



STATUTO E REGOLAMENTO DEL FONDO INTEGRATIVO SANITALIA

Istituito ai sensi dell'art. 9 Decreto Legislativo n°502 del 30 dicembre 1992

ART. 1 - COSTITUZIONE

Con delibera del comitato esecutivo della Fondazione COFIT, di concerto con delibera contestuale Consiglio di Amministrazione di Compagnia Finanziaria Italiana, viene acquisito in gestione e nei diritti il "Fondo Sanitario Sanitalia", in seguito per brevità denominato Sanitalia o FSS. Il Fondo, istituito il 31 dicembre 2004, ha propria autonomia giuridico-patrimoniale. Ai fini fiscali, civili e patrimoniali, la cessione del Fondo da Compagnia Finanziaria Italiana alla cessionaria Fondazione COFIT ha effetto e decorrenza dal 01 gennaio 2010.

ART. 2 - SCOPO DEL FONDO

Il FSS ha come unico scopo quello di garantire agli Associati un sistema previdenziale di prestazioni e servizi integrativi di assistenza sanitaria, ai sensi dell'art.9 Decreto Legislativo n°502 del 30 dicembre 1992. Il Fondo non può in alcun modo effettuare politiche di selezione dei rischi. Gli eventuali risultati positivi di gestione costituiscono l'unico compenso per il gestore Fondo Progetto Italia.

ART. 3 - ISCRIZIONE

L'Associato può richiedere l'iscrizione al FSS, secondo le modalità espressamente disciplinate dal FSS stesso. In caso di decesso dell'Associato iscritto i familiari dello stesso hanno diritto alla prosecuzione delle prestazioni del FSS per tutto l'anno solare in cui il decesso è avvenuto e possono continuare nell'iscrizione al Fondo medesimo. L'associato ha diritto al recesso senza oneri entro 30 giorni nel caso di mutate condizioni di cui al presente regolamento.

ART. 4 - CONTRIBUZIONE

L'anno contributivo inizia il 1 gennaio e termina il 31 dicembre. L'iscritto è tenuto al pagamento dei contributi associativi di cui all'allegato A, parte integrante del presente regolamento. Sia l'iscritto che il FSS possono recedere dal rapporto assicurativo dandone comunicazione scritta alla controparte con un preavviso di 90 giorni. In caso di mancato pagamento dei contributi, le prestazioni restano sospese dal giorno della scadenza. Le prestazioni riprenderanno vigore 30 giorni dopo il pagamento del contributo se questo avviene entro i 120 giorni successivi alla data di sospensione. Dopo 6 mesi dalla scadenza l'Associato viene escluso fermo restando il diritto del FSS di esigere i contributi arretrati dovuti e non versati. Il presente comma non si applica agli associati in caso di perdita del lavoro.

La regolarizzazione dei pagamenti ripristina le prestazioni dal giorno successivo solo per i casi di infortunio. L'iscritto, qualora i termini delle prestazioni o i contributi subissero variazioni, potrà esercitare la facoltà di recesso dal FSS e dal pagamento dei contributi stessi entro i 30 giorni antecedenti la scadenza.

ART. 5 - PRESTAZIONI A FAVORE DEGLI ISCRITTI

Le prestazioni ed i servizi a favore degli Iscritti sono stabiliti dalle presenti norme. La regolarità di iscrizione dell'Associato a FSS è condizione per accedere alle combinazioni previste di cui all'allegato B, parte integrante del presente regolamento. Per accedere alle prestazioni l'iscritto è tenuto a presentare domanda di rimborso entro 30 giorni corredata sempre di copia prescrizione medica e relative ricevute di pagamento o di certificato di ricovero.

ART. 6 - LIMITI DELLE PRESTAZIONI

I limiti delle prestazioni sono quelli previsti dai singoli capitoli delle presenti norme. Sono in ogni caso escluse tutte le prestazioni riconducibili a trattamenti di carattere estetico.

ART. 7- DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI - TERMINI DI ASPETTATIVA

La decorrenza delle prestazioni ed i termini di aspettativa sono stabiliti dalle presenti norme. In particolare la copertura decorre dal giorno successivo al pagamento della prima quota contributiva, salvo la vigenza di stato di malattia/degenza/infortunio del neo-iscritto.

ART. 8 - CRITERI DI EROGAZIONE DEI SUSSIDI

Sanitalia effettua l'erogazione dei sussidi all'iscritto secondo le modalità, in base alle presenti norme e relativamente alle combinazioni prescelte.

ART. 9 - CONTROVERSIE

In caso di controversie che possono sorgere tra Sanitalia e gli Iscritti, questi ultimi possono presentare ricorso scritto verso i provvedimenti adottati all' Organo Direttivo di Sanitalia entro il termine di 30 giorni dalla data del provvedimento. L'Organo Direttivo può esperire, anche tramite incaricato, il tentativo di composizione bonaria della vertenza. Nel caso di insuccesso, il giudizio è demandato ad apposito arbitrato.

Qualora il tentativo di conciliazione non abbia esito positivo, nel caso si tratti di controversie di natura medica sull'erogazione del sussidio in caso di malattia o di infortunio nonché sulla misura dell'erogazione, le parti si obbligano a conferire mandato a decidere ad un collegio di tre medici, nominati uno dall'iscritto, uno dal FSS ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione sulla sede del FSS.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale. Per eventuali controversie giudiziali è competente esclusivamente la giurisdizione della sede legale del FSS.

Qualora il Fondo usufruisca di garanzie assicurative le controversie che insorgono con la Società Assicuratrice sono regolate ai sensi delle norme contenute nella convenzione.

ART. 10 - DISPOSIZIONI ESECUTIVE

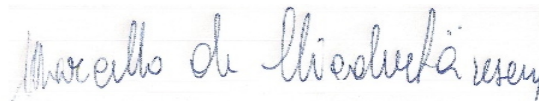
L'iscritto è tenuto ad osservare le norme di funzionamento e le disposizioni di attuazione del regolamento emanate da Sanitalia. Eventuali variazioni al presente regolamento e/o modifiche delle condizioni economiche del FSS sono pubblicate sul sito ufficiale del FSS www.sanitalia.org. L'Associato di Sanitalia, con la sottoscrizione della domanda di iscrizione al Fondo, si impegna all'osservanza delle presenti norme.

ART. 11 - SCIOGLIMENTO E LIQUIDAZIONE

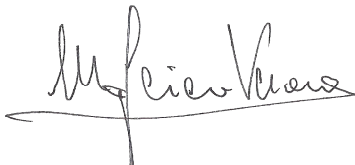
Addivenendosi per qualsiasi motivo a scioglimento del Fondo, si procederà a liquidazione dello stesso secondo le vigenti normative civilistiche.

Dato in Mirandola, addì 30 novembre 2013

Il sottoscritto Marcello de Niederhausern in qualità di Legale Rappresentante pro tempore del Fondo Sanitario Integrativo del S.S.N. "SANITALIA" dichiara che il presente atto è stato approvato dagli organi deliberativi stabiliti nell'atto costitutivo/statuto.



Visto, il Segretario Generale



Allegato A – Piani Contributivi (in vigore dal 01-01-2019)

PIANO PREVIDENZIALE A (Massimale annuo € 10.000)	Quota contributiva mensile * € 210
PIANO PREVIDENZIALE B (Massimale annuo € 4.500)	Quota contributiva mensile * € 100
PIANO PREVIDENZIALE C Collettivo accordi aziendali e bilaterali (Massimale annuo € 2.000)	Quota contributiva mensile 5% del corrispettivo salariale

** Ove concessa la rateizzazione mensile del contributo annualmente dovuto, a discrezione della finanziaria convenzionata*

Contributo ridotto al 50% per ogni familiare iscritto dei sottoscrittori piani A e B

Allegato B – NOMENCLATORE Prestazioni garantite (in vigore dal 01-01-2019)

<p>PIANO PREVIDENZIALE A</p> <p><i>(Sono ammesse al rimborso tutte le prestazioni indicate prescritte dal SSN per la quota a carico dell'assistito)</i></p>	<p>Rimborso ticket per esami di laboratorio e prestazioni diagnostiche eseguite in strutture SSN dietro prescrizione medica.</p> <p>Rimborso spese per prestazioni terapeutiche ambulatoriali, fisioterapiche e riabilitative.</p> <p>Rimborso protesi odontoiatriche, ottiche, acustiche, ortopediche e deambulatorie.</p> <p>Rimborso ticket prestazioni termali.</p>
<p>PIANO PREVIDENZIALE B</p> <p><i>(Sono ammesse al rimborso tutte le prestazioni indicate prescritte dal SSN per la quota a carico dell'assistito)</i></p>	<p>Rimborso ticket per esami di laboratorio e prestazioni diagnostiche eseguite in strutture SSN dietro prescrizione medica.</p> <p>Rimborso spese per prestazioni terapeutiche ambulatoriali, fisioterapiche e riabilitative.</p> <p>Rimborso protesi ottiche, acustiche, ortopediche e deambulatorie.</p>
<p>PIANO PREVIDENZIALE C</p> <p><i>(Sono ammesse al rimborso tutte le prestazioni indicate prescritte dal SSN per la quota a carico dell'assistito)</i></p>	<p>Rimborso ticket per esami di laboratorio e prestazioni diagnostiche eseguite in strutture SSN dietro prescrizione medica.</p> <p>Rimborso spese per prestazioni terapeutiche ambulatoriali, fisioterapiche e riabilitative.</p> <p>Rimborso protesi acustiche, ortopediche e deambulatorie.</p>

Il sottoscritto Marcello de Niederhausern in qualità di Legale Rappresentante pro tempore del Fondo Sanitario Integrativo del S.S.N. "SANITALIA" dichiara che il presente atto è stato approvato dagli organi deliberativi stabiliti nell'atto costitutivo/statuto.



Visto, il Segretario Generale

