DAY-HOSPITAL CHIRURGICO O PARTO CESAREO

Il Fondo, rimborsa le spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre-ricovero

Visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi compresi apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento.



F.I.L. Coop. Operai a tempo determinato (OTD) del settore delle Cooperative e dei Consorzi Agricoli

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o, nel caso di documentata impossibilità di questo a fornire la ricezione alberghiera, in struttura di accoglienza esterna, nel limite di € 52,00 al giorno.

f) Trasporto in ambulanza

Trasporto urgente all'istituto di cura e viceversa.

g) Post ricovero Esami, accertamenti diagnostici, visite specialistiche, trattamenti fisioterapici e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 180 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

NB: Nell'ambito di questo punto vengono ricomprese le biopsie effettuate sia in regime di ricovero o day-hospital, sia in regime ambulatoriale (in quest'ultimo caso sono incluse anche le spese ambulatoriali).

Il "Ricovero senza intervento chirurgico" (c.d. "ricovero medico") è in copertura qualora la degenza continuativa sia pari o superiore a 2 notti consecutive.

3.2 DAY-HOSPITAL MEDICO E PRESTAZIONI TERAPEUTICHE AMBULATORIALI IN ENTRAMBI I CASI ESCLUSIVAMENTE PER CURE ONCOLOGICHE E PER DIALISI

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

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

in regime di day-hospital o in regime ambulatoriale il Fondo rimborsa le spese per le prestazioni previste al punto "Ricovero in Istituto di cura con e senza intervento chirurgico" lett. a) "Pre-ricovero", c) "Assistenza medica, medicinali, cure, d) "Rette di degenza", g) "Post-ricovero".

In assenza di spese per le prestazioni sopraindicate, verrà riconosciuta un'indennità giornaliera di € 45,00 per un massimo di 50 giorni per anno assicurativo e per persona.

3.3 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Fondo liquida le spese previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.



F.I.L. Coop. Operai a tempo determinato (OTD) del settore delle Cooperative e dei Consorzi Agricoli

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

3.4 TRASPORTO DELLA SALMA E RIMBORSO SPESE FUNERARIE

Nel caso di decesso dell'iscritto durante un ricovero, in ambulanza durante il tragitto verso il Pronto Soccorso o per infortunio sul lavoro, vengono rimborsate le spese per il trasporto della salma al luogo della tumulazione e le spese funerarie relative nel limite di € 1.800,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

La garanzia è operante anche qualora il decesso avvenga entro 50 giorni dalle dimissioni dall'istituto di cura.

3.5 MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga di un Istituto non accreditato dal Servizio Sanitario Nazionale o in caso di attività extra-muraria in strutture del Servizio Sanitario Nazionale, le spese effettivamente sostenute e documentate verranno rimborsate nella misura dell'80%, ivi ricomprese le spese di pre e post ricovero, con l'esclusione delle spese di cui al precedente punto "Trasporto della salma e rimborso spese funerarie".

Nel caso di utilizzo in forma diretta del Servizio Sanitario Nazionale o di strutture da esso accreditate, le spese o le eccedenze di spese rimaste a carico dell'iscritto verranno rimborsate integralmente nel limite del massimale iscritto di cui al punto "Massimali assicurati"; in questo caso non sarà possibile richiedere l'"indennità sostitutiva" di cui all'art. successivo.

3.6 INDENNITÀ SOSTITUTIVA

In assenza di richiesta di rimborso per il ricovero o per altra prestazione a esso collegata, il Fondo corrisponde un'indennità per ogni giorno di ricovero di € 60,00 con un massimo di 50 giorni per anno assicurativo, per persona.

Per le Biopsie, in assenza di spese per le prestazioni sopraindicate, verrà riconosciuta una indennità giornaliera di € 60,00 per un massimo di 50 giorni per anno assicurativo e per persona.

3.7 MASSIMALE ISCRITTO

Il massimale annuo iscritto per il complesso delle prestazioni sopraindicate corrisponde a € 6.000,00 per nucleo familiare.



F.I.L. Coop. Operai a tempo determinato (OTD) del settore delle Cooperative e dei Consorzi Agricoli

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il Fondo rimborsa le spese relative alle seguenti prestazioni:

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cisturografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea
- Colangiografia trans kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Ecodoppler/ecocolordoppler agli arti inferiori
- Ecodoppler/ecocolordoppler agli arti superiori
- Ecodoppler/ecocolordoppler alla carotide
- Elettroencefalografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Ecografia mammaria per donne con età > 40 anni
- Mammografia
- Mielografia
- Mineralogia ossea computerizzata
- Retinografia
- Risonanza
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vescicolodeferentografia
- Videoangiografia



F.I.L. Coop. Operai a tempo determinato (OTD) del settore delle Cooperative e dei Consorzi Agricoli

- Tac
- Villocentesi
- Wirsungrafia

Per le seguenti prestazioni previste in garanzia si precisa quanto segue:

Diagnostica prenatale:

- Prenatal Safe
- Villocentesi
- Amniocentesi

NB: è riconosciuto il rimborso anche qualora la gravidanza non sia considerata "a rischio".

Colonscopia diagnostica e/o chirurgica: viene riconosciuto il rimborso con l'applicazione di un sotto limite annuo per nucleo familiare di € 800,00.

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

Ai fini liquidativi la patologia, presunta o accertata potrà essere riportata nel documento fiscale rilasciato dallo specialista.

Nel caso in cui l'iscritto si rivolga a strutture sanitarie private le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 10% ed un minimo non indennizzabile di €. 50,00 per prestazione.

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'iscritto.

Il massimale annuo iscritto corrisponde a € 1.000,00 per nucleo familiare.

5. VISITE SPECIALISTICHE

Vengono rimborsate le spese sostenute per visite specialistiche rese necessarie da malattia o da infortunio nel corso dell'annualità assicurativa.

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

La patologia accertata o presunta che ha reso necessaria la prestazione potrà essere riportata nel documento fiscale rilasciato dallo specialista.

Nel caso in cui l'iscritto si rivolga a strutture sanitarie private le spese sostenute vengono rimborsate con il minimo non indennizzabile di €. 45,00 per ogni visita specialistica.



F.I.L. Coop. Operai a tempo determinato (OTD) del settore delle Cooperative e dei Consorzi Agricoli

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'iscritto.

Il massimale annuo per iscritto per le prestazioni suindicate corrisponde a €. 500,00.

6. ESAMI DEL SANGUE

Vengono rimborsate, nel limite del massimale annuo, le spese sostenute per esami del sangue.

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

La patologia accertata o presunta che ha reso necessaria la prestazione potrà essere riportata nel documento fiscale rilasciato dallo specialista.

Nel caso in cui l'iscritto si rivolga a strutture sanitarie private, le spese sostenute vengono liquidate con l'applicazione di una franchigia di € 50,00 per fattura.

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'iscritto.

Il massimale annuo per iscritto per le prestazioni suindicate corrisponde a €. 150,00.

7. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI CONSEGUENTI A INFORTUNIO SUL LAVORO O A PATOLOGIE SPECIFICAMENTE ELENcate (garanzia operante per il solo iscritto titolare, non per i familiari)

Il Fondo rimborsa le spese sostenute per trattamenti fisioterapici conseguenti a infortunio sul lavoro in presenza di un certificato di Pronto Soccorso oppure conseguenti a patologie o ad uno degli interventi chirurgici di seguito elencati, esclusivamente ai fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Patologie o interventi chirurgici:

- Ictus
- Infarto
- Patologie polmonari
- Ernia del disco
- Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale
- Artroprotesi di anca
- Protesi del ginocchio

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.



F.I.L. Coop. Operai a tempo determinato (OTD) del settore delle Cooperative e dei Consorzi Agricoli

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga di strutture sanitarie private, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per fattura/persona.

Qualora l'iscritto si avvalga del S.S.N., il Fondo rimborsa integralmente i relativi ticket sanitari.

Il massimale annuo iscritto corrisponde a € 250,00 per persona.

8. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE (Garanzia operante per il solo iscritto titolare, non per i familiari)

8.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

Il Fondo garantisce il rimborso delle spese sostenute e documentate per un valore massimo corrispondente alla somma mensile assicurata qualora l'iscritto venga a trovarsi, in un momento successivo alla data di decorrenza della polizza, in uno stato di non autosufficienza quale indicato al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" in conseguenza di una delle seguenti patologie/eventi:

- Sclerosi Multipla
- Ictus
- Morbo di Alzheimer
- Sindrome laterale amiotrofica
- Morbo di Parkinson
- Infortunio sul lavoro con certificazione INAIL

8.2 PERSONE ASSICURATE

La garanzia è valida per tutti gli iscritti al Fondo di età compresa tra i 18 e i 70 anni titolari della copertura (con esclusione dei familiari) che rispondano ai criteri di accettazione medica indicati al punto "Condizioni di assicurabilità".

8.3 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate, al momento della data di effetto della propria copertura assicurativa, devono rientrare nelle seguenti condizioni di assicurabilità:

1. Non avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere quotidianamente una o più delle attività di vita di seguito indicate:
 - a. Lavarsi
 - b. Vestirsi
 - c. Spostarsi
 - d. Nutrirsi
2. Non essere in diritto, aver richiesto o percepire una pensione di invalidità o una rendita per incapacità permanente che corrisponda a un livello di incapacità superiore al 25%.
3. Non essere affette dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o



F.I.L. Coop. Operai a tempo determinato (OTD) del settore delle Cooperative e dei Consorzi Agricoli

angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di medicinali ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 medicinali.

4. Non presentare malattie, postumi di malattie o di infortuni precedenti che limitino le capacità fisiche e mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.

8.4 MASSIMALE MENSILE ISCRITTO

Nel caso in cui l'iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza", il massimale mensile garantito corrisponde a € 250,00.

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

8.5 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Come indicato al punto "Oggetto della garanzia", viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'iscritto il quale, in presenza di uno stato di salute valutato come "consolidato", si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita quotidiana:

- Lavarsi (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale)
- Vestirsi (capacità di indossare e togliere correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali)
- Spostarsi (capacità di muoversi da una stanza all'altra all'interno della residenza abituale, anche con l'utilizzo di ogni tipo di ausilio)
- Nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile)

e necessari in modo costante:

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

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:

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

9. GARANZIA INFORTUNI (Garanzia operante per il solo iscritto titolare, non per i familiari)

Sia in caso di Morte sia in caso di Invalidità Permanente il capitale per iscritto corrisponde a € 12.500,00.

L'indennizzo viene corrisposto in presenza di un grado di invalidità permanente superiore al 19% della totale. In questo caso l'invalidità accertata viene riconosciuta integralmente.

Nessun indennizzo viene quindi corrisposto sino a un grado di invalidità permanente accertato pari al 19% della totale.



F.I.L. Coop. Operai a tempo determinato (OTD) del settore delle Cooperative e dei Consorzi Agricoli

Nel caso in cui il grado di invalidità permanente risulti superiore al 60% dell'invalidità permanente totale, verrà liquidato un indennizzo pari all'intero capitale iscritto.

Il grado di invalidità permanente residuo viene valutato in base alle percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente – Agricoltura" allegato al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni, attenendosi ai fini liquidativi alla valutazione effettuata dall'INAIL.

Relativamente alle persone portatrici di mancinismo, le percentuali di invalidità prevista per l'arto superiore destro e per la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e per la mano sinistra e viceversa.

Nel caso di infortunio che comporti:

- sordità completa bilaterale
- cecità completa
- perdita anatomica o funzionale di almeno un arto superiore o inferiore nonché perdita completa delle dita di una mano

il massimale garantito si intende raddoppiato.

La garanzia prestata dal presente punto comprende il rischio "in itinere", vale a dire gli infortuni occorsi all'iscritto durante il tempo strettamente necessario per compiere il percorso per via ordinaria dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa con l'utilizzo dei normali mezzi di locomozione.

B.1 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE (CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO)

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni);
5. le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici;
6. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
7. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
8. gli infortuni derivanti da sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove e allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);
9. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'iscritto, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'iscritto stesso;
10. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'iscritto con dolo o colpa grave;



F.I.L. Coop. Operai a tempo determinato (OTD) del settore delle Cooperative e dei Consorzi Agricoli

11. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
12. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
13. le malattie professionali come definite dal D.P.R. 30 giugno 1965 e successive modificazioni.

B.3 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° anno di età del titolare, e il Fondo non accetterà ulteriori pagamenti di premio da soggetti che abbiano già compiuto 75 anni; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il 75° anno di età, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo iscritto.

C. SINISTRI

C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

Assistenza diretta

La copertura non prevede la possibilità di avvalersi di prestazioni di assistenza diretta mediante l'accesso a un circuito di strutture convenzionate.

I rimborsi e il pagamento delle indennità verranno effettuato direttamente dal Fondo, previo esame della documentazione relativa al sinistro, da parte della Compagnia di Assicurazione che provvederà a versare al Fondo il relativo importo.

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'iscritto dovrà inviare direttamente alla sede del Fondo Via G.B. Morgagni n. 33 – 00161 ROMA la documentazione necessaria consistente in:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di ricovero (*), copia della cartella clinica, completa di scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale (*), copia completa della documentazione clinica, conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extra-ricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento.

(*). Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale e ad esso connesso, dovrà essere inviata contestualmente a quella dell'evento a cui si riferisce.

Nel caso in cui il sinistro sia relativo a un familiare dell'iscritto, deve inoltre essere allegata una autocertificazione contenente la composizione dello "stato di famiglia" o copia della sentenza di separazione, nonché copia della busta paga attestante i carichi familiari.



F.I.L. Coop. Operai a tempo determinato (OTD) del settore delle Cooperative e dei Consorzi Agricoli

Qualora il sinistro riguardi il convivente “more uxorio” deve essere allegata alla denuncia il certificato di residenza del convivente medesimo in carta semplice.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia il Fondo avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'iscritto al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

L'iscritto deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Compagnia di Assicurazione e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Qualora l'iscritto abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'iscritto verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

C.2 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE DA PARTE DEL FONDO

Al fine di consentire l'espletamento in tempi utili delle necessarie verifiche liquidative, si richiede di presentare la denuncia del sinistro entro 30 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi dell'art. “Definizione dello stato di non autosufficienza”; rimane fermo il termine di prescrizione di 2 anni previsto dall'art. 2952 c.c.; l'iscritto, il suo amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'iscritto, dovrà produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'iscritto.

Il fascicolo di richiesta di apertura delle prestazioni dovrà contenere:

- il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e sui suoi diritti firmato in calce;
- il certificato del medico curante o del medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell'iscritto e la relativa data d'insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati;
- il questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal medico curante od ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'iscritto;

Qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;

Qualora l'iscritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare al Fondo tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

La Compagnia di Assicurazione ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite medico legali.

Nel caso in cui l'iscritto sia riconosciuto in stato di non autosufficienza, ma la situazione non risulti consolidata, la Compagnia di Assicurazione, insieme con l'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.



F.I.L. Coop. Operai a tempo determinato (OTD) del settore delle Cooperative e dei Consorzi Agricoli

Il diritto dell'iscritto al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, decorre dal momento in cui la Compagnia di Assicurazione considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'iscritto.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'iscritto è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'iscritto è ricoverato in lunga degenza, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'iscritto, dovrà essere inviata tramite il Fondo alla Compagnia di Assicurazione.

Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni qualora gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'iscritto sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'iscritto;
- riscontrare uno stato di non autosufficienza suscettibile di miglioramento, rimandando la valutazione alla stabilizzazione delle condizioni di salute.

La Compagnia di Assicurazione avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'iscritto da parte di un medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato da quando il contratto sia ancora in vigore e:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l'aggravarsi dello stato di salute dell'iscritto intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione.

Il diritto dell'iscritto al riconoscimento di quanto pattuito in polizza decorre dal momento in cui la Compagnia di Assicurazione considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'iscritto.

C.2.1. RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Compagnia di Assicurazione secondo le condizioni dell'articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'iscritto che si trovi in stato di non autosufficienza, a richiedere il rimborso spese sostenute per prestazioni sanitarie o di assistenza e per presidi/ausili ortopedici entro i limiti previsti dall'art. "Massimale mensile iscritto".

- Il fascicolo di richiesta di rimborso spese dovrà contenere la documentazione necessaria, ovvero:



F.I.L. Coop. Operai a tempo determinato (OTD) del settore delle Cooperative e dei Consorzi Agricoli

- il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato; il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- il certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell'iscritto e la relativa data d'insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati.
- il questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'iscritto; Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- Qualora l'iscritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare al Fondo tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il pagamento di quanto spettante all'iscritto viene effettuato su presentazione al Fondo della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale debitamente quietanzata. Inoltre l'iscritto, a fronte di specifica richiesta da parte del Fondo, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.