



REGOLAMENTO

NORME GENERALI - PRESTAZIONI

Indice

Art.	1	Oggetto del Regolamento	" "	1
Art.	2	Iscrizione dei Soci persone fisiche – Iscritti		
	2.1	Dirigenti in servizio	" "	1
	2.2	Dirigenti proscrittori volontari	" "	1
	2.3	Dirigenti in pensione	" "	1
	2.4	Ex-pensionati di invalidità, a seguito di revoca o sospensione del trattamento pensionistico	" "	2
	2.5	Superstite di Dirigente in servizio o in pensione	" "	2
	2.6	Iscritti ai sensi dell'art. 5.1, lettera g) dello Statuto	" "	3
Art.	3	Ritardate richieste di iscrizione	" "	4
Art.	4	Titolare dell'assistenza - Capo nucleo	" "	4
Art.	5	Perdita del diritto all'assistenza		
	5.1	Decadenza	" "	5
	5.2	Esclusione	" "	5
	5.3	Rinuncia	" "	6
Art.	6	Decesso di titolare dell'assistenza – Subentro degli eredi nelle posizioni creditorie e/o debitorie	" "	6
Art.	7	Beneficiari aventi titolo per essere assistiti		
	7.1	Coniuge	" "	7
	7.2	Convivente More Uxorio	" "	8
	7.3	Figli minorenni	" "	8
	7.4	Figli in età compresa tra i 18 e i 26 anni	" "	8
	7.5	Figli di età compresa tra i 26 e i 30 anni	" "	9
	7.6	Figli invalidi	" "	9
	7.7	Genitori del Capo nucleo	" "	10
Art.	8	Documento di iscrizione	" "	10

Art. 9	Iscrizione di nuove Aziende dei Gruppi STELLANTIS, Iveco Group e CNH Industrial	“	10
Art. 10	Iscrizione di altre Aziende	“	11
Art. 11	Recesso e trasferimento d’Azienda	“	11
Art. 12	Contributi	“	11
Art. 13	Forme ed ambito dell’assistenza	“	12
Art. 14	Anticipi	“	13
Art. 15	Richieste di concorso spese: modalità e termini di presentazione	“	14
Art. 16	Ricoveri e day hospital		
16.1	Ricovero in Italia, a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale/Regionale	“	16
16.2	Ricovero in Italia a pagamento	“	16
16.3	Ricovero all’estero	“	17
16.4	Massimali relativi ai ricoveri	“	18
16.5	Ricoveri con lungodegenza	“	18
Art. 17	Soggiorno presso strutture adibite all’assistenza di persone non autosufficienti	“	18
Art. 18	Assistenza infermieristica		
18.a	Assistenza infermieristica in ricovero	“	19
18.b	Assistenza infermieristica domiciliare	“	20
18.c	Assistenza domiciliare a persona non autosufficiente	“	20
Art. 19	Prestazioni odontoiatriche	“	20
Art. 20	Esami diagnostici e strumentali – Esami di laboratorio	“	21
Art. 21	Terapia fisica	“	21
Art. 22	Visite specialistiche e Consulti specialistici	“	22
Art. 23	Interventi chirurgici ambulatoriali	“	22
Art. 24	Trasporto infermi	“	23
Art. 25	Occhiali – Lenti a contatto	“	23

Art. 26	Protesi e presidi sanitari	"	24
Art. 27	Quota a carico assistito (ticket) per prestazioni medico-diagnostiche rese in regime di Servizio Sanitario Nazionale/Regionale	"	24
Art. 28	Erogazioni Integrative	"	25
Art. 29	Prestazioni escluse	"	25
Art. 30	Privacy e tutela dei dati personali e sensibili	"	26

Art. 1 - Oggetto del Regolamento

Il presente Regolamento, predisposto e approvato ai sensi dell'art. 12.6 lettera i) dello Statuto, disciplina l'attività del FISDAF, in attuazione delle norme statutarie.

E' fatto obbligo a tutti i Soci di osservare le presenti norme regolamentari, il cui mancato rispetto, per qualsiasi motivo, sarà oggetto di valutazione da parte del FISDAF, con l'applicazione dei provvedimenti previsti dagli specifici articoli del presente Regolamento.

Art. 2 - Iscrizione dei Soci persone fisiche - Iscritti

2.1 Dirigenti in servizio

L'iscrizione del Dirigente in servizio ha effetto dalla data di nomina a Dirigente o di assunzione con tale qualifica, se l'Azienda di appartenenza fa già parte del FISDAF, oppure dalla data di iscrizione dell'Azienda, qualora questa non ne faccia ancora parte.

L'iscrizione al FISDAF dei Dirigenti in servizio deve essere formalizzata dagli interessati utilizzando la modulistica predisposta dal Fondo.

La predetta iscrizione cessa di avere validità alla data della cessazione del rapporto di lavoro del Dirigente con l'Azienda Socia, con effetto dal termine dell'eventuale periodo di preavviso, anche se sostituito dalla corrispondente indennità; l'iscrizione cessa altresì alla data di uscita dal FISDAF dell'Azienda di appartenenza, fatto salvo quanto previsto nell'art. 9.4 dello Statuto.

2.2 Dirigenti proscrittori volontari

I Dirigenti di cui all'art. 5.1 lettera f) dello Statuto possono iscriversi volontariamente al FISDAF dietro presentazione di specifica domanda entro 90 giorni dalla data della risoluzione del rapporto di lavoro ovvero entro il termine del periodo di preavviso, anche se sostituito dalla corrispondente indennità, utilizzando la modulistica predisposta dal Fondo.

L'accettazione della richiesta è subordinata alla delibera, adottata con valutazione discrezionale e non vincolata, del Consiglio di amministrazione.

Il FISDAF darà evidenza all'Azienda interessata dell'avvenuta iscrizione del Dirigente proscrittore volontario.

2.3 Dirigenti in pensione

Si acquisisce il diritto all'iscrizione in qualità di pensionati nei seguenti casi, qualora non si abbia già diritto ad analoga forma di copertura sanitaria integrativa:

a. ai sensi dell'art. 5.1 lettera d) dello Statuto

E' condizione fondamentale che non sussista interruzione tra la data di risoluzione del rapporto di lavoro o di termine del periodo di preavviso e la data di decorrenza del trattamento pensionistico.

La richiesta d'iscrizione deve essere effettuata per iscritto dall'interessato, su apposita modulistica predisposta dal FISDAF, e deve essere fatta pervenire al Fondo entro 60 giorni dalla cessazione dell'attività lavorativa, ovvero entro il termine del periodo di preavviso, anche se sostituito dalla corrispondente indennità.

All'atto della domanda, l'interessato dovrà documentare la propria posizione di pensionato allegando copia della ricevuta della domanda di pensione inoltrata all'Istituto Previdenziale competente, alla quale dovrà far seguire, non appena disponibile, copia della comunicazione dello stesso Istituto comprovante la data di decorrenza riconosciuta del trattamento pensionistico. L'iscrizione sarà comunque accolta dal FISDAF in via provvisoria fin dalla presentazione del primo documento.

Il mancato invio della comunicazione comprovante la decorrenza del trattamento pensionistico entro 120 giorni dalla data di pensionamento, salvo idonea giustificazione presentata dall'interessato, comporterà la sospensione dalle prestazioni in base all'art. 9 dello Statuto.

Se dal documento dell'Istituto Previdenziale la data di decorrenza del trattamento pensionistico risultasse successiva a quella dichiarata dall'interessato, l'iscrizione al FISDAF dovrà essere regolarizzata per il periodo non coperto con un'iscrizione in qualità di Dirigente prosecutore volontario.

b. ai sensi dell'art. 5.1 lettera f) dello Statuto.

I Dirigenti prosecutori volontari, divenuti pensionati, hanno diritto a chiedere l'iscrizione in qualità di Dirigenti in pensione solo se risultano iscritti al FISDAF in qualità di Dirigenti prosecutori volontari da non più di otto anni.

Il Dirigente deve avanzare specifica richiesta di iscrizione al Fondo utilizzando la modulistica predisposta dal FISDAF e inviando al Fondo la documentazione prevista alla lettera a. di cui sopra, nel rispetto delle tempistiche ivi indicate.

In presenza dei requisiti richiesti, l'iscrizione in qualità di Dirigente in pensione decorre dal primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda.

Al Dirigente in pensione non è riconosciuta la facoltà di richiedere l'ammissione all'assistenza FISDAF di soggetti non già beneficiari quand'era in servizio.

2.4 Ex pensionati di invalidità, a seguito di revoca o sospensione del trattamento pensionistico.

Qualora intervenga un provvedimento definitivo di sospensione o di revoca del trattamento pensionistico di invalidità, all'interessato si applicano le disposizioni contenute negli artt. 2.2 e 2.3 del presente Regolamento.

2.5 Superstite di Dirigente in servizio o in pensione

Il decesso del Dirigente in servizio o in pensione sospende l'iscrizione al FISDAF per i beneficiari già assistiti al momento del decesso; i beneficiari del Dirigente in servizio conservano comunque il diritto alle prestazioni del Fondo sino al termine del periodo corrispondente all'indennità sostitutiva del preavviso, prevista per legge.

I suddetti beneficiari che conseguano il diritto al trattamento pensionistico per i superstiti o di reversibilità e che non abbiano titolo per fruire di altra copertura sanitaria integrativa, possono dichiarare la volontà di associarsi al Fondo in qualità di Superstiti, ai sensi dell'art. 5.1, lettera e) dello Statuto. I figli del deceduto possono mantenere l'iscrizione in qualità di Superstiti solo fino al compimento del 26° anno di età, purché comprovino annualmente la loro condizione di studenti e non svolgano attività lavorativa.

Nel caso in cui, al decesso del Dirigente titolare dell'assistenza, concorrano al trattamento pensionistico per i superstiti o di reversibilità più soggetti, assumono il ruolo di Capo nucleo, nell'ordine:

- il coniuge;
- gli altri superstiti, a cominciare dal più anziano;
- il tutore legale, in caso di superstiti di minore età o inabili.

In caso di più soggetti con diritto al trattamento pensionistico per i superstiti o di reversibilità facenti parte di nuclei familiari anagrafici diversi, vengono considerati titolari dell'assistenza i soggetti aventi diritto, secondo l'ordine del precedente paragrafo, nei singoli nuclei familiari.

La volontà di associazione al FISDAF in qualità di Superstite deve essere formalizzata tramite l'apposito modulo predisposto dal Fondo non oltre 120 giorni dalla data del decesso del Dirigente, allegando:

1. certificato di morte in originale;
2. copia della ricevuta della domanda di trattamento pensionistico per i superstiti o di reversibilità inoltrata all'Istituto Previdenziale competente, alla quale dovrà far seguito, non appena disponibile e comunque entro 120 giorni dalla data di decorrenza del trattamento pensionistico, copia della comunicazione dello stesso Istituto comprovante la data di decorrenza del trattamento pensionistico. L'iscrizione sarà comunque accolta dal FISDAF in via provvisoria fin dalla presentazione del primo documento.

Il mancato invio delle suddette documentazioni entro il termine sopra indicato, salvo idonea giustificazione presentata dall'interessato, comporterà la sospensione dalle prestazioni in base all'art. 8 dello Statuto.

Il vedovo del Dirigente defunto che contragga nuovo matrimonio perde il diritto ad essere iscritto al Fondo in qualità di Superstite.

Il FISDAF si riserva di verificare periodicamente se perdurano le condizioni che costituiscono titolo per l'iscrizione in qualità di Superstite.

Al Superstite non è riconosciuta la facoltà di richiedere l'ammissione all'assistenza FISDAF di soggetti non già beneficiari quand'era vivente il Dirigente deceduto.

2.6 Iscritti ai sensi dell'art. 5.1, lettera g) dello Statuto

La richiesta di associazione, di cui all'art. 5.1, lettera g) dello Statuto, deve essere inoltrata al FISDAF in forma scritta dai soggetti interessati.

L'accettazione della richiesta è subordinata alla delibera, adottata con valutazione discrezionale e non vincolata, del Consiglio di amministrazione. Qualora il Consiglio di amministrazione si esprima per l'accoglimento della domanda, ne sarà data comunicazione per iscritto ai richiedenti a cura del FISDAF.

* * *

Tutte le variazioni dei dati anagrafici e bancari devono essere segnalate al Fondo per iscritto, attraverso l'apposita modulistica ove prevista, utilizzando la posta ordinaria, il fax, la posta elettronica o altri strumenti informatici messi a disposizione dal Fondo; qualora espressamente indicato nel modulo, lo stesso deve essere inviato al Fondo in originale. Le variazioni devono essere sottoscritte esclusivamente dal titolare dell'assistenza o da persona specificamente delegata (tramite procura notarile, atto di tutela, nomina a curatore, ecc.).

La modulistica necessaria per le iscrizioni e per la segnalazione delle variazioni anagrafiche e bancarie è allegata al presente Regolamento e ne è parte integrante.

Art. 3 - Ritardate richieste d'iscrizione

Il Consiglio di amministrazione - con valutazione discrezionale e non vincolata - può prendere in esame ed eventualmente accogliere richieste d'iscrizione in qualità di Capo nucleo inoltrate oltre i termini stabiliti dal presente Regolamento, a condizione che:

- i soggetti interessati siano in possesso dei requisiti stabiliti per iscriversi al FISDAF;
- le cause del ritardo siano motivate e opportunamente documentate.

In caso di accoglimento della domanda l'iscrizione decorre dalla data stabilita dal Consiglio di amministrazione: da tale data verrà quindi riconosciuta l'assistenza e dovranno essere versate le relative quote contributive.

In ogni caso il Consiglio di amministrazione può chiedere, come condizione per l'ammissione richiesta tardivamente, il versamento di una "quota una tantum a titolo di ritardata iscrizione".

Per quanto riguarda la ritardata ammissione di beneficiari si rimanda agli specifici punti dell'art. 7 del Regolamento.

Art. 4 - Titolare dell'assistenza - Capo nucleo

I Soci persone fisiche di cui all'art. 5 dello Statuto assumono, per sé e per i beneficiari dell'assistenza FISDAF loro attribuiti, il ruolo di titolari dell'assistenza, denominati Capi nucleo.

Il Capo nucleo è l'interlocutore del Fondo per tutte le pratiche relative a sé e ai propri beneficiari.

Il Capo nucleo, nel caso di impedimento temporaneo o di sopravvenuta incapacità, dovrà essere rappresentato da persona specificamente delegata (tramite procura notarile, atto di tutela, nomina a curatore ecc.).

Art. 5 - Perdita del diritto all'assistenza

5.1 Decadenza

La decadenza dalle prestazioni FISDAF per il titolare dell'assistenza e per il proprio nucleo familiare può verificarsi, oltre che nei casi previsti dall'art. 9.1 dello Statuto, per effetto delle seguenti motivazioni:

- a) per i Dirigenti in servizio, risoluzione del rapporto di lavoro con l'Azienda Socia: l'effetto della decadenza si verifica a partire dalla data di cessazione del rapporto stesso ovvero al termine dell'eventuale periodo di preavviso, anche se sostituito dalla corrispondente indennità, ferme restando le possibilità di iscrizione ad altro titolo previste dallo Statuto. A tal fine le Aziende devono comunicare al FISDAF la risoluzione del rapporto di lavoro dei propri dirigenti, evidenziando l'eventuale periodo di preavviso anche se sostituito dalla corrispondente indennità;
- b) per i Dirigenti in pensione, al momento dell'istituzione di un nuovo rapporto di lavoro subordinato che dia titolo ad analoga forma di copertura sanitaria integrativa. Di tale evento l'interessato è tenuto a dare comunicazione al FISDAF entro 60 giorni;
- c) per i Dirigenti proscrittori volontari, al momento dell'acquisizione del titolo all'assistenza da parte di altro Fondo sanitario integrativo. Di tale evento l'interessato è tenuto a dare comunicazione al FISDAF entro 60 giorni;
- d) per i Superstiti, al momento della decadenza dal diritto al trattamento pensionistico per i superstiti o di reversibilità, ad eccezione di quanto specificamente stabilito all'art. 2.5 del presente Regolamento per i figli con meno di 26 anni. Di tale evento l'interessato è tenuto a dare comunicazione al FISDAF entro 60 giorni.

Inoltre, tutti i soggetti assistiti dal FISDAF decadono dalla qualità di titolari dell'assistenza o di beneficiari in caso di uscita dal Fondo dell'Azienda di riferimento, nel rispetto delle disposizioni di cui all'art. 9.4 dello Statuto.

Il FISDAF ha diritto al recupero delle prestazioni che siano eventualmente già state erogate successivamente alla data di decadenza. I contributi a qualunque titolo versati alla data della decadenza non verranno restituiti.

5.2 Esclusione

L'esclusione in base alle previsioni dell'art. 9 dello Statuto viene comunicata al Capo nucleo con lettera raccomandata A.R.

Il FISDAF ha diritto al recupero delle prestazioni che siano eventualmente già state erogate successivamente alla data di esclusione.

5.3 Rinuncia

Per i Dirigenti in servizio non è ammessa la rinuncia poiché la loro iscrizione al FISDAF deriva da obblighi previsti dagli accordi contrattuali istitutivi e regolamentari del FISDAF stesso sottoscritti dalle Aziende Socie.

Per tutti gli altri iscritti il rapporto con il FISDAF deriva da un atto volontario, così come disciplinato dalle norme statutarie e regolamentari in vigore. Per essi, pertanto, la cessazione del rapporto con il FISDAF può intervenire, oltreché per le cause di decadenza e di esclusione, anche per atto di rinuncia espressa formalmente per iscritto a mezzo di raccomandata A.R. indirizzata al Fondo.

La rinuncia ha carattere definitivo a tutti gli effetti ed esclude dal Fondo l'iscritto ed il suo nucleo familiare a decorrere dalla scadenza del periodo contributivo in corso.

Le Aziende Socie possono richiedere la cessazione del rapporto con il FISDAF a mezzo di raccomandata A.R.; la rinuncia decorre dal nono mese successivo al suo ricevimento da parte del Fondo e determina l'esclusione dall'assistenza FISDAF di tutti gli iscritti e dei relativi beneficiari attribuiti all'Azienda al momento della sua uscita, fatto salvo quanto definito all'art. 9.4 dello Statuto.

<p>Art. 6 - Decesso di titolare dell'assistenza - Subentro degli eredi nelle posizioni creditorie e/o debitorie</p>
--

Il decesso del Capo nucleo deve essere al più presto comunicato al FISDAF e attestato con l'invio del certificato di morte.

Nei crediti e/o debiti del Capo nucleo, pendenti al momento del decesso, subentrano tutti gli eventuali eredi. Ai suddetti fini, su richiesta scritta del FISDAF, il titolo di erede dovrà essere attestato con la presentazione della documentazione prevista dalla modulistica che in tale occasione viene inviata dal Fondo agli interessati.

Le quote contributive già versate al FISDAF al momento del decesso non verranno restituite. Le eventuali richieste di rimborso non ancora inviate al FISDAF possono essere inoltrate dagli eredi entro e non oltre 6 mesi dalla data del decesso del Capo nucleo.

Il FISDAF ha in ogni caso il diritto di recuperare in capo agli eredi qualsiasi somma corrisposta al Capo nucleo deceduto, allo stesso non dovuta o comunque soggetta a restituzione a norma del presente Regolamento.

Art. 7 - Beneficiari aventi titolo per essere assistiti

Oltre al Capo nucleo, su domanda dello stesso, sono ammessi alle prestazioni del FISDAF i beneficiari di cui all'art. 6 dello Statuto che siano in possesso dei requisiti specificamente indicati nel presente articolo.

I suddetti beneficiari non hanno alcun diritto autonomo all'assistenza, né sono titolari di posizione propria presso il FISDAF: il Capo nucleo può quindi non chiederne l'ammissione o richiedere l'esclusione di quelli già ammessi. L'esclusione ha carattere definitivo e decorre dal momento in cui viene richiesta; non è possibile chiedere la riammissione dei beneficiari esclusi.

Il Capo nucleo deve segnalare al Fondo i beneficiari per i quali intende richiedere l'assistenza entro 60 giorni dalla propria iscrizione al FISDAF o dal successivo evento che dia titolo alla loro assistenza, attraverso l'apposita modulistica; l'assistenza decorre dalla data di iscrizione del Capo nucleo o dal successivo evento che ne dia titolo. In caso di richiesta tardiva, la stessa sarà accolta, ma l'assistenza decorrerà dal primo giorno del mese successivo alla data di richiesta. Per i genitori del Capo nucleo valgono le specifiche previsioni del successivo punto 7.7.

Il Capo nucleo, entro 60 giorni dall'accadimento, deve dare comunicazione al Fondo del verificarsi di uno degli eventi indicati nel seguito del presente articolo, che comportino la cessazione del diritto all'assistenza per un beneficiario: in tal caso l'assistenza viene meno dal momento in cui si è verificato l'evento che comporta l'esclusione.

Il FISDAF si riserva di effettuare delle verifiche circa l'esistenza ed il perdurare delle condizioni dei beneficiari assistiti dichiarate dal Capo nucleo. Qualora, per mendace e/o omessa dichiarazione, risultino non sussistenti le condizioni richieste, il Consiglio di amministrazione può deliberare l'esclusione del beneficiario, con recupero da parte del FISDAF delle prestazioni indebitamente erogate.

7.1 Coniuge

L'assistenza viene erogata al coniuge, riconosciuto tale secondo l'ordinamento statale applicabile, a condizione che non goda o non abbia titolo proprio per fruire di analoga assistenza sanitaria integrativa.

Il coniuge che sia Dirigente in servizio presso una delle Aziende Socie del FISDAF è considerato a tutti gli effetti titolare dell'assistenza FISDAF (Capo nucleo) e non familiare beneficiario.

Il coniuge separato, giudizialmente o consensualmente, può conservare - su specifica richiesta del Capo nucleo - il beneficio dell'assistenza solo quando abbia diritto ad assegno alimentare a carico del Capo nucleo, comprovato con copia della sentenza di separazione o del decreto di omologazione.

L'assistenza del FISDAF nei confronti del coniuge separato senza diritto ad assegno alimentare cessa a decorrere dalla data di pubblicazione della sentenza o del decreto di omologazione.

In caso di divorzio l'assistenza del FISDAF cessa dal giorno della pubblicazione della sentenza.

L'ex-coniuge divorziato non ha diritto all'assistenza neppure nel caso in cui consegua il trattamento pensionistico per i superstiti o di reversibilità.

In caso di separazione o di divorzio il Capo nucleo deve tempestivamente comunicare tale evento al FISDAF, impegnandosi ad inviare copia della relativa sentenza o del decreto di omologazione entro un mese dalla data di pubblicazione.

Per i Capi nucleo con cittadinanza non italiana si fa riferimento a provvedimenti equipollenti a quelli italiani, ai quali è necessario allegare la traduzione autenticata.

7.2 Convivente More Uxorio

In assenza del coniuge può divenire beneficiario il convivente more uxorio del Capo nucleo, risultante da certificato di stato di famiglia rilasciato ai sensi del D.P.R. 223/1989 o da dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del D.P.R. 445/2000, qualora non abbia titolo ad analoga forma di copertura sanitaria integrativa.

Qualora venga meno lo stato di convivenza more uxorio il Capo nucleo deve darne tempestivamente comunicazione al Fondo, presentando allo stesso il certificato di stato di famiglia aggiornato o la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà.

7.3 Figli minorenni

I figli di minore età del Capo nucleo sono ammessi al FISDAF su richiesta formalizzata tramite l'apposita modulistica corredata dalla prescritta documentazione, purché a carico dello stesso (dimostrabile anche dalla presenza del figlio nello stato di famiglia) o, in caso di Capo nucleo separato o divorziato con affidamento dei figli all'altro genitore, sia stato definito assegno alimentare a carico del Capo nucleo e venga da questo prodotta dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, resa in anagrafe, attestante che nessun altro contribuisce al mantenimento dei suddetti figli.

Possono inoltre essere ammessi all'assistenza del Fondo, su richiesta del Capo nucleo, purché a carico dello stesso (dimostrabile anche dalla presenza del figlio nello stato di famiglia), fino al compimento del 18° anno di età:

- i minori in affido (sia pre-adottivo che familiare temporaneo), per i quali occorre produrre copia del relativo provvedimento giudiziario;
- i figli del coniuge non aventi titolo al percepimento di alcun assegno alimentare a carico dell'altro genitore, su produzione di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, resa dal coniuge, attestante che nessun altro contribuisce al mantenimento del suddetto figlio.

7.4 Figli in età compresa tra i 18 e i 26 anni

L'assistenza dei figli minori del Capo nucleo già beneficiari viene prorogata al compimento del 18° anno di età e fino a 26 anni compiuti, purché questi non siano coniugati e siano a carico del Capo nucleo, secondo quanto definito al punto 7.3. Il Capo nucleo, al momento dell'iscrizione al Fondo, può inoltre chiedere l'ammissione all'assistenza FISDAF per i figli con un'età compresa tra i 18 e i 26 anni purché non siano coniugati e siano a suo carico secondo quanto definito al punto 7.3.

Ai suddetti fini, il Capo nucleo deve far pervenire al Fondo l'apposito modulo, debitamente sottoscritto anche dal figlio, allegando il consenso dello stesso al trattamento dei dati personali.

L'assistenza per i figli minori del coniuge del Capo nucleo indicati nel punto 7.3 può essere prorogata al momento del raggiungimento della maggiore età e fino ai 26 anni purché essi non siano coniugati e siano a carico del Capo nucleo. Possono inoltre essere ammessi all'assistenza del Fondo i figli del coniuge tra i 18 e i 26 anni, su richiesta del Capo nucleo formalizzata all'atto della sua iscrizione al FISDAF, purché non siano coniugati e siano a carico dello stesso.

Il Capo nucleo deve provvedere a far pervenire al Fondo l'apposito modulo FISDAF, debitamente sottoscritto anche dal beneficiario interessato, allegando il consenso dell'interessato al trattamento dei dati personali.

7.5 Figli di età compresa tra i 26 ei 30 anni

Il Capo nucleo può chiedere l'ammissione all'assistenza del Fondo per i figli di cui al precedente punto per il periodo compreso tra il 26° ed il 30° anno di età qualora non siano coniugati e siano a suo carico, secondo quanto definito al punto 7.3, dietro versamento al FISDAF della specifica quota annuale di contribuzione stabilita dal Fondo.

Il Capo nucleo deve provvedere annualmente al rinnovo dell'assistenza, compilando l'apposito modulo FISDAF, debitamente sottoscritto anche dal figlio.

Al compimento del 30° anno i figli cessano di essere titolari di ogni diritto all'assistenza del FISDAF.

7.6 Figli invalidi

I figli possono essere assistiti anche oltre i limiti di età previsti nei precedenti punti del presente Regolamento, senza oneri contributivi supplementari, per comprovata condizione di invalido civile, che sia stata riconosciuta dalle competenti Commissioni Sanitarie pubbliche entro il compimento del 26° anno.

Tali soggetti sono pertanto assistiti senza limiti temporali purché siano conviventi con il Capo nucleo (ad eccezione di eventuale residenza in comunità protette) ed a suo carico.

Il Capo nucleo deve comprovare che il suddetto figlio:

- ha ottenuto il riconoscimento dell'invalidità civile, nella percentuale stabilita per aver titolo ai trattamenti di pensione spettanti agli invalidi civili, secondo la legislazione vigente;
- non fruisce di redditi da lavoro superiori ai limiti fissati dalla legge per il riconoscimento dei benefici assistenziali/previdenziali. A tali fini l'indennità di accompagnamento, riconosciuta dalla normativa vigente in materia, non costituisce reddito.

7.7 Genitori del Capo nucleo

Su specifica richiesta del Capo nucleo, presentata contestualmente alla propria iscrizione al FISDAF e da rinnovarsi annualmente, sono ammessi all'assistenza del Fondo i suoi genitori, a condizione che:

- siano a completo carico del Capo nucleo (per i genitori entrambi viventi viene considerato il reddito complessivo, indipendentemente dal fatto che l'assistenza sia richiesta per uno solo di essi);
- non abbiano titolo proprio per fruire di altra copertura sanitaria integrativa.

Il Capo nucleo deve formalizzare la domanda di ammissione tramite l'apposito modulo FISDAF, corredato della necessaria certificazione ivi indicata e deve versare la specifica quota annuale di contribuzione stabilita dal Fondo.

Art. 8 - Documento di iscrizione

Ad ogni assistito viene rilasciata dal FISDAF apposita tessera nominativa.

L'assistito FISDAF, sia titolare dell'assistenza sia altro beneficiario, è tenuto ad esibire su richiesta tale documento ogni qualvolta usufruisca delle strutture sanitarie convenzionate con il FISDAF.

In caso di smarrimento o usura l'assistito può richiedere al Fondo il rilascio di un duplicato di tale tessera.

Art. 9 - Iscrizione di nuove Aziende dei Gruppi STELLANTIS, Iveco Group e CNH Industrial

Le nuove Aziende che vengano a far parte dei Gruppi STELLANTIS, Iveco Group e CNH Industrial (intesi nella loro attuale ed eventuale futura denominazione e compagine societaria) devono fare formale richiesta scritta di iscrizione al FISDAF.

Nel caso di ingresso nei Gruppi STELLANTIS, Iveco Group e CNH Industrial di una nuova società, la contribuzione derivante dalle previsioni normative del Fondo viene integrata da un "contributo d'ingresso" a carico dell'Azienda, come definito dall'art. 12 del presente Regolamento.

I Dirigenti in pensione ed i Superstiti appartenenti alle Aziende di cui sopra hanno titolo per aderire al FISDAF purché si trovino nelle seguenti condizioni:

- a) aderissero ad analoga forma di assistenza sanitaria integrativa con il sostegno dell'Azienda di appartenenza;
- b) esibiscano documento dimostrativo di trattamento pensionistico;
- c) abbiano i requisiti per essere assistiti dal FISDAF secondo le norme regolamentari.

Art. 10 - Iscrizione di altre Aziende

Le Aziende diverse da quelle previste all'art. 9 che intendono iscriversi al FISDAF devono accettare i contratti collettivi istitutivi del FISDAF ed i successivi relativi atti integrativi e modificativi, stipulati da STELLANTIS N.V., da Iveco Group N.V. e CNH Industrial N.V.

Le Aziende suddette devono fare richiesta scritta per l'iscrizione al FISDAF, con ciò assumendo le obbligazioni stabilite dallo Statuto e dal Regolamento del Fondo. Contestualmente, le Aziende devono segnalare al Fondo i nominativi dei Dirigenti in servizio, dei Dirigenti in pensione e dei Superstiti, aventi diritto all'assistenza, oltre ai nominativi dei dirigenti usciti negli ultimi cinque anni.

La contribuzione derivante dalle sopracitate obbligazioni è integrata da un "contributo d'ingresso" a carico dell'Azienda, come definito dall'art. 12 del presente Regolamento.

L'iscrizione è comunque subordinata all'accoglimento della domanda con delibera del Consiglio di amministrazione del Fondo.

I Dirigenti in pensione ed i Superstiti appartenenti alle Aziende di cui sopra hanno titolo per aderire al FISDAF purché si trovino nelle seguenti condizioni:

- a) aderissero ad analoga forma di assistenza sanitaria integrativa con il sostegno dell'Azienda di appartenenza;
- b) esibiscano documento dimostrativo del trattamento pensionistico;
- c) abbiano i requisiti per essere assistiti dal FISDAF secondo le norme regolamentari.

Art. 11 – Recesso e trasferimento d'Azienda

In caso di recesso o trasferimento dell'intera azienda o di un ramo della stessa da parte di un'Azienda iscritta al FISDAF, viene applicato quanto previsto dall'art. 9.4 dello Statuto.

Ai suddetti fini, l'Azienda deve comunicare al FISDAF i nominativi dei Dirigenti in servizio, dei Dirigenti in pensione e dei Superstiti associati al recesso o al trasferimento.

Art. 12 – Contributi

Il versamento dei contributi previsti dalla contrattazione tempo per tempo vigente e dallo Statuto del Fondo avviene con le seguenti modalità:

- a) in quote mensili per i contributi a carico dell'Azienda e del Dirigente previsti per i Dirigenti in servizio, nonché per il contributo di solidarietà dovuto dall'Azienda;

- b) in quote semestrali anticipate per i contributi a carico del Dirigente in pensione, del Superstite, del Dirigente prosecutore volontario, nonché per i contributi specifici previsti per l'assistenza a particolari categorie di beneficiari;
- c) in quota annuale anticipata per i contributi a carico degli Iscritti di cui all'art. 5.1, lett. g), dello Statuto;
- d) contestualmente all'iscrizione al FISDAF per il contributo di ingresso dovuto dalle Aziende; tale contributo è pari al 50% del contributo annuo a carico dell'Azienda per i Dirigenti in servizio, moltiplicato per ogni Dirigente in servizio, in pensione e Superstite che venga iscritto al FISDAF;
- e) a inizio anno per i dirigenti in servizio già iscritti al 31 dicembre dell'anno precedente, ovvero con la prima contribuzione versata per i dirigenti assunti o nominati nel corso dell'anno, per il contributo spese amministrative a carico dell'Azienda socia;
- f) con trattenuta del Fondo dal primo versamento contributivo ordinario dell'anno, per il contributo spese amministrative a carico dei Dirigenti in pensione, dei Superstiti e dei Dirigenti prosecutori volontari.

In caso di iscrizione in corso di anno solare, i contributi dovuti al Fondo saranno riproporzionati su base mensile, restando inalterate le suddette modalità di versamento. Si precisa che la contribuzione di spettanza del Superstite è ridotta dell'importo non dovuto in quanto già pagato dall'Iscritto deceduto per lo stesso periodo.

Ove, all'atto della risoluzione del rapporto di lavoro, l'Azienda abbia corrisposto, in luogo del preavviso dovuto, la prevista indennità, su tale indennità viene versata la contribuzione relativa al Dirigente in servizio; tale criterio si applica anche in caso di decesso di dirigente in servizio, a favore dei Superstiti, con decorrenza della contribuzione a carico del Capo nucleo superstite al termine del preavviso.

In caso di Dirigente in servizio con contratto di lavoro a tempo parziale, la relativa contribuzione è dovuta sempre per intero e non è soggetta a riproporzionamento; nel caso in cui il Dirigente abbia più contratti a tempo parziale con più datori di lavoro Soci del Fondo, l'onere contributivo verrà sostenuto proporzionalmente in base al numero dei rapporti di lavoro in essere.

Gli eventuali oneri derivanti dal versamento dei contributi sono a carico dei Soci.

Art. 13 - Forme ed ambito dell'assistenza

L'assistenza del FISDAF avviene mediante concorso alle spese sanitarie sostenute dall'assistito, secondo le modalità ed entro i limiti determinati dal Tariffario in vigore.

L'erogazione dei concorsi spese è effettuata esclusivamente al Capo nucleo con accredito su conto corrente bancario a lui intestato; le eventuali commissioni bancarie per tale operazione sono a suo carico.

L'assistenza del FISDAF nella "forma diretta" avviene mediante concorso alle spese sanitarie per prestazioni fruite dall'assistito, secondo le modalità ed entro i limiti determinati dal Tariffario in vigore, con pagamento del rimborso spettante direttamente alla struttura convenzionata.

Il diritto all'assistenza del FISDAF, oltre a discendere dal possesso dei requisiti personali e dall'osservanza delle modalità di iscrizione stabilite dallo Statuto e dal presente Regolamento, prescinde dal Paese in cui si trovano i soggetti interessati o in cui vengono effettuate le prestazioni.

I concorsi spese del FISDAF vengono riconosciuti in applicazione al Regolamento e al Tariffario in vigore, indipendentemente dal luogo in cui siano residenti/domiciliati l'Isritto e i relativi beneficiari dell'assistenza e/o siano effettuate le prestazioni.

Le fatture e la relativa documentazione rilasciate all'estero e redatte in lingua straniera devono essere accompagnate da una traduzione in lingua italiana. In mancanza di detta traduzione con conseguente eventuale non corretta interpretazione da parte del FISDAF, non sono ammesse né contestazioni né correzioni.

Il FISDAF dispone di una struttura che provvede a fornire gli opportuni supporti informativi e/o operativi ai propri assistiti, relativamente a:

- fruizione delle prestazioni;
- richieste di rimborso;
- istruzioni per le procedure di recupero dei rimborsi a carico di altri Enti.

Le attività di supporto del FISDAF hanno carattere puramente amministrativo: rientra pertanto nella esclusiva sfera di discrezionalità dell'assistito la scelta dei medici e dei presidi sanitari occorrenti alle proprie necessità, delle cui risultanze il FISDAF non può essere in alcun modo responsabile.

Art. 14 - Anticipi

E' prevista la possibilità di corresponsione al Capo nucleo di un anticipo sull'intervento economico del FISDAF, limitatamente ai ricoveri ospedalieri ed alle cure odontoiatriche/protesiche, che comportino onerosi esborsi a carico degli assistiti.

Il Direttore del FISDAF valuta la misura dell'anticipo, che comunque non potrà essere superiore al 75% del rimborso applicabile da Tariffario.

Per ottenere l'anticipo il Capo nucleo deve inoltrare domanda scritta su apposito modulo predisposto dal FISDAF, con specifico impegno alla restituzione dell'anticipo nei termini regolamentari previsti, allegando:

- per le cure odontoiatriche/protesiche, il piano di cura con preventivo dettagliato delle prestazioni, redatto dallo studio medico dentistico, presso il quale l'assistito effettuerà le suddette cure;
- per i ricoveri, la proposta del medico curante, completa di diagnosi, tipo di terapie medico-chirurgiche previste e preventivo di spesa, con l'indicazione della presunta durata del ricovero stesso.

La concessione dell'anticipo avverrà solo al momento in cui l'assistito avrà dimostrato l'avvenuto inizio della prestazione e, in particolare:

- per le cure odontoiatriche/protesiche, quando avrà presentato regolare ricevuta attestante l'anticipazione di onorario corrisposto allo studio medico dentistico;
- per i ricoveri, dietro dichiarazione del giorno previsto per il ricovero.

L'anticipo corrisposto viene recuperato dal Fondo entro dodici mesi dalla data di corresponsione dell'anticipo stesso:

- a. con restituzione da parte del Capo nucleo dell'intera somma, se entro il termine predetto non sono stati inoltrati al FISDAF i relativi documenti di spesa;
- b. con restituzione da parte del Capo nucleo dell'intera somma, nel caso in cui altro Ente abbia già integralmente coperto la spesa documentata;
- c. con restituzione da parte del Capo nucleo dell'intera somma, qualora dai documenti sanitari prodotti risulti una diagnosi e/o un trattamento non ammesso a rimborso in base all'art. 29 del Regolamento;
- d. totalmente in sede di liquidazione della pratica, con compensazione del rimborso spettante ovvero parzialmente, se la valutazione della pratica di rimborso comportasse l'applicazione di tariffe inferiori a quelle considerate in sede di concessione dell'anticipo: in tal caso il Capo nucleo è tenuto a restituire la differenza.

La ritardata restituzione dell'anticipo erogato, entro i termini stabiliti dal Fondo e da questo comunicati al Capo nucleo con lettera raccomandata, può essere motivo di temporanea sospensione dalle prestazioni, ai sensi dell'art. 8 dello Statuto.

Art. 15 - Richieste di concorso spese: modalità e termini di presentazione

Le prestazioni integrative del FISDAF sono liquidate unicamente su richiesta del Capo nucleo formulata sull'apposito modulo inviatogli dal Fondo.

Nel modulo vanno indicate tutte le prestazioni fruitive dai diversi componenti il nucleo familiare, che devono essere supportate da copia delle documentazioni fiscalmente valide con il dettaglio delle spese sanitarie sostenute per ogni prestazione, intestate alle persone oggetto delle prestazioni, nonché da copia delle altre documentazioni necessarie a norma del presente Regolamento.

Nel caso di prestazione sanitaria al figlio minore la fattura può essere intestata al genitore Capo nucleo, con l'indicazione del nominativo del minore che ha fruito della prestazione.

L'inoltro delle documentazioni di spesa al FISDAF può essere effettuato tramite consegna o invio (posta o fax) oppure in formato pdf tramite posta elettronica o altri strumenti informatici messi a disposizione dal Fondo. Gli originali eventualmente inviati non saranno più disponibili per l'interessato.

La documentazione di spesa inoltrata sarà conservata dal FISDAF nei termini previsti dalla legge, a giustificazione delle prestazioni integrative erogate. Il FISDAF si riserva la facoltà di richiedere documentazioni supplementari ed eventuali supporti probatori, ove necessario.

Se l'assistito fruisce di un altro fondo sanitario o di un'assicurazione, deve presentare la richiesta di rimborso ai predetti Enti; solo successivamente potrà richiedere al FISDAF il rimborso integrativo nel limite previsto dal Tariffario del Fondo, comprovando il concorso spese già ottenuto. Qualora la prestazione sanitaria sia conseguente ad un incidente con concorso terzi, il FISDAF può valutare la liquidazione della richiesta di rimborso in anticipo rispetto all'intervento dell'assicurazione, recuperando successivamente l'importo a chiusura della pratica assicurativa.

Le richieste di rimborso devono essere presentate tassativamente entro e non oltre novanta giorni dall'ultimo giorno del mese di emissione della documentazione di spesa, così da consentire al Fondo la regolare evasione della pratica.

Le richieste di concorso spese sono liquidate in base al Tariffario vigente nel momento in cui è stata emessa la documentazione di spesa relativa alla prestazione sanitaria o è iniziato il ricovero.

Art. 16 – Ricoveri, Day hospital e Day Surgery

E' considerato ricovero sia quello con degenza di più giorni sia quello senza pernottamento (Day Hospital o Day Surgery).

E' necessario che il Capo nucleo segnali sempre preventivamente al FISDAF il ricovero proprio e/o dei suoi beneficiari, anche con sola comunicazione telefonica; in caso di ricovero urgente la segnalazione potrà essere fatta successivamente, ma comunque entro tre giorni dalla data di inizio del ricovero stesso.

Le differenti tipologie di ricovero sono regolamentate in dettaglio nel presente articolo. Il FISDAF è comunque a disposizione degli assistiti per fornire, nell'ambito di cui all'art. 13 del presente Regolamento, tutte le indicazioni utili per l'espletamento delle procedure amministrative relative al ricovero presso una struttura pubblica o presso una struttura privata: in quest'ultimo caso il Fondo può supportare l'assistito anche per l'applicazione di eventuali accordi vigenti tra il FISDAF e la struttura prescelta.

Nel caso in cui l'assistito fruisca di eventuale concorso spese da parte della propria ASL, il FISDAF porterà in deduzione dal rimborso detto importo.

16.1 Ricovero in Italia, a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale/Regionale

Può essere effettuato in Enti Ospedalieri o Case di Cura private accreditate presso il Servizio Sanitario Regionale.

Per questa tipologia di ricovero l'assistito può richiedere l'indennità giornaliera (diaria), secondo il Tariffario in vigore, attraverso l'apposito modulo predisposto dal Fondo, allegando copia della relazione di dimissione, da cui risultino il periodo di ricovero, la diagnosi ed il tipo di cure mediche o chirurgiche praticate. Nei casi di prestazioni ricorrenti in regime di day hospital la relazione di dimissione sarà sostituita dalla dichiarazione rilasciata dall'Ente Ospedaliero/Casa di Cura riportante la tipologia delle prestazioni ed i giorni effettivi di calendario nei quali il paziente ne ha fruito.

16.2 Ricovero in Italia a pagamento

Può essere effettuato nelle seguenti strutture ospedaliere:

- a. Enti Ospedalieri:
 1. nei reparti riservati alla libera professione dei medici (intra moenia), con pagamento della degenza, degli accertamenti diagnostici e delle prestazioni medico-specialistiche;
 2. nei reparti ove è a carico del paziente solo una differenza di retta ovvero alcune eventuali prestazioni specialistiche.
- b. Case di Cura private:
 1. per ricoveri alternativi a quelli previsti al punto a.1 se l'Azienda Ospedaliera garantisce la forma privata del ricovero presso una Casa di Cura convenzionata con pagamento della degenza alla Casa di Cura e delle prestazioni medico-chirurgiche all'Azienda ospedaliera;
 2. per ricoveri esclusivamente di carattere privato con pagamento della degenza e delle spese cliniche alla Casa di Cura e degli onorari medici direttamente ai singoli professionisti. Per questi casi è eventualmente possibile, secondo le normative delle singole Regioni, richiedere un concorso spese alla propria ASL di residenza.
- c. Case di Cura private accreditate presso il Servizio Sanitario Regionale:
 1. per ricoveri esclusivamente di carattere privato nei reparti non accreditati, con procedura analoga al punto b.2;
 2. per ricoveri ove è a carico del paziente solo una differenza di retta ovvero alcune eventuali prestazioni specialistiche.
- d. Istituti Medici Polispecialistici (per le sole prestazioni in Day Hospital o Day Surgery): con pagamento a carico del paziente di tutte le prestazioni cliniche e degli onorari medici.

Per tutte queste tipologie di ricovero il Capo nucleo, per richiedere il concorso spese secondo il Tariffario in vigore, deve inoltrare al FISDAF la seguente documentazione in copia:

- fatture rilasciate dall'Ente Ospedaliero e/o dalla Casa di Cura;
- fatture rilasciate dai medici;
- fatture di eventuali endo-protesi;
- cartella clinica (frontespizio, diario giornaliero, descrizione intervento, relazione);
- eventuale esame istopatologico

In caso di concorso spese riconosciuto dalla propria ASL di residenza (vedi punti b.2 e c.1) l'assistito dovrà esibire al FISDAF idonea dichiarazione attestante il rimborso ottenuto.

Per quanto riguarda i ricoveri a pagamento che comportino per l'assistito come unico costo la retta per la degenza, qualora il relativo onere giornaliero a carico dell'assistito sia inferiore all'importo previsto dal Tariffario in vigore per l'indennità diaria di cui all'art. 16.1, il Fondo rimborserà un importo pari al valore di suddetta indennità.

16.3 Ricovero all'estero

Detti ricoveri sono compresi nelle seguenti tipologie, correlate al luogo di residenza dell'assistito:

a) Ricovero all'estero di cittadini italiani residenti nel Paese estero.

Per tali ricoveri vengono riconosciuti i rimborsi previsti per i ricoveri in Italia, secondo il Tariffario in vigore, con l'avvertenza che laddove si fa riferimento per l'Italia al Servizio Sanitario Nazionale/Regionale, si deve intendere il servizio sanitario locale (o equipollente copertura assicurativa) del Paese estero di residenza. Gli eventuali concorsi spese da parte del servizio sanitario locale (o equipollente copertura assicurativa) sono di conseguenza dedotti dal rimborso ottenuto dall'assistito per la prestazione di ricovero.

b) Ricovero all'estero di cittadini italiani residenti in Italia.

Per tali ricoveri vengono riconosciuti i rimborsi previsti per i ricoveri in Italia, secondo il Tariffario in vigore. E' fatto obbligo all'assistito di fornire al Fondo, unitamente alla normale documentazione di richiesta rimborso, copia del documento di estensione della copertura sanitaria pubblica all'estero (ove prevista) rilasciata dalla propria ASL di residenza. Il rimborso FISDAF verrà definito dopo che sarà accertato dal Fondo l'eventuale concorso spese da parte del servizio sanitario estero ovvero della propria ASL di residenza.

c) Ricovero all'estero di cittadini italiani residenti in Italia, che devono recarsi in un Paese estero per sottoporsi a specifiche cure, mediche e/o chirurgiche.

Nel caso in cui la permanenza all'estero sia dovuta alla necessità di sottoporsi a specifici trattamenti sanitari con ricovero, vanno prioritariamente rispettate le procedure autorizzative previste dalla legislazione in materia e dalla normativa del Ministero della Salute e delle ASL.

Nella richiesta di rimborso da inoltrare al FISDAF, gli assistiti hanno l'obbligo di comprovare l'avvenuto espletamento di tali procedure di autorizzazione, il loro esito e l'eventuale concorso spese ottenuto.

Per richiedere il concorso spese, secondo il Tariffario in vigore per i ricoveri in Italia, il Capo nucleo deve inoltrare al FISDAF la documentazione per questi prevista, con relativa traduzione dei documenti redatti in lingua estera.

16.4 Massimali relativi ai ricoveri

Il FISDAF copre le spese relative ai ricoveri nel limite di 180 giorni per anno, anche se non consecutivi e dovuti a diversi eventi morbosi. Si intende per anno il periodo di 365 giorni precedenti ad ogni singolo giorno di ricovero, oltre ai quali verrà applicato solo il concorso spese previsto all'art. 16.5. Nel computo del predetto massimale di 180 giorni sono compresi anche i ricoveri a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale/Regionale.

Per i ricoveri per riabilitazione neuro-motoria e cardio-respiratoria il concorso spese del FISDAF è riconosciuto sino ad un massimo di 60 giorni annui, dopodiché verrà applicato solo il concorso spese previsto all'art. 16.5. Il massimale di 60 giorni concorre in ogni caso al conteggio del massimale complessivo di 180 giorni annui.

Sono esclusi dal concorso spese previsto dal presente articolo i ricoveri, anche inferiori a 180 giorni, che dalla cartella clinica o per il tipo di struttura prescelta risultino dovuti a condizioni di lungodegenza e/o malattie croniche, per i quali è in ogni caso applicato il concorso spese previsto all'art. 16.5 punto 2.

16.5 Ricoveri con lungodegenza

E' previsto un concorso spese forfettario, nei limiti e secondo le modalità stabilite dal Tariffario in vigore nei seguenti particolari casi di ricovero:

1. superamento dei massimali previsti nell'art. 16.4
2. necessità di specifiche cure di mantenimento con carattere di lungodegenza e/o ripetitività, a seguito di grave malattia o intervento chirurgico dai quali derivi una situazione morbosa irreversibile o cronica. La natura di questo particolare tipo di ricovero deve essere chiaramente desumibile dalla documentazione medica: il trattamento forfettario può essere applicato, dal suo inizio o nel corso del ricovero stesso, anche se non sono stati raggiunti i 180 giorni previsti dall'art. 16.4.

Art. 17 – Soggiorno presso strutture adibite all'assistenza di persone non autosufficienti

Rientra in questa fattispecie la permanenza nelle istituzioni pubbliche o private abilitate all'assistenza e cura di pazienti in condizione di non autosufficienza, affetti da specifiche forme morbose aventi carattere invalidante di cronicità e/o di irreversibilità o portatori di handicap grave.

La domanda di ammissione al trattamento previsto dal presente articolo deve essere inoltrata al FISDAF, entro tre mesi dall'ingresso del paziente nella struttura, producendo la seguente documentazione:

1. modulo di ammissione al trattamento, reperibile presso il FISDAF;
2. scheda medica per lungodegenti, reperibile presso il FISDAF, completata di tutti i dati clinici richiesti e con timbro e firma del medico di fiducia del paziente o della struttura;

3. dichiarazione, rilasciata dalla struttura su propria carta intestata, attestante: - gli estremi della delibera di autorizzazione da parte della ASL;
- il tipo di assistenza medica e infermieristica garantita ai pazienti ivi ospitati;
 - la data di ingresso del paziente nella struttura.

L'ammissione ha durata annuale, rinnovabile.

Il FISDAF si riserva il diritto di sottoporre la suddetta documentazione a medico di fiducia e di effettuare eventuali accertamenti direttamente presso la struttura.

Per la situazione prevista dal presente articolo è corrisposto dal FISDAF un concorso spese forfettario, che decorre dal primo giorno del mese successivo ai primi tre mesi dall'ingresso del paziente nella struttura o, in caso di segnalazione tardiva dell'ingresso, dal primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda di ammissione.

L'assistito deve produrre fatture mensili in copia, regolarmente quietanzate, intestate al paziente ricoverato. In caso di contributo da parte dell'ASL o di Enti previdenziali/assistenziali, l'assistito deve comprovare al FISDAF l'erogazione ottenuta, che viene dedotta dal rimborso di competenza del Fondo.

Il concorso spese forfettario è onnicomprensivo di ogni spesa sostenuta per tutte le prestazioni assistenziali e di cura fruite, ad eccezione delle eventuali spese afferenti a cure odontoiatriche e protesiche, occhiali e lenti a contatto, protesi e presidi sanitari, che sono rimborsate in base alle specifiche previsioni del presente Regolamento. Si precisa che qualora insorga un diverso evento morboso acuto, tale da richiedere il trasferimento in una struttura ospedaliera per specifiche cure medico-chirurgiche, viene sospeso il trattamento forfettario e si applicano i criteri e le modalità di rimborso previsti dall'art. 16 del presente Regolamento.

Sono in ogni caso esclusi da ogni concorso spese i casi di ospitalità, anche permanente, in istituzioni ovvero in reparti di strutture assistenziali, aventi caratteristiche di soggiorno e/o casa di riposo per anziani autosufficienti, convalescenziari, soggiorni di vacanza, medical-hotel ed equivalenti.

Art. 18 - Assistenza infermieristica

E' previsto un concorso spese, nelle misure previste dal Tariffario in vigore, per prestazioni di assistenza ad infermi, secondo le tipologie qui di seguito specificate.

18.a) Assistenza infermieristica in ricovero, corrisposta per un periodo massimo di 30 giorni nell'arco dell'anno solare, nei seguenti casi:

- assistenza da parte di personale infermieristico, dietro presentazione di copia della fattura rilasciata da chi ha prestato l'assistenza, attestante la durata dell'assistenza, il nome della persona assistita ed il compenso totale;
- assistenza da parte di familiare che utilizzi a tal fine un posto letto con onere di spesa a suo carico, in alternativa all'assistenza infermieristica.

Qualora l'infermo abbia compiuto il 14° anno di età deve essere prodotta, in entrambi i casi sopra esposti, richiesta medica con diagnosi da cui risulti la necessità di assistenza.

18.b) Assistenza infermieristica domiciliare, per un periodo massimo di 60 giorni nell'arco dell'annosolare, nel quale va compresa anche l'eventuale assistenza di cui alla lettera a), nei seguenti casi:

- assistenza infermieristica immediatamente seguente a dimissioni da ricovero ospedaliero;
- assistenza infermieristica a persone non autosufficienti;

dietro presentazione di copia di:

- dettagliata relazione medica con diagnosi, da cui risulti la necessità di detta prestazione;
- fattura rilasciata da chi ha prestato l'assistenza, attestante la durata dell'assistenza, il nome della persona assistita ed il compenso totale.

Nel caso in cui più soggetti facenti parte di uno stesso nucleo familiare si trovino contemporaneamente nelle condizioni di fruire di tale tipologia di assistenza infermieristica, la concessione del concorso spese spetta ad uno solo di essi.

18.c) Assistenza domiciliare a persona non autosufficiente, senza limite di durata, su richiesta annuale formalizzata attraverso l'apposita modulistica, qualora l'infermo sia invalido civile e gli sia stata riconosciuta l'indennità di accompagnamento, purché non fruisca di analoga copertura.

L'ammissione a tale prestazione non può avere carattere retroattivo rispetto alla data di presentazione della domanda, che deve essere corredata da copia della dichiarazione del medico attestante la necessità di assistenza domiciliare e copia della documentazione di riconoscimento dell'invalidità civile e dell'indennità di accompagnamento. Il richiedente deve inoltre presentare mensilmente al FISDAF dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante la spesa sostenuta.

Nel caso in cui più soggetti facenti parte di uno stesso nucleo familiare si trovino contemporaneamente nelle condizioni di fruire di tale tipologia di assistenza, la concessione del concorso spese spetta ad uno solo di essi.

Art. 19 - Prestazioni odontoiatriche

a. Cure odontoiatriche e protesiche

Il concorso spese, secondo il Tariffario in vigore, è riconosciuto a conclusione delle cure su presentazione di copia della fattura emessa e quietanzata dal medico; il FISDAF può valutare il rimborso di fatture di acconto qualora indichino chiaramente le prestazioni già effettuate. Le fatture, qualora non permettano una chiara identificazione delle voci di spesa riconducibili al Tariffario Odontoiatrico del FISDAF in vigore, devono essere corredata da apposito modulo riportante il dettaglio delle prestazioni effettuate. Ove previsto dal Tariffario in vigore, è altresì necessario presentare al Fondo copia della certificazione di conformità rilasciata dal laboratorio e/o di altra documentazione richiesta per la relativa voce di spesa.

b. Cure ortodontiche

Il concorso spese è riconosciuto, con i criteri ed entro i limiti stabiliti dal Tariffario in vigore, a conclusione delle cure su presentazione di copia della fattura quietanzata dal medico,

corredata da apposito modulo riportante il dettaglio delle cure effettuate e, ove previsto dal Tariffario in vigore, copia della certificazione di conformità rilasciata dal laboratorio.

Art. 20 - Esami diagnostici e strumentali – Esami di laboratorio

E' previsto un concorso spese, secondo il Tariffario in vigore, riconosciuto su presentazione di copia di richiesta medica con l'indicazione della diagnosi ed il dettaglio degli esami richiesti, nonché di copia della fattura quietanzata, recante le generalità del paziente ed il dettaglio delle prestazioni effettuate. Qualora la prestazione sia fatturata da medico specialista non è necessaria la richiesta medica.

Il concorso spese è riconosciuto esclusivamente per le prestazioni eseguite corrispondenti a quelle prescritte.

Se la fattura si riferisce a più prestazioni effettuate nella medesima seduta (es. visita specialistica ed ecografia) gli importi devono essere indicati specificatamente a fianco di ogni singola prestazione. In caso contrario, sarà preso in considerazione il solo rimborso della visita specialistica.

Non sono ammesse fatture cumulative per più assistiti e/o più esami identici: in questo caso viene rimborsata una sola prestazione.

Sono esclusi dal concorso spese previsto dal presente articolo gli esami che, dal contesto della documentazione presentata, risultino finalizzati al controllo preventivo e/o periodico della salute (check-up).

Art. 21 - Terapia Fisica

E' previsto un concorso spese, secondo il Tariffario vigente, riconosciuto su presentazione di copia dei seguenti documenti:

- prescrizione medica indicante la diagnosi, il tipo di terapia prescritta ed il numero delle sedute;
- fattura quietanzata con dettaglio delle prestazioni effettuate e del numero delle sedute.

Qualora la terapia fisica venga effettuata da un medico specialista non è necessaria la prescrizione.

Nel caso in cui la terapia non sia effettuata da personale medico, il concorso spese è riconosciuto solo per interventi di professionisti o istituti in possesso di specifica autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie fisioterapiche.

Il concorso spese è riconosciuto esclusivamente per le prestazioni eseguite corrispondenti a quelle prescritte.

Art. 22 - Visite specialistiche e Consulti specialistici

E' previsto un concorso spese, secondo il Tariffario vigente, riconosciuto su presentazione di copia della fattura indicante il dettaglio delle prestazioni effettuate dal medico specialista.

Per essere ammessa a rimborso la fattura deve tassativamente riportare:

- la specialità del medico;
- l'indicazione del tipo di controllo effettuato (visita specialistica o consulto specialistico);
- il dettaglio di eventuali ulteriori prestazioni rese nel corso della medesima visita (es. ecografia).

Ciascuna fattura deve inoltre riguardare una sola visita ed un solo paziente: non sono ammesse fatture cumulative per più assistiti e/o più visite; è invece ammessa a rimborso la fattura che riguarda la visita ed eventuali prestazioni diagnostiche e/o chirurgiche effettuate nel corso della visita stessa (es. ecografia; intervento chirurgico): in tal caso gli importi devono essere indicati specificatamente a fianco di ogni singola prestazione.

Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici, operanti in Italia, il cui titolo accademico e la cui specialità non siano riconosciuti dalla legislazione italiana.

Si precisa che per consulto specialistico, ai fini dello specifico concorso spese previsto a Tariffario, si intende la visita richiesta con idonea relazione dal medico curante ed effettuata collegialmente dal medico proponente e dal medico specialista consultato.

Art. 23 – Interventi chirurgici ambulatoriali

E' previsto un concorso spese, secondo il Tariffario in vigore, per prestazioni chirurgiche di tipo ambulatoriale, rese presso studio di medico specialista, Istituto/Casa di cura, Poliambulatorio Polispecialistico/Centro Medico Specialistico, senza oneri di degenza.

In analogia alle condizioni previste per i ricoveri ospedalieri, il suddetto concorso spese, onnicomprensivo di ogni spesa (onorari medici del chirurgo, dell'anestesista, di eventuale assistente, diritti di sala operatoria, ecc.), è riconosciuto su presentazione di copia delle fatture quietanzate, indicanti il dettaglio dell'intervento chirurgico effettuato.

Se la fattura si riferisce a più prestazioni effettuate nella medesima seduta (es. visita specialistica e intervento chirurgico) gli importi devono essere indicati specificatamente a fianco di ogni singola prestazione.

Qualora la prestazione non sia fatturata da medico specialista è inoltre necessario allegare copia della richiesta medica con l'indicazione della diagnosi.

Art. 24 - Trasporto infermi

E' previsto un concorso spese, secondo il Tariffario in vigore e nel limite del massimale, su presentazione di copia della fattura quietanzata, indicante le generalità del paziente e la tratta effettuata, per trasporti con ambulanza effettuati nell'impossibilità di utilizzo del servizio gratuito fornito dal Servizio Sanitario Nazionale/Regionale e limitatamente, comunque, a riconosciute necessità di:

- trasferimento da/a domicilio per ammissione a ricovero ospedaliero o per dimissione da ricovero ospedaliero;
- trasferimento tra diverse strutture ospedaliere;
- ricovero urgente in pronto soccorso (anche se non seguito da ricovero ospedaliero).

Art. 25 - Occhiali - Lenti a contatto

E' previsto un concorso spese, secondo il Tariffario in vigore e con la periodicità in esso stabilita, riconosciuto su presentazione di copia della fattura o nota quietanzata dell'ottico recante le generalità del paziente e l'indicazione del grado di correzione ottica (diottrie), con le seguenti specifiche:

a. Occhiali da vista

In caso di sopravvenuta modifica del difetto visivo, conseguente ad intervento chirurgico oculistico, possono essere riconosciuti - entro i 12 mesi successivi all'intervento stesso - eventuali ulteriori due paia di occhiali nell'ambito della periodicità fissata dal Tariffario. Il concorso spese non viene riconosciuto per l'acquisto di occhiali da sole, subacquei, da sci ovvero per le spese relative al solo cambio di montatura.

Il concorso spese per occhiali è escluso qualora nella medesima periodicità indicata a Tariffario sia già stato riconosciuto il concorso spese per lenti a contatto.

b. Lenti a contatto

In caso di utilizzo di lenti a contatto del tipo "monouso", l'assistito dovrà conservare i documenti di spesa relativi all'intero anno solare ed inoltrarli al FISDAF per il rimborso a fine anno.

Non è riconosciuto il concorso spese nel caso di utilizzo di lenti a contatto per lo svolgimento di attività sportiva.

Il concorso spese per lenti a contatto è escluso qualora nella medesima periodicità indicata a Tariffario sia già stato riconosciuto il concorso spese per occhiali.

Art. 26 - Protesi e presidi sanitari

E' previsto un concorso spese, secondo il Tariffario in vigore e con la periodicità in esso stabilita, per le prestazioni e con le modalità di seguito specificate.

- a. Apparecchi acustici
dietro presentazione di copia di:
 - richiesta medica e referto di esame audiometrico;
 - fattura quietanzata con l'indicazione dell'orecchio protesizzato.

- b. Busti ortopedici - Cinti erniari - Collari ortopedici - Corsetti ortopedici -Tutori ortopedici post intervento - Reggiseni post mastectomia dietro presentazione di copia di:
 - richiesta medica;
 - fattura quietanzata.

- c. Protesi ortopediche di organi funzionali
dietro presentazione di copia di:
 - richiesta medica;
 - fattura quietanzata.

Se l'assistito ottiene per le suddette prestazioni un contributo dal Servizio Sanitario Nazionale/Regionale, nel richiedere il concorso spese al FISDAF deve documentare il contributo ottenuto e l'onere rimasto a suo carico.

Art. 27 - Quota a carico assistito (ticket) per prestazioni medico-diagnostiche rese in regime di Servizio Sanitario Nazionale/Regionale

E' previsto un concorso spese corrispondente all'importo dell'eventuale quota a carico assistito prevista dalle disposizioni di legge per specifiche prestazioni medico-diagnostiche rese dal Servizio Sanitario Nazionale/Regionale, sempreché tali prestazioni rientrino tra quelle oggetto di intervento integrativo del FISDAF in base al presente Regolamento.

L'erogazione del concorso spese per la predetta quota a carico assistito avviene esclusivamente su presentazione di copia di:

- ricevuta identificata come "copia per l'assistito", opportunamente compilata con i dati del paziente, quietanzata o con quietanza a parte, secondo le metodologie di pagamento utilizzate, e con l'indicazione specifica di "ticket";
- prescrizione medica relativa alla prestazione stessa.

Il concorso spese del FISDAF non può in ogni caso essere superiore al limite del concorso spese previsto dal Tariffario FISDAF in vigore per la prestazione alla quale si riferisce la quota a carico assistito.

Art. 28 - Erogazioni Integrative

Il Consiglio di amministrazione può disporre lo stanziamento a bilancio di un capitolo di spesa per Erogazioni Integrative da destinarsi quale ulteriore contributo sui concorsi spese previsti dal Tariffario in vigore, nei casi di prestazioni sanitarie di particolare rilievo ove rimangano consistenti eccedenze di spesa a carico degli assistiti, ovvero, in relazione alle eventuali disponibilità residue di tale capitolo, anche a parziale copertura di rilevanti oneri di spesa a carico degli assistiti per prestazioni di particolare necessità non comprese nel presente Regolamento e relativo Tariffario in vigore.

La scelta degli opportuni interventi e la misura delle erogazioni da destinare sono delegate al Consiglio di amministrazione, che opererà (anche avvalendosi dell'ausilio di Sanitari di fiducia) con valutazione discrezionale e non vincolata in relazione alla gravità ed importanza delle situazioni, nei limiti comunque dell'importo complessivamente stanziato.

Art. 29 - Prestazioni escluse

- a) visite mediche generiche, anche se effettuate da medico specialista in quanto rese in forma ripetitiva e quindi a queste assimilabili;
- b) visite specialistiche non inerenti alla specialità medica attestata dai titoli accademici acquisiti dal professionista;
- c) ogni tipo di spesa per acquisto di medicinali (compresi i vaccini);
- d) iniezioni endovenose, sottocutanee o intramuscolari comprese le infiltrazioni e le flebo nonché vaccinazioni (ad esclusione delle terapie desensibilizzanti);
- e) sono esclusi le patologie psichiatriche, i disturbi psichici e le loro conseguenze non trattati da medici abilitati;
- f) visite, cure ed interventi chirurgici di tipo estetico comprese le terapie sclerosanti, ad eccezione dei casi in cui siano resi necessari da gravi motivazioni di carattere medico e/o funzionale;
- g) ricoveri e/o soggiorni non aventi specifiche caratteristiche diagnostiche e terapeutiche;
- h) controlli medici preventivi e/o periodici a carattere generale o mirato (check-up, etc), anche se fruiti in ricovero, Day hospital o Day surgery;
- i) visite mediche di idoneità alla pratica di attività sportive, visite medico-legali e/o assicurative, visite per rilascio di certificazioni mediche anche se redatte da medico specialista, visite di medicina del lavoro;
- j) prestazioni non controllabili o non comprese nella pratica medica o nella farmacopea ufficiale (es. cure omeopatiche, pranoterapia, iridologia, fitoterapia, cromoterapia, ecc.);
- k) spese funerarie;
- l) spese relative al costo di copie di cartelle cliniche, copie di referti radiologici, copie film di coronarografie ecc.;

- m) elaborazione dieta;
 - n) prodotti dietetici;
 - o) presidi quali: ventriere, slip elastici, calzature ortopediche, calze elastiche, plantari, stampelle, bastoni ortopedici;
 - p) spese per acquisto/noleggio di attrezzi per terapia fisica, ad eccezione di quelli relativi alla magnetoterapia;
 - q) spese per acquisto/noleggio di carrozzelle, letti ortopedici, girelli, tripodi;
 - r) materiale di medicazione (ad esclusione di quello utilizzato in sede di intervento chirurgico);
 - s) pannoloni per incontinenti;
 - t) spese per acquisto di detergenti per lenti a contatto;
 - u) acquisto di bombole di ossigeno per ossigenoterapia domiciliare;
 - v) spese viaggio e soggiorno per prestazioni sanitarie effettuate fuori dal luogo di residenza dell'assistito;
 - w) quanto non espressamente indicato nell'elenco delle prestazioni del presente Regolamento in vigore.
-
- x) le cure termali e le prestazioni sanitarie erogate dai centri termali ad eccezione di quelle post-intervento chirurgico e secondo quanto previsto nel tariffario ;

Art. 30 – Privacy

Tutti i dati comunicati dai Soci saranno trattati dagli Organi del FISDAF in conformità alle disposizioni in materia di Privacy sancite dal D.lgs. 30 giugno 2003 n. 196, come modificato ed integrato dal D.lgs. 10 agosto 2018 n. 101, nonché dal Regolamento (UE) 2016/679.