



*Fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale  
del Gruppo Fiat*

## **REGOLAMENTO**

### **Indice**

#### **TITOLO I – FONTE ISTITUTIVA DI FASIFIAT**

Art. 1 – Oggetto del Regolamento

Art. 2 – Gestione dei rischi connessi all'erogazione delle prestazioni

#### **TITOLO II – ASSOCIAZIONE A FASIFIAT**

Art. 3 – Diritto di associazione ed iscrizioni

Art. 4 – Modalità di iscrizione

Art. 5 – Modalità di iscrizione del nucleo familiare

Art. 6 – Mantenimento dell'iscrizione per modifiche aziendali

Art. 7 – Cessazione della partecipazione presso il Fondo

#### **TITOLO III – CONTRIBUTUZIONI**

Art. 8 – Contribuzione

Art. 9 – Modalità di versamento dei contributi

Art. 10 – Omissioni contributive e ritardati versamenti

#### **TITOLO IV – PRESTAZIONI E MODALITA' DI RIMBORSO**

Art. 11 – Termini di decorrenza dell'assistenza sanitaria e Prestazioni rimborsabili

Art. 12 – Erogazioni in forma diretta

Art. 13 – Erogazioni in forma indiretta

Art. 14 – Modalità di liquidazione delle prestazioni erogate in forma diretta

Art. 15 – Modalità di rimborso delle prestazioni per le quali sia prevista l'erogazione in forma indiretta

Art. 16 – Accertamenti amministrativi e controlli sanitari

Art. 17 – Perdita del diritto al rimborso

Art. 18 – Revisione della pratica di rimborso

#### **TITOLO V - NORME FINALI**

Art. 19 - Privacy e tutela dei dati personali e sensibili

Art. 20 – Contact Center e Centrale Operativa

## **TITOLO I – FONTE ISTITUTIVA DI FASIFIAT**

### **Art. 1 – Oggetto del Regolamento**

1. Il presente Regolamento disciplina il funzionamento del “Fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale del Gruppo Fiat”, o brevemente “FASIFIAT”, di seguito definito il Fondo, costituito con atto pubblico il 29 febbraio 2008 in attuazione dell’accordo istitutivo del 25 febbraio 2008 tra FIAT S.p.A. e le Organizzazioni Sindacali FIM, FIOM, UILM, FISMIC Nazionali, cui ha aderito con verbale del 29 febbraio 2008 anche l’UGL Metalmeccanici Nazionale.

Detto accordo è stato modificato e integrato dall’accordo sindacale del 15 dicembre 2010 stipulato tra Fiat SpA, in nome proprio e in nome e per conto di Fiat Industrial SpA e delle altre società del Gruppo iscritte al Fondo, e le Organizzazioni Sindacali FIM, FIOM, UILM, FISMIC Nazionali.

2. Il Regolamento è adottato ai sensi dell'art. 22 dello Statuto del Fondo.

3. Per quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento s’intendono richiamate le norme dell’atto costitutivo, dello Statuto e le disposizioni dell’accordo istitutivo e dell’accordo integrativo di cui al precedente comma 1.

### **Art. 2 – Gestione dei rischi connessi all’erogazione delle prestazioni**

1. La gestione dei rischi connessi con le prestazioni di cui al successivo articolo 11 sarà attuata dal Fondo mediante la stipula di apposite convenzioni con Compagnie autorizzate all'esercizio dell'attività di assicurazione nei rami vita e/o malattia.

2. In considerazione della particolare tipologia di garanzia assicurativa, anche al fine di evitare la concentrazione del rischio su una sola Compagnia assicurativa, il Consiglio di Amministrazione del Fondo potrà provvedere, a norma dei commi successivi, ad assegnare in regime di coassicurazione la gestione dei rischi connessi con l'erogazione delle prestazioni di cui al successivo articolo 11.

3. In attuazione dei commi 1 e 2 del presente articolo, il Consiglio di Amministrazione di norma ogni quattro anni e comunque con la frequenza coordinata con le convenzioni in essere, procederà ad una puntuale definizione delle prestazioni garantite dal Fondo provvedendo all'aggiornamento del Nomenclatore / Tariffario. Una volta definito lo standard minimo delle prestazioni da garantire, il Consiglio di Amministrazione inviterà un ristretto numero di Compagnie di Assicurazione in possesso dei requisiti dallo stesso stabiliti in apposita delibera, ad offrire le coperture predette.

4. L'individuazione della Compagnia aggiudicataria dovrà avvenire nel rispetto della seguente procedura di selezione. Detta procedura potrà essere integrata dalla specifica delibera del Consiglio di Amministrazione, d'intesa con le Parti istitutive, anche in relazione alla selezione della società di Service amministrativo cui assegnare la gestione amministrativa e contabile del Fondo:

a. il Consiglio di Amministrazione provvederà, in base all’esito dell’analisi della documentazione ricevuta, ad assegnare a ciascuna Compagnia un punteggio correlato alla quantità e qualità dei servizi e delle prestazioni offerte in relazione alle indicazioni che saranno

all'uopo fornite ed alle tipologie che saranno richieste; sarà a tal fine individuata una *short-list* delle migliori offerte;

b. la Compagnia delegataria dovrà assumere una quota di rischio almeno pari al 50% del rischio complessivo assicurato;

c. la restante quota di rischio potrà essere assegnata in parti uguali alle altre Compagnie, in qualità di coassicuratrici, rientranti nella *short-list*;

d. le Compagnie coassicuratrici dovranno assumere la quota di rischio alle medesime condizioni della Compagnia delegataria;

e. qualora una delle Compagnie coassicuratrici non si dichiari disponibile ad accettare la propria quota di rischio il Consiglio di Amministrazione potrà, a suo insindacabile giudizio, attribuire la quota non assegnata alla Compagnia delegataria ovvero proporre la ripartizione proporzionale tra la delegataria e la eventuale altra coassicuratrice;

f. qualora nessuna Compagnia acconsenta a assumere la quota residua di rischio, la stessa potrà essere assegnata, a insindacabile giudizio del Consiglio di Amministrazione, alla Compagnia delegataria.

5. Il Fondo definirà con la Compagnia aggiudicataria il contratto finalizzato a porre in essere in concreto le coperture assicurative. Il contratto sarà stipulato dall'aggiudicataria in qualità di società delegataria e dalle altre eventualmente selezionate in qualità di società coassicuratrici.

## **TITOLO II – ASSOCIAZIONE A FASIFIAT**

### **Art. 3 – Diritto di associazione ed iscrizioni**

1.a). Sono iscritte di diritto al Fondo, in qualità di Soci la FIAT S.p.A., la FIAT Industrial S.p.A., le società controllate direttamente o indirettamente dalla FIAT S.p.A. o dalla FIAT Industrial S.p.A. intervenute nell'atto costitutivo.

1.b). Hanno diritto di iscriversi al Fondo, con conseguente assunzione della qualità di Socio, le società controllate direttamente o indirettamente dalla FIAT S.p.A. o dalla FIAT Industrial S.p.A. diverse da quelle intervenute nell'atto costitutivo, le società collegate, direttamente o indirettamente ai sensi di quanto previsto dall'articolo 2359 del codice civile, alla FIAT S.p.A. o alla FIAT Industrial S.p.A., nonché i consorzi e gli enti, costituiti nell'ambito del Gruppo FIAT o del Gruppo FIAT Industrial S.p.A..

2. Rivestono la qualifica di soci del Fondo i lavoratori dipendenti, diversi dai Dirigenti e Quadri, non aventi qualifica di Professional o Capo o altra qualifica aziendale assimilabile, in servizio presso le società, i consorzi o gli enti soci del Fondo di cui alle precedenti lettere, assunti con contratto a tempo indeterminato ovvero con contratto di apprendistato ai sensi del D.Lgs. 276/03, e successive modificazioni ed integrazioni, che abbiano superato il periodo di prova, che ne facciano specifica richiesta.

3. Il Consiglio di Amministrazione può altresì, a suo insindacabile giudizio, consentire il riconoscimento o il mantenimento della qualifica di socio alle società, ai consorzi o agli enti che abbiano perso i requisiti su indicati, previa specifica istanza.

4. Il Consiglio di Amministrazione può inoltre, sempre a suo insindacabile giudizio, consentire

l'adesione al Fondo di soggetti che abbiano acquisito ex articolo 2112 del codice civile personale da società, consorzi o enti soci del Fondo, previa specifica istanza.

In questo e nel precedente caso, in merito al riconoscimento della qualifica di socio, il Consiglio di Amministrazione potrà porre specifiche condizioni al riconoscimento medesimo, quali la previa acquisizione di un numero minimo di pre-adesioni e/o il mantenimento in forza, al momento della richiesta di adesione, di un livello minimo di lavoratori tra quelli che risultavano in forza al momento dell'uscita dal Gruppo Fiat o dal Gruppo FIAT Industrial.

5. Possono mantenere l'adesione, con le modalità ed i limiti previsti dal presente Regolamento, coloro che, nei casi previsti dall'art. 7, comma 5, lettere b), c) e d), abbiano perso i requisiti richiesti per l'iscrizione e ai quali il Consiglio di Amministrazione autorizzi la prosecuzione volontaria della contribuzione a proprio carico.

6. In caso di decesso del dipendente il coniuge superstite o, in sua assenza, il componente più anziano del nucleo familiare già iscritto al Fondo subentreranno nella qualifica di capo nucleo fino alla fine dell'esercizio in corso alla data del decesso, con continuità delle coperture. La contribuzione relativa alla copertura del capo nucleo e degli eventuali componenti del nucleo familiare fino alla fine dell'anno in corso sarà versata in unica soluzione anticipata dalla società di appartenenza del lavoratore deceduto alla prima scadenza mensile successiva all'evento. Le quote delle suddette contribuzioni, sia quella a carico della società che quelle a carico del lavoratore e degli eventuali familiari iscritti, saranno a carico della società di appartenenza del lavoratore deceduto.

7. Il capo nucleo subentrante al lavoratore deceduto, come definito e ai sensi di quanto stabilito al comma precedente, potrà attivare – nel rispetto delle regole generali in materia di capacità d'agire – la prosecuzione volontaria a favore suo proprio e degli eventuali familiari iscritti. L'attivazione della prosecuzione volontaria, con effetto a partire dall'anno successivo a quello in cui si è verificato il decesso del lavoratore, avverrà in base a quanto previsto ai punti seguenti, mediante consegna del modulo di prosecuzione volontaria entro il 30 novembre dell'anno in cui si è verificato il decesso oppure, qualora questo sia successivo a detta data, entro il 31 dicembre del medesimo anno.

8. In caso di cessazione del rapporto di lavoro, le motivazioni di uscita dall'azienda che possono dare luogo all'accoglimento della domanda di prosecuzione volontaria sono la cessazione conseguente all'invalidità permanente in misura superiore ai due terzi, al pensionamento nel sistema previdenziale obbligatorio, a eventuali forme di accompagnamento alla pensione e alla collocazione in mobilità. Saranno invece oggetto di valutazione discrezionale da parte del Consiglio di Amministrazione, a suo insindacabile giudizio, le uscite per dimissioni o per licenziamento, con esclusione dei casi per giusta causa o per giustificato motivo soggettivo.

9. Il prosecutore volontario dovrà sottoscrivere un apposito modulo di prosecuzione dell'adesione, fornendo al Fondo i dati necessari per gestire l'accredito a mezzo RID, a suo totale e esclusivo carico, dell'importo previsto dal Consiglio di Amministrazione per il mantenimento dell'iscrizione e della qualità di socio, comprensivo anche di una quota a copertura delle spese amministrative di cui all'art. 8, comma 1. Detto importo viene determinato nella "misura" definita dal Consiglio di Amministrazione sulla base di apposita convenzione assicurativa e con possibile riguardo alle diverse fasce d'età dei soci interessati. Il prosecutore volontario ha la facoltà d'iscrizione dei componenti del suo nucleo familiare alle medesime condizioni previste per i lavoratori aderenti al Fondo.

Il Consiglio di Amministrazione ha la facoltà di rideterminare la quota contributiva a carico del prosecutore volontario al fine di mantenerla allineata al corretto equilibrio tecnico-economico

della convenzione di cui al precedente articolo 2, anche in misura differenziata in ragione dell'età anagrafica dei lavoratori interessati.

Ferma restando la continuità della copertura fino alla fine anno nel corso del quale si verifica l'evento da cui deriva il venir meno della partecipazione al fondo, ai sensi di quanto previsto al successivo art. 7, comma 5, lettere b), c) e d), la prosecuzione volontaria dovrà essere attivata entro il 30 novembre successivo alla data in cui si sono verificati gli eventi indicati, con effetto dal primo giorno dell'anno successivo a quello in cui si sono verificati gli stessi. Nel caso in cui gli eventi indicati abbiano luogo nel mese di dicembre, al fine di non generare discontinuità nella copertura, la prosecuzione volontaria dovrà essere attivata contestualmente con il verificarsi degli stessi e, comunque, entro e non oltre il 31 dicembre.

Il lavoratore avrà in ogni caso facoltà di attivare la prosecuzione volontaria entro i primi 60 giorni dell'anno successivo; in questo caso saranno sospese le prestazioni, sia in forma diretta che in forma rimborsuale, per il periodo necessario alla riattivazione della copertura.

10. Per tutto il periodo in cui è sospesa la corresponsione della retribuzione, il lavoratore che si venga a trovare in una delle condizioni previste, in base a norme di legge o di contratto, per l'aspettativa non retribuita con diritto alla conservazione del posto di lavoro, fermo restando quanto previsto dall'art. 6, 7° comma, dell'accordo istitutivo del 25 febbraio 2008 e ferma restando la continuità della copertura per i primi tre mesi successivi al verificarsi dell'evento ai sensi di quanto previsto al successivo art. 8 comma 5, è sospeso dalla copertura del Fondo e dai relativi obblighi contributivi fatta salva la facoltà di versare da parte dello stesso l'intera contribuzione prevista per i lavoratori in servizio – relativa quindi sia alla quota a carico suo che a quella a carico della società di appartenenza – tramite le modalità di versamento previste dal successivo art. 9 lett. C). 11. Non possono aderire al Fondo in qualità di lavoratori titolari della copertura quei lavoratori che, in virtù di contrattazione nazionale o aziendale o di regolamento aziendale, aderiscano ad analoghe forme di assistenza sanitaria integrativa applicate dalle società di appartenenza. E' tuttavia possibile per i suddetti lavoratori titolari di copertura presso analoghe forme di assistenza sanitaria integrativa aderire al Fondo in qualità di componenti del nucleo familiare del lavoratore iscritto.

12. Qualora per effetto di quanto previsto dal precedente comma, un assistito abbia diritto contemporaneamente alle medesime prestazioni in entrambe le coperture, lo stesso potrà chiedere al Fondo per il medesimo evento il rimborso solo qualora non abbia fatto analogha richiesta all'altra forma integrativa.

13. E' altresì prevista l'eventuale possibilità di iscrizione al Fondo di componenti del nucleo familiare del lavoratore a fronte di contribuzione aggiuntiva a totale carico del lavoratore medesimo. L'estensione della copertura sanitaria al nucleo familiare è condizionata alla necessaria iscrizione di tutti i componenti del nucleo familiare aventi diritto all'iscrizione ai sensi del seguente art. 5. Eventuali comportamenti elusivi sono sanzionabili secondo quanto previsto dal successivo art. 7 comma 8. Parziale deroga è prevista per i componenti che risultino già iscritti a analoghe forme integrative e che non intendano aderire al Fondo.

14. L'iscrizione al Fondo presuppone la conoscenza e l'accettazione delle norme dello Statuto e del Regolamento nonché delle loro eventuali successive modifiche, che il Fondo provvederà a comunicare.

#### **Art. 4 – Modalità di iscrizione**

1. L'adesione dei lavoratori ed eventualmente dei componenti del loro nucleo familiare avviene mediante manifestazione di volontà espressa tramite compilazione di apposito modulo predisposto dal Fondo; il lavoratore provvederà a consegnarlo al proprio datore di lavoro che ne curerà la trasmissione al Fondo.

2. L'adesione potrà avvenire:

- per i lavoratori in servizio alla data di avvio del Fondo, a partire dalla fase di pre-adesione di cui al successivo comma 5, fino al sesto mese successivo alla data di avvio del Fondo;
- per i lavoratori assunti in data successiva a quella di avvio del Fondo, entro sei mesi dall'assunzione;
- per i lavoratori dipendenti da società che abbiano assunto la qualità di socio in data successiva all'avvio del fondo, entro sei mesi dall'iscrizione della società di appartenenza.

In tutte le ipotesi di cui ai precedenti alinea, gli effetti dell'adesione decorreranno sulla base dei criteri previsti dal successivo comma 9 e, per quanto attiene alle prestazioni, sulla base di quanto previsto dal comma 1 dell'art. 11. Qualora i lavoratori manifestino la volontà di aderire durante il periodo di prova, gli effetti dell'adesione saranno subordinati al superamento del periodo di prova e decorreranno dal mese successivo a quello in cui si è verificato il superamento della prova.

3. Non saranno ammesse adesioni successive, se non previo esame delle richieste da parte del Consiglio di Amministrazione del Fondo, che dovrà riunirsi allo scopo con cadenza almeno trimestrale. In caso di approvazione della richiesta di adesione, gli effetti della stessa decorreranno sulla base dei criteri previsti dal successivo art. 11, comma 2. Contro eventuali decisioni negative del Consiglio di Amministrazione è ammesso ricorso al Collegio dei Probiviri.

4. L'eventuale adesione dei componenti del nucleo familiare potrà essere richiesta dal lavoratore unitamente con la propria, avendo effetto con le decorrenze previste dal successivo comma 9.

L'iscrizione dei componenti del nucleo familiare successiva al suddetto termine potrà aver luogo con la decorrenza prevista dal secondo comma del successivo art. 11.

In caso di nascita di un figlio la relativa iscrizione come nuovo componente del nucleo familiare già iscritto al fondo dovrà aver luogo, con la decorrenza di cui al successivo comma 9, entro il sesto mese successivo all'evento. Qualora il nucleo familiare non risulti già iscritto al Fondo al momento in cui si verifichi la nascita di un figlio, l'iscrizione di quest'ultimo comporterà necessariamente l'iscrizione dell'intero nucleo, come previsto dal comma 13 del precedente art. 3, e avrà effetto con la decorrenza di cui al successivo comma 9 relativamente al neonato, qualora avvenga entro il sesto mese successivo alla nascita, e con la decorrenza di cui al secondo comma dell'art. 11 relativamente ai restanti componenti del nucleo familiare.

5. Con riferimento alla fase precedente alla data di avvio del Fondo, sarà possibile aderire al Fondo nell'ambito di una fase di pre-adesione fissata dal Consiglio di Amministrazione nel limite dei tre mesi precedenti la predetta data di avvio.

6. L'iscrizione della società di cui ai commi 1.b), 3. e 4. dell'art. 3 ha automatica applicazione dal giorno di versamento al Fondo del primo contributo.

7. Le società comunicano al Fondo, mediante una procedura informatizzata presente nel sito Internet, i dati anagrafici necessari per la registrazione dei lavoratori iscritti e degli eventuali componenti del nucleo familiare per il quale il lavoratore abbia chiesto l'iscrizione ai sensi del

successivo articolo 5.

8. Nel caso di impossibilità di utilizzo della predetta procedura informatizzata, la comunicazione di cui al comma precedente avverrà tramite l'invio, a mezzo posta, anche elettronica, o via fax, del modulo di iscrizione - richiedibile al Fondo - debitamente compilato in ogni sua parte.

9. L'iscrizione decorre dal mese successivo a quello in cui sono stati comunicati al Fondo, tramite il sito internet, i dati degli iscritti. Nel caso in cui l'adesione sia richiesta tramite consegna dell'apposito modulo al datore di lavoro, la medesima decorrerà dal mese successivo a quello in cui quest'ultimo provvederà a trasmetterla al Fondo. Nel caso di invio del modulo di iscrizione, l'iscrizione decorre dal mese successivo a quello in cui è pervenuto al Fondo, a mezzo posta – anche elettronica – o mediante fax, il modulo di adesione. In ogni caso la decorrenza dell'iscrizione comporta l'obbligo di versamento dei contributi corrispondenti ai lavoratori e ai relativi eventuali familiari iscritti.

10. L'iscrizione ha durata indeterminata, permanendo le condizioni di adesione e fatta salva la facoltà di prosecuzione volontaria, e potrà essere oggetto di recesso con le decorrenze previste dal successivo art. 7.

11. Il lavoratore iscritto è tenuto a comunicare al Fondo direttamente, anche tramite il sito web, o per il tramite della società, ogni variazione o aggiornamento dei dati precedentemente comunicati.

12. L'elenco dei dipendenti deve essere raccolto in apposite liste di contribuzione di cui al successivo art. 9, secondo i modelli informatici forniti dal Fondo e contenenti la denominazione sociale della società e i dati dell'iscritto, quali nome, cognome, sesso, codice fiscale, data di nascita, l'indirizzo della sede lavorativa, l'eventuale indirizzo di posta elettronica, la residenza o domicilio, il numero di iscrizione al Fondo e l'eventuale codice identificativo aziendale, la data di assunzione e gli altri eventuali dati richiesti dai tracciati dati.

13. L'elenco di cui al precedente comma 12 deve altresì essere accompagnato da una dichiarazione della società che attesti l'avvenuta consegna dell'informativa in merito alla protezione dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia.

14. Le società che avranno comunicato un proprio indirizzo di posta elettronica riceveranno, attraverso lo stesso mezzo, la *User Id* e la *Password* per la verifica della propria situazione contabile, per la compilazione dei bonifici bancari o per il riscontro dell'addebito interno per le società del Gruppo Fiat o del Gruppo Fiat Industrial che utilizzano le rispettive Tesorerie centrali, nonché ogni altra comunicazione prioritaria. I lavoratori, per mezzo della user predefinita e della password da essi stessi prescelta, avranno l'accesso alle possibilità di utilizzo dei servizi tramite il sito web.

15. Tutte le variazioni dei dati relativi all'anagrafe dei dipendenti iscritti al Fondo (a titolo esemplificativo, cambi di residenza o domicilio, codice fiscale, ecc.) rispetto ai dati originariamente registrati dovranno essere comunicate dalla società al Fondo secondo le procedure informatiche presenti nel sito internet del Fondo, entro il ventesimo giorno del mese successivo al verificarsi della variazione.

## **Art. 5 – Modalità di iscrizione del nucleo familiare**

1. Per nucleo familiare si intende:

- il coniuge, anche legalmente separato purché con diritto all'assegno periodico di mantenimento

oppure

- il convivente *more uxorio* del lavoratore non coniugato, vedovo o divorziato;

- i figli minorenni;

- i figli maggiorenni fiscalmente a carico fino al compimento del ventiseiesimo anno;

- i figli maggiorenni fiscalmente a carico con invalidità permanente non inferiore a due terzi.

2. I figli che possono beneficiare delle prestazioni del Fondo ai sensi dell'art. 6 dello Statuto, sono tutti i figli, naturali o adottivi, del lavoratore assistito, non necessariamente conviventi, nei limiti di età e nelle condizioni di cui al precedente comma, tenuto conto del fatto che non devono comunque possedere un reddito superiore ai limiti annualmente previsti dalle vigenti leggi per essere considerati fiscalmente a carico.

3. Il lavoratore deve trasmettere al Fondo all'atto dell'iscrizione, unitamente all'atto della propria adesione, salvo il caso di successiva richiesta di estensione dell'adesione ai familiari, specifica dichiarazione di responsabilità sottoscritta dal lavoratore stesso relativa alla composizione del suo nucleo familiare.

4. Il lavoratore, in caso di iscrizione di figli minorenni, deve trasmettere all'atto della richiesta estratto per riassunto dell'atto di nascita o certificato di nascita dal quale risulti la paternità e la maternità.

5. In caso di variazione in corso d'anno della condizione di soggetto fiscalmente a carico, il lavoratore dovrà informare tempestivamente il Fondo, direttamente, anche tramite il sito web, o per il tramite della società.

6. Il lavoratore, in caso di iscrizione di figli maggiorenni, deve trasmettere all'atto della richiesta estratto per riassunto dell'atto di nascita o certificato di nascita dal quale risulti la paternità e la maternità, nonché la dichiarazione in autocertificazione del carico fiscale o il certificato di invalidità rilasciato dall'INPS o da altra autorità competente.

7. La documentazione di cui ai precedenti commi potrà essere sostituita da una dichiarazione di responsabilità firmata dal lavoratore. In questo caso, come nel caso dell'autocertificazione di cui al comma 3, il Fondo si riserva la facoltà di effettuare, in qualunque momento, controlli chiedendo all'assistito idonea certificazione; nel caso in cui l'assistito non riscontri la richiesta del Fondo, il familiare interessato decadrà dal diritto all'assistenza sanitaria. In caso di false dichiarazioni, il familiare interessato decade dal diritto all'assistenza sanitaria ed il lavoratore può incorrere nelle ulteriori conseguenze collegate all'indebito comportamento tenuto, tra le quali l'esclusione di cui all'ultimo comma del successivo art. 7.

8. I familiari di cui al primo comma cesseranno dall'essere assicurati a partire dal momento in cui il lavoratore dipendente esca dal Fondo o cessi di versare la contribuzione a suo totale carico per la copertura del nucleo familiare.

## **Art. 6 – Mantenimento dell'iscrizione per modifiche aziendali**

1. Nei casi di trasferimento di azienda o di ramo d'azienda, di fusione, scissione o altre vicende modificative dell'assetto giuridico originario, comportanti la sopravvenuta inapplicabilità ai lavoratori iscritti al Fondo dell'accordo aziendale di cui all'articolo 1, le società interessate a rimanere associate dovranno far domanda di mantenimento dell'iscrizione al Fondo al Consiglio di Amministrazione dello stesso.
2. Il Consiglio di Amministrazione concede a suo insindacabile giudizio di mantenere l'iscrizione al Fondo delle società di cui al precedente comma, informando società e lavoratori interessati.
3. In caso negativo, resterà la possibilità individuale in capo ai lavoratori interessati di far domanda per la prosecuzione volontaria ai sensi del comma 5 dell'art. 3, con le modalità ivi indicate.

Le pratiche di rimborso presentate prima della delibera contraria saranno in ogni caso processate dal Fondo, mentre le pratiche successive alla stessa saranno processate qualora il lavoratore assistito attivi la prosecuzione volontaria entro il quindicesimo giorno successivo alla delibera contraria, ferma restando la necessaria continuità contributiva.

## **Art. 7– Cessazione della partecipazione al Fondo**

1. L'assistito può recedere volontariamente dalla partecipazione al Fondo ferma restando la necessità, comunque, di assicurare un periodo minimo di permanenza pari a dodici mesi a decorrere dalla data di iscrizione. In caso di recesso, l'assistito deve compilare l'apposito modulo predisposto dal Fondo in tempo utile affinché possa pervenire, o il datore di lavoro possa provvedere a inviarlo, al Fondo entro e non oltre il 31 dicembre dell'anno in corso al momento del recesso o, comunque, entro e non oltre il termine minimo di permanenza del dodicesimo mese a decorrere dalla data di iscrizione.
2. Nel caso di recesso, l'obbligo contributivo ed il diritto alle prestazioni persistono sino alla fine dell'anno solare in corso al momento del recesso o, comunque, fino al termine minimo di permanenza del dodicesimo mese a decorrere dalla data di iscrizione.
3. L'assistito può revocare la rinuncia volontaria all'iscrizione, purché la revoca pervenga al Fondo, mediante raccomandata AR, entro e non oltre il 31 dicembre dell'anno in cui ha comunicato la volontà di recesso o, comunque, entro e non oltre il termine minimo di permanenza del dodicesimo mese a decorrere dalla data di iscrizione.
4. E' data facoltà al lavoratore, anche in relazione al proprio nucleo familiare, di reinscrivere al Fondo a seguito di un periodo minimo di un anno successivo al recesso. La reinscrizione è concessa per una sola volta. In questa ipotesi l'obbligo contributivo decorre dal mese successivo alla reinscrizione ed il diritto alle prestazioni del Fondo decorre da quando sono trascorsi sei mesi dal mese della reinscrizione.
5. L'iscrizione al Fondo cessa altresì a seguito di:
  - a) scioglimento, liquidazione o comunque cessazione, per qualsiasi causa, del Fondo;
  - b) perdita della qualità di socio da parte delle società di appartenenza del lavoratore iscritto, salvo il caso previsto dall'art. 10, comma 5;
  - c) cessazione, del rapporto di lavoro del lavoratore iscritto, salvo il caso di prosecuzione volontaria;

- d) decesso, salvo il caso di prosecuzione in capo al familiare subentrante nella qualifica di capo nucleo, ai sensi dell'articolo 3;
- e) esclusione secondo quanto previsto dal successivo comma 8 e dall'articolo 10.

6. Con esclusione dei casi di cui alla lettera a) ed e) del precedente comma 5, i casi di cui alle lettere b), c) e d) non determinano l'uscita dal Fondo e la perdita della qualità di socio fino alla fine dell'anno in corso al momento in cui si verifica l'evento, dando luogo al mantenimento della qualità di socio a fronte del versamento in unica soluzione anticipata delle quote di contribuzione residue per l'anno in corso al momento in cui si verifica l'evento.

Nel caso di cui alla lettera b) il versamento di dette quote sarà effettuato dalla società di appartenenza a proprio carico, incluse le quote ordinariamente previste a carico del lavoratore.

Nel caso di cui alla lettera c), il versamento delle quote sarà effettuato dalla società di appartenenza sulle spettanze di fine rapporto del lavoratore, anche con riferimento alle quote ordinariamente previste a carico della società medesima, salvo che per i casi in cui l'art. 3 esclude la possibilità di prosecuzione volontaria.

Nel caso di cui alla lettera d), si applica quanto previsto dall'art. 3.

In tutti i suddetti casi, la società di appartenenza deve darne immediata comunicazione al Fondo e comunque entro il mese stesso in cui si verifica l'evento.

7. L'uscita dal Fondo del lavoratore comporta la contestuale uscita dei componenti del nucleo familiare eventualmente iscritti, fatto salvo quanto previsto ai punti precedenti per la prosecuzione volontaria e per la continuità della copertura per l'intero esercizio nel corso del quale si verifichi l'evento, nei casi in cui la medesima continuità è prevista.

8. Nell'ipotesi in cui il Fondo abbia accertato comportamenti dolosi da parte dell'assistito finalizzati all'acquisizione di prestazioni e/o rimborsi non dovuti, ovvero all'elusione degli obblighi contributivi di cui al precedente art. 3, comma 13, e al successivo articolo 8, il Consiglio di Amministrazione può disporre l'immediata esclusione dell'iscritto dal Fondo, informandone contestualmente la società di appartenenza; è fatta salva la facoltà del Fondo di intraprendere le procedure necessarie per il recupero delle somme di propria spettanza. Il provvedimento di esclusione dovrà essere notificato mediante lettera raccomandata AR all'assistito, il quale potrà impugnare la delibera, innanzi al Collegio dei Probiviri di cui all'articolo 17 dello Statuto, entro 30 giorni dal ricevimento della stessa.

## **TITOLO III – CONTRIBUTIONI**

### **Art. 8 – Contribuzione**

1. Il finanziamento del Fondo sarà attuato, mediante il versamento di un contributo annuo per ciascun lavoratore dipendente iscritto, nella misura e secondo le modalità determinate dall'accordo istitutivo e dalle successive modificazioni.

Per la copertura delle spese di funzionamento del Fondo, dai contributi versati è prelevata dal Fondo una quota parte il cui ammontare è stabilito annualmente dal Consiglio di Amministrazione sulla base del preventivo di spesa.

Per le società di cui ai commi 3 e 4 dell'art. 3 il Consiglio di Amministrazione potrà deliberare un

contributo aggiuntivo finalizzato alla copertura delle spese amministrative di segreteria ed a quanto connesso con lo svolgimento delle attività degli organi del Fondo. Detto contributo dovrà essere riconosciuto anticipatamente con il primo versamento utile dei contributi dell'anno solare.

Per il primo anno di attività del fondo o per il primo anno di adesione al medesimo, il suddetto contributo sarà corrisposto con il versamento della contribuzione di competenza del mese successivo al termine del semestre previsto per la raccolta delle adesioni.

2. Per l'iscrizione al Fondo dei soggetti appartenenti al nucleo familiare del dipendente, ciascun lavoratore avente a sua volta diritto all'iscrizione dovrà effettuare un versamento aggiuntivo determinato dal Consiglio di Amministrazione mediante apposita delibera, in conformità con gli impegni assunti dalle Parti istitutive.

3. Ogni futura variazione della contribuzione obbligatoria annua dovrà essere definita tenendo anche conto della ripartizione delle singole quote mensili, analogamente alle modalità di versamento della contribuzione facoltativa prevista in caso di adesione del nucleo familiare a totale carico del lavoratore dipendente.

4. I casi, eventualmente previsti dalla contrattazione collettiva tra le Parti, di possibile carenza di contribuzione a carico del dipendente, quale quello relativo ai lavoratori in aspettativa non retribuita per superamento dei limiti di conservazione del posto di lavoro in caso di malattia o infortunio non sul lavoro, saranno integralmente coperti, anche con riferimento alla quota di contribuzione a carico del lavoratore prevista per l'iscrizione del medesimo, da contribuzione a carico della società di appartenenza.

5. Per i primi tre mesi in cui è sospesa la corresponsione della retribuzione, il lavoratore che si venga a trovare in una delle condizioni previste, in base a norme di legge o di contratto, per l'aspettativa non retribuita con diritto alla conservazione del posto di lavoro per cause diverse da quelle di cui al comma 4, sarà integralmente coperto a fronte del versamento in unica soluzione anticipata delle relative quote contributive, mediante trattenuta sull'ultimo foglio paga, dell'intera contribuzione prevista per i soci in servizio - relativa quindi sia alla quota a carico suo che a quella a carico della società di appartenenza.

#### **Art. 9 – Modalità di versamento dei contributi**

1. A partire dal mese di decorrenza della contribuzione, è necessario determinare l'importo complessivo mensile della contribuzione da versare al Fondo con riferimento a tutti i lavoratori iscritti. La periodicità è mensile, fatta salva:

a) la previsione dell'art. 7 per il versamento in unica soluzione anticipata delle quote di contribuzione residue nei diversi casi previsti per il mantenimento dell'iscrizione fino alla fine dell'anno in cui si verifica l'evento che dà luogo alla perdita della qualità di socio;

b) la facoltà del lavoratore ammesso alla prosecuzione volontaria di disporre il versamento della contribuzione prevista a suo totale carico tramite RID in unica soluzione annua anticipata.

*A) Procedura per le società socie che si avvalgono del servizio di gestione delle retribuzioni a favore delle società dei Gruppi Fiat e Fiat Industrial.*

A1. Gli elenchi nominativi dei lavoratori iscritti, di cui al precedente art. 4, comma 12, completi dell'indicazione dei contributi a carico azienda e a carico dei lavoratori medesimi, oltre che dell'eventuale quota di contribuzione relativa ai componenti del nucleo familiare del lavoratore iscritto, saranno comunicati mensilmente al *Service Amministrativo* e alla segreteria del Fondo

entro il giorno 5 del mese successivo a quello di competenza. Nella medesima comunicazione dovranno essere indicati i lavoratori iscritti che abbiano cessato, per qualsiasi causa, il rapporto di lavoro nel mese di competenza.

A2. Il versamento dei contributi sarà effettuato dalle società, sia per quanto concerne le quote a proprio carico che per quanto attiene alle quote trattenute ai lavoratori iscritti, nelle misure previste dall'accordo istitutivo e sue successive modificazioni, con cadenza mensile, entro il ventesimo giorno del mese successivo a quello cui fa riferimento la contribuzione medesima, in quote di un dodicesimo delle suddette misure di contribuzione. Il versamento comprenderà sia la quota a carico della società stessa, sia la quota a carico del lavoratore associato, nonché il contributo per i soggetti del relativo nucleo familiare, nel caso di iscrizione di quest'ultimo al Fondo. Le quote a carico del dipendente saranno versate al Fondo mediante trattenuta mensile sulla retribuzione dell'aderente.

A3. Il versamento dei contributi, costituito dall'ammontare totale dei contributi dovuti per tutti gli iscritti, deve essere effettuato dalla società sul conto intestato al Fondo, presso l'istituto bancario da questo prescelto, tramite disposizioni di addebito interno da parte del Fondo per le società del Gruppo Fiat o del Gruppo Fiat Industrial impartite alle rispettive Tesorerie centrali.

A4. Nel caso in cui la scadenza di pagamento coincida con un sabato, una domenica o altri giorni festivi, la stessa dovrà ritenersi procrastinata al primo giorno lavorativo successivo.

*B) Procedura per le società socie che non si avvalgano del servizio di gestione delle retribuzioni a favore delle società dei Gruppi Fiat e Fiat Industrial.*

B1. Gli elenchi nominativi dei lavoratori iscritti, di cui al precedente art. 4, comma 12, completi dell'indicazione dei contributi a carico azienda e a carico dei lavoratori medesimi, saranno comunicati mensilmente al Service Amministrativo e alla segreteria del Fondo entro il giorno 5 del mese successivo a quello di competenza.

Nella medesima comunicazione dovranno essere indicati i lavoratori iscritti che abbiano cessato, per qualsiasi causa, il rapporto di lavoro nel mese di competenza.

B2. I contributi a carico azienda e dei lavoratori iscritti saranno versati entro il giorno 15 del mese successivo a quello di competenza.

B3. Il versamento dei contributi avviene con cadenza mensile e consiste in unico bonifico bancario il cui importo deve coincidere esattamente con il totale presente nella corrispondente distinta di contribuzione. Il bonifico deve essere ordinato con data certa di valuta e disponibilità dell'importo versato entro il suddetto termine del giorno 15 del mese successivo a quello di competenza.

B4. Nel caso in cui la scadenza di pagamento coincida con un sabato, una domenica o altri giorni festivi, la stessa dovrà ritenersi procrastinata al primo giorno lavorativo successivo.

B5. Tutti gli importi bonificati saranno accreditati sul conto corrente di raccolta del fondo FASIFIAT, tramite RID o bonifico bancario.

*C) Procedura per la raccolta delle contribuzioni dei lavoratori ammessi alla prosecuzione volontaria.*

C1. I versamenti della contribuzione da parte dei lavoratori ammessi alla prosecuzione volontaria dovranno essere disposti tramite RID o bonifico bancario semestrale, ordinato con data certa di valuta e disponibilità dell'importo versato entro il giorno 5 del mese di inizio del semestre di competenza (gennaio e luglio). In caso di scelta del versamento unico annuo anticipato, il RID o bonifico bancario dovrà essere disposto con data certa di valuta e disponibilità dell'importo versato entro il giorno 5 del mese di gennaio dell'anno di competenza.

C2. Il Service amministrativo redigerà l'elenco dei lavoratori ammessi alla contribuzione volontaria e assicurerà la riconciliazione con i contributi versati tramite RID o bonifico bancario con cadenza mensile entro il giorno 15 di ciascun mese, anche tenendo conto del fatto che il mese di gennaio includerà sia i versamenti con cadenza mensile che quelli con cadenza annuale.

#### **Art. 10 – Omissioni contributive e ritardati versamenti**

1. Nel caso in cui il versamento effettuato risulti inesatto o incompleto, il Fondo informerà la società affinché provveda tempestivamente alla relativa regolarizzazione, che dovrà avvenire entro e non oltre 60 giorni dalla prima scadenza di versamento successiva alla comunicazione ricevuta. Trascorso tale termine senza che la società abbia provveduto alla regolarizzazione del versamento, il Fondo informerà la società stessa ed i lavoratori interessati, sospendendo l'erogazione delle prestazioni. L'erogazione delle prestazioni sarà ripristinata successivamente alla regolarizzazione della posizione, ovvero dal mese concordato nel caso che sia stata accordata dal Consiglio di Amministrazione del Fondo una pianificazione del pagamento dei contributi dovuti.

2. Qualora il ritardo del versamento dei contributi sia superiore ad un mese troveranno applicazione gli interessi legali maggiorati di 5 punti rispetto alla misura prevista dalla normativa vigente al tempo, a totale carico del datore di lavoro, salvo il caso del lavoratore iscritto che abbia a suo tempo optato per la prosecuzione volontaria dell'adesione.

3. In caso di morosità della società che si protragga per 6 mesi, ove non sia stata chiesta e concordata la pianificazione del pagamento, il Fondo intraprende l'iter di esclusione dei Soci. Prima di procedere con l'effettiva esclusione, il Fondo invia un'ultima comunicazione di sollecito alla società per la regolarizzazione, che dovrà avvenire entro e non oltre 30 giorni dalla prima scadenza di versamento successiva alla comunicazione ricevuta. Detta comunicazione sarà anche inviata per conoscenza alle Parti istitutive del Fondo. Trascorso tale termine senza riscontro positivo, il Fondo informerà la società e i lavoratori interessati dell'avvenuta esclusione.

4. Il Consiglio di Amministrazione valuterà i termini e le modalità dell'eventuale rientro della società esclusa per morosità che ne avesse fatto espressa richiesta.

5. E' comunque facoltà dei lavoratori interessati richiedere, ai sensi di quanto previsto dall'art. 7, la prosecuzione volontaria della propria partecipazione al Fondo; la relativa decorrenza sarà stabilita dal Consiglio di Amministrazione, anche in via transitoria ed anticipatamente rispetto allo scadere del termine semestrale di cui al precedente comma 3 del presente articolo. In queste ipotesi dovrà tenersi conto dell'eventuale sospensione della continuità della copertura sanitaria, avuto riguardo tanto al profilo contributivo che prestazionale, conseguente all'inadempimento della società di appartenenza.

Il Fondo non è responsabile di eventuali danni derivanti dall'omissione e/o morosità contributiva imputabile alla società di appartenenza.

## **TITOLO IV – PRESTAZIONI E MODALITA' DI RIMBORSO**

### **Art. 11 – Termini di decorrenza dell'assistenza sanitaria e Prestazioni rimborsabili**

1. L'assistenza sanitaria per i lavoratori iscritti entro il termine di cui al precedente comma 2 dell'art. 4 è prestata dal primo mese di versamento della contribuzione mensile al Fondo a decorrere dalla 72<sup>a</sup> ora del mese stesso.
2. Per i lavoratori iscritti successivamente rispetto a detti termini - ferma restando la decorrenza della contribuzione dal mese successivo a quello in cui sarà trasmessa al fondo la delibera con cui il Consiglio di Amministrazione del Fondo avrà approvato la richiesta di adesione o, trattandosi di adesione tardive del nucleo familiare, dal mese successivo a quello in cui l'adesione perverrà al fondo - l'assistenza sanitaria decorrerà in ogni caso dal primo giorno del settimo mese successivo all'inizio della contribuzione, con rimborsi delle prestazioni a partire dal primo giorno del decimo mese successivo all'inizio della contribuzione.
3. I rimborsi saranno effettuati secondo i limiti e le modalità che verranno stabiliti dal Consiglio di Amministrazione nel Nomenclatore/Tariffario tenendo conto delle disponibilità di gestione ed adottando criteri che garantiscano uniformità di trattamento per casistiche identiche nonché assicurino al Fondo la necessaria riserva.
4. L'elenco delle prestazioni rimborsabili è riportato nel Nomenclatore/Tariffario, che forma parte integrante del presente Regolamento e, in ogni caso, non potrà comprendere cure rese necessarie a seguito di incidenti traumatici se coperti da assicurazione per legge, per contratto di lavoro od a cura dell'azienda, oppure derivanti dal fatto di terzo responsabile, da partecipazioni a gare sportive o avvenimenti agonistici, interventi e cure aventi carattere estetico, fatti salvi quelli previsti nel Nomenclatore/Tariffario e quelli ricostruttivi e certificati da una struttura sanitaria pubblica ovvero i casi che il Consiglio di Amministrazione ritenga eccezionali, forme dichiaratamente TBC, assistite dall'INPS, forme morbose coperte da altra assicurazione obbligatoria per legge.

### **Art. 12 – Erogazioni in forma diretta**

1. Gli assistiti potranno rivolgersi ad una delle strutture convenzionate con il Fondo per ricevere le prestazioni oggetto delle singole convenzioni con le medesime stipulate.
2. L'erogazione delle prestazioni da parte delle strutture convenzionate è disciplinata da appositi accordi che individuano le prestazioni erogabili, le limitazioni ed i relativi importi.
3. Il Fondo pubblica sul proprio sito Internet l'elenco delle strutture convenzionate e la tipologia di prestazioni e servizi offerti da ciascuna di esse, aggiornandolo periodicamente.
4. L'accesso alle strutture convenzionate è consentito agli assistiti a prescindere dalla loro dislocazione territoriale.
5. Per ricevere le prestazioni presso una delle strutture convenzionate in regime di assistenza diretta, gli assistiti dovranno contattare preventivamente la Centrale operativa e ricevere l'autorizzazione da parte della medesima.

La Centrale operativa, verificata l'inclusione in copertura e la regolarità contributiva del richiedente, chiederà lettura della prescrizione medica e del quesito diagnostico nell'ipotesi di prestazioni diverse dal ricovero e/o intervento. In quest'ultimo caso l'assistito dovrà trasmettere

la documentazione medica via fax. Valutata l'inclusione in garanzia e la capienza nei massimali residui, la Centrale operativa autorizza la struttura convenzionata a erogare la prestazione dell'assistito in regime di assistenza diretta, dando evidenza di eventuali spese non previste dal piano sanitario.

La medesima procedura potrà anche essere effettuata mediante la funzione di pre-autorizzazione on-line attiva nell'area riservata dell'iscritto.

Dell'avvenuta autorizzazione alla prestazione viene fornita conferma all'assistito a mezzo telefono, fax, e-mail o sms secondo la preferenza espressa dal medesimo al momento della richiesta della prestazione.

Nel caso invece in cui l'autorizzazione dovesse essere negata, la Centrale Operativa invia un fax di negazione e contatta l'Assistito.

6. L'autorizzazione deve essere rilasciata dalla Centrale Operativa preventivamente rispetto alle prestazioni richieste con la medesima, anche nei casi in cui si trattasse di prestazioni sanitarie aggiuntive che si rendessero eventualmente necessarie in corso di cura, ovvero qualora la prestazione erogata sia – in base a successiva valutazione medica in corso di erogazione - diversa da quella già autorizzata.

Solo ed esclusivamente nei casi di ricovero urgente per interventi di comprovata gravità, l'Assistito potrà richiedere l'autorizzazione successivamente all'erogazione della prestazione e comunque entro un termine massimo di 5 giorni dall'esecuzione dell'intervento. In questo caso, l'urgenza e la gravità della prestazione dovranno essere comprovate da idonea documentazione rilasciata dalla struttura sanitaria, attestante il carattere di indifferibilità dell'intervento, ferma restando la necessaria inclusione in garanzia dell'eventuale prestazione erogata con carattere di urgenza, che dovrà essere valutata dalla Centrale Operativa.

7. Tutte le autorizzazioni rilasciate dalla Centrale Operativa sono soggette ad un periodo di validità pari a 30 giorni, decorso il quale, l'autorizzazione cessa la propria efficacia.

Ferma restando la necessità di acquisire l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa, con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, la Struttura Sanitaria potrà essere contattata dalla Centrale Operativa, ovvero direttamente dall'Assistito; nel primo caso, sarà cura della Centrale Operativa fornire all'assistito un'informativa telefonica, a mezzo fax, e-mail o a mezzo sms della prenotazione effettuata.

Al momento dell'erogazione della prestazione l'assistito dovrà esibire un documento di identità in corso di validità.

8. In mancanza dell'autorizzazione di cui al comma che precede, anche nei casi di esclusione della stessa dalla garanzia, l'interessato potrà sottoporsi alle cure presso la struttura sanitaria convenzionata sostenendo il relativo onere alle tariffe convenzionate e richiederne il rimborso, se previsto, secondo le modalità di cui al successivo articolo 14.

### **Art. 13 – Erogazioni in forma indiretta**

1. L'assistito può chiedere al Fondo il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute presso strutture di sua propria scelta, selezionate sul territorio nazionale.

2. Il rimborso è ammesso solo per prestazioni individuate dal Nomenclatore / Tariffario per le quali il medesimo preveda le modalità di fruizione in forma indiretta.

#### **Art. 14 – Modalità di liquidazione delle prestazioni erogate in forma diretta**

1. Nell'ipotesi in cui l'assistito ricorra all'erogazione in forma diretta, le spese per le prestazioni effettuate sono rimborsate dal Fondo mediante rimessa diretta alla struttura convenzionata.
2. Detta modalità è esclusiva per le prestazioni erogate al di fuori del territorio nazionale in centri di eccellenza individuati anche con riferimento a specifiche patologie.
3. La struttura convenzionata, eseguita la prestazione, emetterà fattura intestata all'assistito, esplicitando l'eventuale quota a carico dello stesso; provvederà a farla controfirmare da quest'ultimo e la invierà al Fondo in originale, rilasciandone contestualmente copia all'assistito.

#### **Art. 15 - Modalità di rimborso delle prestazioni per le quali sia prevista l'erogazione in forma indiretta**

1. Nell'ipotesi in cui l'assistito ricorra all'erogazione in forma indiretta di cui all'articolo 13, l'interessato può presentare con cadenza minima mensile domanda di rimborso delle prestazioni ricevute utilizzando l'apposito modulo "Richiesta di rimborso", con effettuazione dei rimborsi entro il termine massimo del trimestre successivo al mese di presentazione delle richieste.

2. L'assistito deve compilare il modulo in ogni sua parte, apporvi data e firma ed inviarlo in originale al Fondo. L'assistito i cui familiari siano iscritti al Fondo può inviare le richieste di rimborso per sé e per i medesimi in un'unica soluzione, compilando comunque un modulo per ciascuna persona.

3. Al modulo devono essere sempre allegati:

- - prescrizione medica intestata all'assistito, salvo che per le visite specialistiche, completa di diagnosi indicante tipologia e numero delle prestazioni;
- - in caso di ricovero, la copia della cartella clinica, timbrata dall'ospedale/istituto di cura/clinica;
- - i documenti di spesa intestati all'assistito, con espressa indicazione di tipologia e numero delle prestazioni effettuate, della data di emissione e degli onorari corrisposti;
- - per le cure dentarie: l'apposito modulo predisposto dal Fondo compilato dal medico odontoiatra.

La predetta documentazione deve essere trasmessa nella forma richiesta dalla convenzione assicurativa, salvo il caso della prescrizione medica in cui l'originale sia stato consegnato al Servizio Sanitario Nazionale. Solo in questo caso è ammessa la presentazione in fotocopia da parte dell'assistito.

Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge e redatta in lingua italiana, o comunque corredata da traduzione in lingua italiana.

Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.

4. La documentazione di cui al comma precedente deve essere trasmessa contestualmente alla richiesta di rimborso; le fatture inviate successivamente non sono ammesse al rimborso.

5. L'assistito deve altresì comunicare se il rimborso richiesto è relativo a spese correlate ad eventi causati da responsabilità di terzi o coperte - anche parzialmente - da un'assicurazione privata di rimborso delle spese mediche. L'assistito è responsabile nei confronti del Fondo per i casi di indebito arricchimento.

6. Il Fondo ed i suoi incaricati possono richiedere all'assistito ogni altra documentazione ritenuta necessaria, nonché procedere a visite di controllo nel caso di prestazioni erogate in forma diretta presso strutture convenzionate.

7. Gli originali dei documenti di spesa, come l'ulteriore documentazione inviata al Fondo (a titolo esemplificativo, referti, diagnosi mediche, dichiarazioni originali del medico, etc. ...), non vengono restituiti all'assistito alla chiusura della pratica di rimborso.

8. Alla chiusura della pratica di rimborso il Fondo si farà carico di fornire all'assistito attestazione comprovante la documentazione ricevuta e le spese effettivamente rimborsate al fine di consentire la detrazione in sede di dichiarazione dei redditi annuale delle eventuali quote di spesa rimaste a carico dell'assistito.

9. Qualora gli importi indicati in fattura non siano espressi in euro, il rimborso verrà effettuato tenendo conto del controvalore in euro alla data della fattura.

10. Il Fondo effettuerà i rimborsi a mezzo bonifico bancario sul conto corrente intestato al dipendente, anche per le pratiche relative al nucleo familiare.

#### **Art. 16 – Accertamenti amministrativi e controlli sanitari**

1. Per l'evasione delle pratiche di rimborso, il Fondo si avvarrà dell'ausilio di uno o più sanitari all'uopo prescelti cui sottoporrà le singole casistiche secondo le procedure dallo stesso stabilite.

2. Il Fondo può disporre accertamenti amministrativi e/o controlli sanitari a sua discrezione.

#### **Art. 17 – Perdita del diritto al rimborso**

1. L'assistito perde il diritto al rimborso se trascorrono più di quattro mesi tra la data della documentazione di spesa e la data di trasmissione della stessa al Fondo.

2. La richiesta di rimborso per retta giornaliera di degenza deve essere trasmessa entro tre mesi dalla data di dimissioni, pena la decadenza dal rimborso.

3. A fronte di una richiesta da parte del Fondo di integrazione della documentazione inerente la pratica di rimborso, la stessa deve essere trasmessa dall'assistito al Fondo entro 30 gg. dalla richiesta pena la decadenza del diritto al rimborso.

4. Il rimborso delle spese relative a prestazioni nella fase di pre-ricovero sarà soggetto al termine di cui ai punti precedenti, ferma restando la decorrenza dalla data di dimissioni dal ricovero.

#### **Art. 18 – Revisione della pratica di rimborso**

1. L'iscritto può chiedere la revisione della pratica di rimborso entro 60 giorni dalla data della lettera di liquidazione. E' facoltà dell'iscritto promuovere il ricorso al Collegio dei Proibiviri di cui all'articolo 17 dello Statuto entro i 30 giorni successivi alla decisione del Fondo.

## **TITOLO V - NORME FINALI**

### **Art. 19 - Privacy e tutela dei dati personali e sensibili**

1. Tutti i dati conferiti dalle società e dai loro dipendenti saranno trattati dagli Organi del Fondo e dagli operatori, secondo le modalità ed entro i limiti previsti dal “Codice in materia di protezione dei dati personali” di cui al D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni.

### **Art. 20 – Contact Center e Centrale Operativa**

1. Il Fondo mette a disposizione dei Soci, inclusi soggetti potenzialmente interessati all’adesione, e degli assistiti un servizio di Contact Center finalizzato a fornire loro un supporto costante e qualificato; il servizio è erogato attraverso uno o più numeri telefonici e caselle e-mail dedicate.

2. Attraverso lo stesso numero, o uno dei suddetti numeri, sarà anche fornito il servizio di Centrale Operativa, con compiti di verifica dell’erogabilità della prestazione richiesta, indirizzamento alle strutture più idonee convenzionate con il Fondo, rilascio dell’autorizzazione e, infine, laddove richiesto, prenotazione della prestazione presso la struttura convenzionata scelta dall’assistito.

3. La Centrale Operativa fornirà inoltre eventuali servizi accessori quali consulenza medica e secondo parere specialistico, qualora previsti dalla convenzione in essere con la Compagnia Assicuratrice.