

# Fo.C.A.S.

**Fondo Cooperazione Assistenza Sanitaria - Soc.Mutuo Soccorso**

Fondo assistenza sanitaria fra dipendenti e pensionati  
da Società, Enti od Istituzioni del settore finanziario, della produzione e dei servizi

[www.focascoop.it](http://www.focascoop.it) ← sito WEB

[info@focascoop.it](mailto:info@focascoop.it) ← corrispondenza e\_mail

# REGOLAMENTO

**Regolamento per le Prestazioni Assistenziali,  
per la nomina del Consiglio d'Amministrazione,  
per la Gestione fiduciaria di "Contributi con vincolo di destinazione speciale"**

11/d

Edizione Luglio 2020

## SOMMARIO

<b>Parte 1^</b> .....	5
<b>Requisiti per l'accesso al Fondo</b> .....	5
<b>ART. 1 – SOCI ed ASSISTITI</b> .....	5
1) - Soci Ordinari: .....	5
2) - Soci Sovventori: .....	6
<b>ART. 2 – PARTECIPAZIONI SOCIALI</b> .....	6
<b>ART. 3 – SOCI ORDINARI/ ACCESSO ALL'ASSISTENZA</b> .....	6
<b>ART. 4 – SOGGETTI ASSISTIBILI</b> .....	7
<b>ART. 5 – ZONE TRADIZIONALI DI OPERATIVITA' DEL FONDO</b> .....	8
<b>ART. 6 – ACCESSO, RECESSO E PROSECUZIONE NELL'ADESIONE AL FONDO</b> .....	8
a) - Accesso al Fondo: .....	8
b) - Recesso dal Fondo: .....	8
d) - Agevolazioni in occasione della stipula di nuovi Accordi: .....	10
e) - Agevolazioni in occasione della cessazione di Convenzioni: .....	10
<b>ART. 7 – SOCI TRASFERITI ALL'ESTERO o SOGGIORNANTI ALL'ESTERO</b> .....	10
<b>Forme dell'assistenza sanitaria</b> .....	10
<b>ART. 8 – FORME DI ASSISTENZA</b> .....	10
<b>ART. 9 – CONTRIBUTI A CARICO DEI SOCI</b> .....	11
<b>ART. 10 – IMPONIBILE SU CUI CALCOLARE IL CONTRIBUTO A CARICO DEL SOCIO</b> .....	12
<b>ART. 11 – SCELTA DEL LIVELLO D'ASSISTENZA SANITARIA EROGABILE</b> .....	12
<b>ART. 12 – VARIAZIONE DEL LIVELLO D'ASSISTENZA e PERIODI DI LATENZA</b> .....	12
<b>Funzionamento del Fondo e competenze del Comitato Esecutivo e della Commissione Liquidazioni</b> .....	14
<b>ART. 13 – CONSIGLIO D'AMMINISTRAZIONE e COMITATO ESECUTIVO</b> .....	14
<b>ART. 14 – COMMISSIONE LIQUIDAZIONE EROGAZIONI</b> .....	14
<b>ART. 15 - COMPENSI AGLI ORGANI AUSILIARI DEL FONDO</b> .....	14
<b>Parte 2^</b> .....	14
<b>Persone assistite</b> .....	14
<b>ART. 16 – LISTA DEGLI ASSISTITI</b> .....	14
<b>ART. 17 – FAMILIARI A CARICO</b> .....	15
<b>ART. 18 – CONTRIBUTI DA PARTE DEL DATORE DI LAVORO</b> .....	15
<b>ART. 19 – CONTINUITA' NELLA CONTRIBUZIONE</b> .....	15
<b>ART. 20 – PRESTAZIONI EROGABILI DAL FONDO</b> .....	16
<b>ART. 21 – MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI</b> .....	16
<b>4</b> .....	16
<b>ART. 22 – LIMITI NELL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI</b> .....	17
<b>ART. 23 – MINIMALE EROGABILE</b> .....	17
<b>ART. 24 – DETERMINAZIONE DELLA SPESA RIMASTA A CARICO DEL SOCIO</b> .....	17
<b>ART. 25 - INTERRUZIONE E RIDUZIONE NEL PAGAMENTO DEI CONTRIBUTI</b> .....	17
<b>ART. 26 – CONGRUITA' E VERIDICITA' DELLA DOCUMENTAZIONE</b> .....	17
<b>ART. 27 – TERMINI NELLA PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE DI PRESTAZIONI</b> .....	18
<b>ART. 28 – SOSPENSIONE E CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA</b> .....	18
<b>ART. 29 – MOBILITA' DEL SOCIO E DEI FAMILIARI RISPETTO ALL'AZIENDA DI APPARTENENZA</b> .....	18
<b>ART. 30 – INVALIDITA' PERMANENTE</b> .....	19
<b>Parte 3^</b> .....	19
<b>Composizione del Consiglio d'Amministrazione</b> .....	19
<b>ART. 31 – NUMERO DEI CONSIGLIERI E COMPOSIZIONE DEL CONSIGLIO, MODALITA' DI NOMINA</b> .....	19
<b>ART. 32 – RISERVE DI POSTI PER RAPPRESENTATIVITA' DELLE CATEGORIE DI SOCI</b> .....	19
<b>ART. 33 – ULTERIORI RISERVE DI POSTI</b> .....	20
<b>ART. 34 – APPLICAZIONE DELLE RISERVE DI POSTI e DETERMINAZIONE INTEGRATIVA</b> .....	20
<b>12 Soci Ordinari (Soci di Base, in Proseguimento, Aggregati e Straordinari, Soci eredi e Soci familiari),</b> .....	21
<b>ART. 35 – RINUNCIA ALLA NOMINA DEL COMITATO DEI SINDACI</b> .....	21
<b>ART. 36 – NOMINA DEL REVISORE</b> .....	21
<b>ART. 37 – NOMINA DEL COLLEGIO DEI PROBIVIRI</b> .....	21
<b>Parte 4^</b> .....	22
<b>ART. 38 – GESTIONE FIDUCIARIA DI SOMME PER ASSISTENZA SANITARIA</b> .....	22
<b>ART. 39 – FORME DI UTILIZZO DIFFERENZIATO DELLE SOMME</b> .....	22
<b>ART. 40 - FORME DI UTILIZZO CUMULATIVO DELLE SOMME</b> .....	22
<b>Capo 1 - Gestione fiduciaria di somme a favore di personale in servizio</b> .....	22

ART. 41 – SOMME DESTINATE A FAVORE DI DIPENDENTI DELL’ENTE EROGATORE .....	22
ART. 42 – SOMME DESTINATE A FAVORE DI PENSIONATI DELL’ENTE EROGATORE .....	22
ART. 43 – FORME DI ASSISTENZA A FAVORE DI NON SOCI DEL FONDO .....	23
Parte 5^ .....	23
NORME FINALI e TRANSITORIE del REGOLAMENTO .....	23
ART. 44 – NORME TRANSITORIE PER L’ESTENSIONE DELL’ASSISTENZA al FIGLIO ULTRA 26/enne .....	23
ART. 45 – DECORRENZA DELLE NORME DEL REGOLAMENTO .....	23
Parte 6^ .....	23
ASSISTITI IN MODALITA’ MEDIATA .....	23
ART. 46 – PRESTAZIONI EROGABILI AGLI ASSISTITI IN MODALITA’ MEDIATA .....	23
Determinazioni del Consiglio d’Amministrazione* -Tabelle prestazioni e contributi per le Opzioni in essere .....	24
Art. I) - Criteri di computo dell’imponibile retributivo .....	24
a/1) Per i Soci dipendenti in servizio: .....	24
a/2) Per i Soci pensionati: .....	24
Art. II) – Definizione delle componenti delle prestazioni .....	24
EVENTO: .....	24
DATA EVENTO: .....	24
MASSIMALE: .....	25
SCOPERTO: .....	25
FRANCHIGIA: .....	25
ISTITUTO DI CURA: .....	25
S.S.N. ....	25
INTRAMOENIA: .....	25
STRUTTURA ACCREDITATA: .....	25
RETE CONVENZIONATA (O RETE): .....	25
PAGAMENTO DIRETTO: .....	25
GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI: .....	25
RICOVERO: .....	25
DAY HOSPITAL: .....	25
INTERVENTO AMBULATORIALE: .....	25
ASSISTENZA INFERMIERISTICA: .....	25
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE: .....	25
TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIEDUCATIVI: .....	25
Norme operative .....	25
Art. III) – Aree di intervento suddivise per raggruppamenti .....	26
Prestazioni dirette <i>ordinarie</i> .....	26
VISITE MEDICO SPECIALISTICHE .....	26
ESAMI SANITARI .....	26
PRESTAZ. SANITARIE AMBULATORALI, DAY HOSPITAL ed INTERV.CHIRURG.SENZA RICOVERO OSPITALIERO .....	26
CURE DENTARIE .....	26
MEDICINALI e CONTRIBUTI x DISMETABOLISMI e SVEZZAMENTO .....	27
CURE FANGO-BALNEO-TERMALI .....	27
CONTRIBUTO x INTERVENTI CHIRURGICI MINORI .....	27
OCCHIALI e LENTI A CONTATTO (o Corneali) .....	27
ACQUISTO PRESIDI TERAPEUTICO-SANITARI .....	27
CHECK UP .....	27
DIARIA AGGIUNTIVA x RICOVERO OSPEDALIERO * .....	27
Prestazioni <i>speciali</i> (di tipo assicurativo) ° .....	27
Copertura speciale GRANDI RISCHI per INTERVENTI CHIRURGICI .....	27
Copertura (ASSICURAZ.) INVALIDITA’ da MALATTIA ** .....	27
Iniziativa <i>solidaristiche</i> .....	27
Vincoli alla duplicazione delle prestazioni .....	27
Art. IV) - Tabelle prestazioni e contributi per le Opzioni assistenziali .....	27
(Blocco 1) = Opzioni Normali a mutualità piena/ a scelta libera x Soci in servizio (o pensionati con le anzianità previste dall’Art.5 lettera c) del Regolamento): .....	27
(Blocco 2) = Opz.Convenzionate/ solo dipendenti di Az. con specifica convenzione[*]/ contribuz.media: .....	28
(Blocco 3) = Opzioni Convenzionate/ solo dipend. di Az. con specifica convenzione[*]/ contribuz.ridotta: .....	28
(Blocco 4) = Opzioni Miste maggior. e normali/ solo dipendenti di Az. con specifica convenzione[*]: .....	28
(Blocco 5) = Opzioni Miste medie/ solo dipendenti di Az. con specifica convenzione[*]: .....	28
(Blocco 6) = Opzioni di tipo prevalentem.assicurat. / solo dipendenti di Az. con specifica convenzione[*]: .....	28
(Blocco 7) = Opzioni Spec. di tipo esclusivamente assicurat./ solo dipendenti Az. con specifica convenzione[*] o Pensionati a cui sia stato esteso il beneficio: .....	28

(Blocco 8) = Opzioni Spec.incentrate su Grandi Rischi./ solo dipendenti Az. con specifica convenzione, con attivazione da 1.1.2013: .....	28
(Blocco 9) = Opz.Integrative/ Opzioni a scelta riservata ai "vecchi Soci": .....	29
(Blocco 10) = Opzioni Spec.Straordinarie x Soci Pensionati (od in prosecuzione volontaria Art.6 lett.c/2 Regolam.), che non hanno maturato i requisiti di mutualità: .....	29
[attivazione da 1.1.2013].....	29
(Blocco 11) = Opzioni Spec.Straordinarie x familiare/ Figlio di Socio (iscritto Oipz. con prestaz.dirette, in conformità ad Art.1 lett.e) del Regolamento): .....	29
<b>Art. V) – Continuità nella contribuzione</b> .....	29
<b>Art. VI)– Assicurazione per invalidità da malattia</b> .....	30
<b>Art. VII)– Benefici aggiuntivi condizionati alla permanenza nell’Opzione prescelta</b> .....	30
<b>Art. VIII)– Contributo aggiuntivo per rimborso spese amministrative su singola pratica</b> .....	30
<b>SCHEMI GUIDA OPERATIVI</b> .....	31
<b>NORMA UNICA sulla SCELTA DELLA GESTIONE ASSISTENZIALE</b> .....	32
<b>Vincolo della scelta assistenziale fatta ad inizio d'anno:</b> .....	32
<b>Richiesta di modifica in corso d'anno della scelta assistenziale effettuata ad inizio periodo</b> .....	32
<b>NOTA SUL TRATTAMENTO FISCALE*</b> .....	33
<b>1) Completa DEDUCIBILITA' fiscale dei contributi versati dai Soci in vigenza di Convenzione:</b> .....	33
1/a) <b>Dipendenti</b> in servizio da Enti convenzionati: .....	33
1/b) e (da 1.1.2009) anche i <b>Pensionati</b> provenienti da Enti originariamente convenzionati: .....	33

## **FOCAS - Segreteria Amministrativa**

La Segreteria del Fondo è a disposizione dei Soci per chiarimenti e precisazioni, e per la migliore collaborazione possibile nel disbrigo delle pratiche documentative.

**36100 Vicenza - Via Quintino Sella, 85**

**Tel. 0444-238434**  
**Fax. 0444-238435**

E\_mail *info@focascoop.it*

**ORARIO di SEGRETERIA**

Mattino: dalle 8,15 alle 13,30  
Pomeriggio: " 14,30 " 16,00

(dal Lunedì al Venerdì)

# REGOLAMENTO

Approvato dall'Assemblea Ordinaria\* del 18/04/2015  
Aggiornato dall'Assemblea Ordinaria\* del 28/04/2018  
Aggiornato dall'Assemblea Ordinaria\* del 27/04/2019  
Aggiornato dall'Assemblea Ordinaria\* del 25/07/2020

\* con la maggioranza prevista per l'Assemblea straordinaria  
[in conformità all'Art.2521 CC, come variato dal D.Legs.6/2003]  
Con le Determinazioni del Consiglio Ammin aggiornate al 28/04/2018

## Parte 1^ Struttura della Società

### Requisiti per l'accesso al Fondo

#### **ART. 1 – SOCI ed ASSISTITI**

Categorie dei Soci effettivi del Fo.C.A.S.:

##### **1) - Soci Ordinari:**

Ai sensi dell'Art.10 dello Statuto - ed in base alle altre condizioni riportate nel Regolamento - i Soci Ordinari (persone fisiche) risultano qualificati in:

- a)- Soci di Base;
- b)- Soci Aggregati;
- c)- Soci in Prosecuzione;
- d)- Soci Straordinari,
- e)- Soci eredi e Soci familiari.

**a)-** Sono inquadrati come "Soci di Base" i dipendenti in servizio degli Enti convenzionati, di cui all'Art.4, comma 1, dello Statuto, che risultano iscritti al Fo.C.A.S. Per i dipendenti dai sopraccitati Enti è prevista la possibilità di adesione al Fondo fin dal momento della loro assunzione.

**b)-** All'atto del collocamento in quiescenza - nel rispetto dei vincoli previsti nel Regolamento ed in presenza dei requisiti ivi prescritti - i Soci di Base continuano a far parte della Società acquisendo la qualifica di "Soci Aggregati", nell'ambito delle Opz.Normali.

All'atto del pensionamento, vengono pure inquadrati come "Soci Aggregati" i dipendenti da Enti originariamente convenzionati, ammessi al mantenimento del rapporto associativo in conformità alle Norme Finali dello Statuto ed alle condizioni fissate nel Regolamento, e per i quali l'originaria convenzione ne abbia previsto la possibile prosecuzione.

In mancanza dei requisiti, di cui all'Art.6, per la prosecuzione nell'ambito delle Opz.Normali il Socio pensionando potrà essere ammesso alla prosecuzione assistenziale nell'ambito delle forme speciali previste per i soci pensionati (od in prosecuzione volontaria), non iscritti alle Opz.Normali.

**e)-** Possono essere accettati come "Soci in Prosecuzione" gli ex Soci di Base, dipendenti da Enti non più convenzionati, purché ammessi alla prosecuzione del rapporto associativo, in conformità alle Norme Finali dello Statuto, nell'ambito dell'assistenza ordinaria o di eventuali Opzioni speciali, anche di tipo Integrativo, specificatamente attivate.

**d)-** Appartengono al raggruppamento dei "Soci Straordinari" i dipendenti ed i pensionati ammessi, nei casi previsti dal Regolamento, ad usufruire di forme di tutela sanitaria di tipo esclusivamente ospedaliero, quali la copertura Grandi rischi per interventi chirurgici e per Ricovero ospedaliero ordinario, eventualmente anche tramite stipula di polizza collettiva con primaria Compagnia d'assicurazione.

**e)-** Nel caso di decesso di Soci di Base o Aggregati, nel rapporto societario può subentrare su richiesta, presentata entro il termine di 60 giorni, come "Socio erede" chi ha diritto a pensione indiretta o di reversibilità, od, in mancanza, i figli, purché con diritto a pensione indiretta o di reversibilità, fino comunque all'età massima di 26 anni. Anche in caso di decesso di socio iscritto come Socio in prosecuzione, pari possibilità di subentro potrà essere

esercitata, purché risultino maturati i requisiti previsti dall'Art.6 lettera c) del Regolamento. In base a motivata domanda, il Consiglio di Amministrazione può concedere deroga alla scadenza dei 60 giorni.

Al compimento della maggiore età, il figlio, erede di Socio, può chiedere di essere inquadrato come “Socio familiare” nell'ambito dell'assistenza ordinaria o di eventuali Opzioni speciali specificatamente attivate, con possibilità di estendere l'iscrizione, nella Lista degli assistiti, anche ai propri familiari.

Parimenti i Soci di Base, in Prosecuzione o Aggregati potranno richiedere l'iscrizione dei propri figli come “Soci familiari” al compimento della loro maggiore età e, comunque, prima del superamento del 26° anno d'età; su motivata richiesta, il Consiglio d'Amministrazione potrà ammetterne l'iscrizione anche dopo il superamento del 26° anno d'età del figlio.

Al superamento del 50/mo anno d'età l'assistenza sanitaria del “Socio familiare” (Figlio) potrà proseguire nell'ambito delle Opzioni previste per i Soci pensionati (od in prosecuzione volontaria).

\* \* \*

In caso di pluralità di rapporti che permettono la partecipazione alla società prevale il rapporto diretto attualmente in essere.

All'atto dell'adesione ogni Socio ordinario ha l'obbligo di versare la quota di iscrizione “una tantum” nella misura fissata dal Consiglio d'Amministrazione.

## **2) - Soci Sovventori:**

Sono iscritti nella categoria dei “Soci sovventori” gli Enti, Istituzioni o Società che provvedano all'apporto di fondi per il potenziamento societario od all'erogazione di contribuzioni in modo corrente, come previsto all'Art.10 Comma 6 dello Statuto.

Le Aziende con cui è in essere una convenzione con il Fo.C.A.S. per l'assistenza sanitaria dei propri dipendenti - stipulata ai sensi dell'Art.4 dello Statuto - hanno il diritto di essere ammesse in qualità di Soci Sovventori, per tutta la durata della convenzione.

## **3) - Enti associati per assistenza mediata dei propri dipendenti:**

Al fine di far godere ai propri dipendenti forme specifiche di assistenza in “mutualità mediata” - ai sensi del D.Intermin.30.12.05 G.U. del 25/01/06 sulla “Mutualità prevalente” – gli Enti che rientrano nei criteri previsti dall'Art.4, Comma 3 dello Statuto possono stipulare con il Fo.C.A.S. convenzioni, in conformità all'Art. 8 lettera f) dello Statuto, per forme di assistenza gestita dal Fo.C.A.S. e dedicata in via separata ai propri dipendenti.

I dipendenti degli Enti associati per assistenza in “mutualità mediata” assumono la qualifica di “Assistiti per assistenza sanitaria mediata” ed a favore di essi - pur non risultando detti dipendenti personalmente e direttamente iscritti al Fondo – vengono garantite tutte le forme di assistenza sanitaria ordinaria o straordinaria, recepite in convenzione.

## **ART. 2 – PARTECIPAZIONI SOCIALI**

Ai fini dell'adempimento degli obblighi partecipativi – previsti all'Art.6 lettera a) dello Statuto - per i Soci già iscritti al Fo.C.A.S. all'atto della trasformazione in Società di Mutuo Soccorso, la quota partecipativa già a suo tempo versata vale come quota “una tantum” di iscrizione.

## **ART. 3 – SOCI ORDINARI/ ACCESSO ALL'ASSISTENZA**

I “Soci di Base” [Art.1-a] – dipendenti da Enti o Società, di cui all'Art.4 dello Statuto, con cui risulti in essere apposita convenzione - hanno libero accesso alle Opzioni Normali ed a tutte le forme di assistenza sanitaria previste nell'accordo, per tutta la durata del rapporto di lavoro.

Nel caso che il Contratto collettivo o l'Accordo o il Regolamento aziendali vigenti prevedano l'iscrizione automatica di tutti i dipendenti al Fo.C.A.S., l'iscrizione automatica avverrà nell'opzione base ivi prevista; in ogni caso l'iscrivibilità alle singole opzioni può essere subordinata al raggiungimento di un numero minimale di specifiche adesioni.

I “Soci in prosecuzione” [Art.1-c], salvo quelli iscritti alle Opz.Normali, non possono variare l'Opzione assistenziale a cui sono stati ammessi, salvo autorizzazione del Consiglio d'Amministrazione, che sulla base di motivata richiesta potrà consentire il loro passaggio ad una delle Opzioni Normali oppure ad Opzioni straordinarie per pensionati od a forme di assistenza di tipo esclusivamente ospedaliero (Grandi Rischi e Ricovero osped.ordinario), tenuto conto delle loro anzianità associative.

I “Soci Straordinari” [Art.1-d] non possono variare l'Opzione assistenziale a cui sono stati ammessi, salvo autorizzazione del Consiglio d'Amministrazione.

I “Soci Aggregati” [Art.1-b], i “Soci Eredi” [Art.1-e] ed i “Soci Familiari” [Art.1-e] possono variare l'Opzione

assistenziale esclusivamente nell'ambito del raggruppamento a cui siano stati ammessi, Opzioni normali oppure Opzioni straordinarie per Pensionati o per Familiari oppure Opzioni speciali di tipo esclusivamente ospedaliero (Grandi Rischi e Ricovero osped.ordinario).

## **ART. 4 – SOGGETTI ASSISTIBILI**

### **1)- Soci ordinari del Fo.C.A.S.**

In applicazione dell'Art.11 dello Statuto sono assistibili direttamente dalla società i Soci ordinari (Soci di Base, Aggregati, in Prosecuzione, Straordinari, Soci eredi e Soci familiari) e, purché iscritti nell'apposita Lista degli assistiti, anche i seguenti familiari:

a) - il coniuge;

b) - i figli del Socio ed assimilati (figli legittimi, figli naturali riconosciuti, adottati od in affidamento pre-adottivo) fino all'età massima di 26 anni;

c) - i figli del coniuge, purché conviventi oppure risultanti comunque a carico di uno dei due coniugi, e fino all'età massima di 26 anni, nel rispetto dei vincoli e delle condizioni previste dall'Art.16 del Regolamento;

d) - i parenti entro il 4° grado:

- su richiesta del Socio, e con specifico onere a suo carico, l'assistenza sanitaria di tipo ospedaliero per solo Grandi Rischi per interventi chirurgici, può essere estesa ai parenti entro il 4° grado, purché conviventi. Su richiesta del Socio ordinario aderente ad una delle Opzioni Normali, l'assistenza sanitaria di tipo esclusivamente ospedaliero potrà essere estesa anche alla garanzia di diaria per il caso di Ricovero osped. ordinario;

e) - gli affini entro il 3° grado:

- su richiesta del Socio, e con specifico onere a suo carico, l'assistenza sanitaria di tipo ospedaliero per solo Grandi Rischi per interventi chirurgici, può essere estesa agli affini entro il 3° grado, purché conviventi. Su richiesta del Socio ordinario aderente ad una delle Opzioni Normali, l'assistenza sanitaria di tipo ospedaliero potrà essere estesa anche alla garanzia di diaria per il caso di Ricovero osped. ordinario;

f) - il convivente more uxorio:

- su richiesta del Socio, e con specifico onere a suo carico, l'assistenza sanitaria di tipo ospedaliero per solo Grandi Rischi per interventi chirurgici, può essere estesa anche al convivente more uxorio (purché la convivenza sia, annualmente, debitamente documentata). Su richiesta del Socio ordinario aderente ad una delle Opzioni Normali, l'assistenza sanitaria di tipo ospedaliero potrà essere estesa anche alla garanzia di diaria per il caso di Ricovero osped.ordinario. Se la richiesta di estensione dell'assistenza al convivente more uxorio viene presentata entro 60 giorni dall'inizio debitamente documentato della convivenza stessa il periodo di latenza è di 2 mesi per la copertura Grandi Rischi per interventi chirurgici e di 4 mesi per la Diaria per Ricovero osped. ordinario, a decorrere dal primo giorno del mese di pagamento del primo contributo mensile. Per tutte le successive integrazioni del gruppo familiare si applicano i periodi di latenza previsti all'Art.12 lettera f) [Prestazioni ospedaliere], salvo il caso di infortunio successivo alla data di attivazione della copertura e per le sole dirette documentate conseguenze dello stesso.

- ai soli Soci ordinari aderenti ad una delle Opzioni Normali viene concessa la possibilità di richiedere l'estensione dell'assistenza sanitaria a favore del convivente more uxorio (purché la convivenza sia, annualmente, debitamente documentata), nelle stesse forme praticate al Socio e pagando la stessa aliquota integrativa personale prevista per il Socio stesso. Se la richiesta di estensione dell'assistenza al convivente more uxorio viene presentata entro 60 giorni dall'inizio debitamente documentato della convivenza stessa il periodo di latenza è di 3 mesi per le prestazioni normali (non dentarie) e di 6 mesi per le prestazioni dentarie, a decorrere dal primo giorno del mese di pagamento del primo contributo mensile. Per tutte le successive integrazioni del gruppo familiare si applicano i periodi di latenza previsti all'Art.12 lettera c) [Prestazioni a gestione diretta], salvo il caso di infortunio successivo alla data di attivazione della copertura e per le sole dirette documentate conseguenze dello stesso.

g) – i figli maggiorenni

g/1)- i figli iscritti ad Opz.Normali/ Convenz./Miste

i figli iscritti nella Lista degli assistiti per Opz. Normali/ Convenzionate o Miste, al compimento della maggiore età potranno chiedere di poter proseguire nell'adesione al Fondo formando un separato gruppo familiare (con il proprio coniuge e con i propri figli) chiedendo di passare ad una delle Opz.speciali previste per i figli di Soci (Art.1, lettera e).

g/2)-i figli ultra 26/enni:

-conviventi e, se non conviventi (con attivazione di copertura separata estensibile anche al relativo coniuge e figli, costituenti un distinto gruppo familiare) sono assistibili tramite estensione d'assistenza sanitaria di tipo ospedaliero per solo copertura dei Grandi Rischi per interventi chirurgici. Su richiesta del Socio ordinario aderente ad una delle Opzioni Normali, l'assistenza sanitaria di tipo ospedaliero potrà essere estesa anche alla garanzia di diaria per il caso di Ricovero osped. ordinario.

- ai soli Soci ordinari aderenti ad una delle Opzioni Normali (con anzianità d'iscrizione, ad una delle Opzioni a mutualità piena, superiore a 12 mesi) viene concessa la possibilità di richiedere la prosecuzione, con carattere di continuità, dell'assistenza sanitaria del figlio – nelle stesse forme praticate al Socio e pagando la stessa aliquota integrativa personale prevista per il Socio stesso – fino al compimento del 30° anno d'età del figlio, purché convivente. La richiesta di prosecuzione nell'assistenza ordinaria per il figlio ultra-ventiseienne va presentata, a pena di decadenza entro 3 mesi dal compimento del 26° anno; non sono accoglibili richieste tardive, neanche se accompagnate dal pagamento di tutte le quote contributive dei periodi decorsi, salvo deroghe da concedere dal Comitato esecutivo.

\* \* \*

In conformità ai principi mutualistici e solidaristici fondanti del Fo.C.A.S. non sono ammissibili scelte discriminanti nei confronti dei singoli figli, per il livello d'assistenza loro applicabile. I figli minorenni potranno essere iscritti nella Lista degli assistiti, o tutti oppure nessuno di essi.

\* \* \*

Al Socio ordinario aderente ad una delle Opzioni Convenzionate, su sua richiesta e con specifico onere a suo carico, - per gli altri familiari citati alle lettere d), e), f) e g) del Comma precedente - potrà essere concessa la sola possibilità di estendere ad essi esclusivamente la copertura di tipo ospedaliero per Grandi Rischi per interventi chirurgici; solo in via del tutto eccezionale, e previo benessere del Comitato Esecutivo, potrà essere concessa la possibilità di estendere ad essi anche la copertura per diaria in caso di Ricovero osped. ordinario.

Al Socio ordinario aderente ad una delle Opzioni Speciali od Integrative, su motivata richiesta e con specifico onere a suo carico, - per gli altri familiari citati alle lettere d), e) f) e g) del Comma precedente - potrà essere concessa, in via del tutto eccezionale, previo benessere del Comitato Esecutivo, la sola possibilità di estendere ad essi esclusivamente la copertura di tipo ospedaliero per Grandi Rischi per interventi chirurgici; i Soci iscritti ad Opzioni speciali di tipo esclusivamente ospedaliero (Gr.Rischi e Ricovero osped.ordinario) non possono essere destinatari di questo beneficio, salvo le deroghe concesse ante 31/12/2000.

## **2)- Assistiti in modalità mediata.**

Agli Assistiti per assistenza sanitaria mediata (di cui al Punto 3 dell'Art.1) si applicano le stesse regole e vincoli previsti per i Soci diretti del Fo.C.A.S. purché compatibili con gli specifici accordi intercorsi con l'Ente associato.

## **ART. 5 – ZONE TRADIZIONALI DI OPERATIVITA' DEL FONDO**

Al fine dell'accettazione di nuovi Soci ordinari, al di fuori dei casi previsti dai Commi 1 e 2 dell'Art.4 dello Statuto, risultano identificate come zone tradizionali di operatività del Fondo:

- Veneto;
- Friuli Venezia Giulia;
- Trentino Alto Adige;
- Lombardia;
- Piemonte;
- Valle d'Aosta;
- Liguria;
- Emilia Romagna;
- Marche;
- Toscana;
- Umbria;
- Abruzzo;
- Basilicata;
- Calabria;
- Campania;
- Lazio;
- Molise;
- Puglia;
- Sardegna;
- Sicilia.

## **ART. 6 – ACCESSO, RECESSO E PROSECUZIONE NELL'ADESIONE AL FONDO**

### **a) - Accesso al Fondo:**

L'accesso al Fondo avviene secondo le modalità previste dagli Artt. 4 e 10 dello Statuto.

### **b) - Recesso dal Fondo:**



In conformità all'Art.2532 del C.C., il recesso dal Fondo deve essere comunicato dal Socio in forma scritta 3 (tre) mesi prima della chiusura dell'esercizio in corso ed ha effetto con la chiusura dell'esercizio stesso ed, in caso contrario, con la chiusura dell'esercizio successivo.

In conformità all'Art.13 Comma 3 dello Statuto, lo scioglimento del rapporto sociale non determina - nei confronti del Socio ordinario recedente - anche la risoluzione dei rapporti mutualistici pendenti per quanto riguarda l'obbligo di versare i contributi previsti dal Regolamento, per il periodo minimo successivo all'ultima prestazione goduta come stabilito dall'Art.19 Commi 2 e 3 del Regolamento stesso.

Le stesse norme, termini e scadenze, di cui ai due commi precedenti, trovano medesima applicazione per il caso di disdetta di accordo regolante l'assistenza sanitaria del personale di Azienda convenzionata.

#### c) - Prosecuzione del rapporto sociale (Soci ordinari cessanti dal servizio):

##### c/1 – Opzioni Normali

La prosecuzione dell'Assistenza sanitaria è concessa ai “Soci di Base” (purché iscritti ad una delle Opzioni Normali) che cessino dal rapporto di lavoro per intervenuto pensionamento, purché siano Soci del Fo.C.A.S. con un'anzianità ininterrotta di almeno 3 anni di iscrizione ad una qualsiasi delle Opzioni Normali.

Analogo beneficio viene concesso ai “Soci in prosecuzione” iscritti ad Opzioni Normali con anzianità ininterrotta di almeno 3 anni.

Il Consiglio d'Amministrazione è autorizzato a concedere, di volta in volta, analogo beneficio a favore dei Soci dipendenti in servizio con una anzianità ininterrotta di almeno 3 anni di iscrizione ad una qualsiasi delle Opzioni Normali, allorché vengano collocati in posizione di prepensionamento.

La prosecuzione dell'Assistenza può essere concessa anche ai Soci dipendenti in servizio che abbiano a cessare dal rapporto di lavoro avendo, comunque, maturato una anzianità ininterrotta di almeno 3 anni di iscrizione ad una qualsiasi delle Opzioni Normali.

In mancanza dei requisiti sopraindicati il Socio di Base (o in Prosecuzione) iscritto ad una Opzione Normale - che cessi dal rapporto di lavoro per pensionamento potrà, sulla base di motivata richiesta, essere ammesso a forme di copertura di tipo esclusivamente ospedaliero (solo Gr.Rischi e Ricovero osped.ordin.), secondo le modalità previste per le Opzioni speciali.

##### c/2 – Opzioni straordinarie per Pensionati, per i Soci di Base e i Soci in Prosecuzione

All'atto del pensionamento, prepensionamento o alla cessazione dal rapporto di lavoro, i Soci iscritti ad Opzioni Convenzionate o Speciali miste ed integrative, con anzianità d'iscrizione di almeno 3 anni, potranno richiedere di essere inquadrati in una delle Opzioni straordinarie per Pensionati. Analogo inquadramento potrà essere concesso ai Soci di cui sopra iscritti ad Opzioni Normali, ma privi dell'anzianità minima di iscrizione, di cui al Punto c/1).

Sulla base di motivata richiesta da indirizzare al Consiglio d'Amministrazione, i benefici di cui al Comma precedente possono essere estesi anche ai Soci di Base e Soci in Prosecuzione, iscritti ad Opzioni convenzionate o Speciali miste e integrative, con anzianità d'iscrizione minore di 3 anni che abbiano a cessare dal rapporto di lavoro.

##### c/3 – Posizioni particolari

Nel rispetto del numero minimo di aderenti (di cui al Comma terz'ultimo dell'Art.11 del Regolamento) è fatto salvo il diritto del Socio iscritto, ante 1/12/1998, alla Opzione Speciale ospedaliera di conservare la qualità di Socio mantenendo la sola copertura di tipo ospedaliero (Gr.Rischi e Ricovero osped. ordinario), anche dopo il pensionamento.

Analogo beneficio potrà essere concesso ai dipendenti in servizio che abbiano a cessare dal rapporto di lavoro con Azienda convenzionata per pensionamento, pre-pensionamento o dimissioni che risultino essere iscritti ad opzioni Speciali di tipo esclusivamente assicurativo.

Il coniuge ed i figli, titolari di pensione di reversibilità, possono proseguire nel rapporto assistenziale secondo le modalità già consolidate a favore del Socio defunto.

Il coniuge ed i figli, titolari di pensione indiretta, possono proseguire nel rapporto assistenziale se, ed in quanto, il Socio defunto abbia maturato le anzianità ed i requisiti previsti ai precedenti punti c/1 e c/2 del presente articolo.

Gli “Assistiti per assistenza sanitaria mediata” non possono accedere ad Opzioni diverse da quelle previste in convenzione né proseguire nell'assistenza sanitaria dopo la loro uscita, salvo nel caso di pensionamento dall'azienda convenzionata.

All'atto del pensionamento, gli "Assistiti per assistenza sanitaria mediata", con anzianità d'iscrizione di almeno 3 anni, potranno richiedere di essere ammessi in qualità di "Soci straordinari" con i limiti di assistenza fissati all'Art.1 punto d).

d) - Agevolazioni in occasione della stipula di nuovi Accordi:

In occasione della stipula di Accordi Collettivi che prevedano per tutti i dipendenti l'iscrizione obbligatoria al Fo.C.A.S. o, comunque, il versamento in modo ordinario di contributi da parte del datore di lavoro, per coloro che si iscriveranno e sceglieranno l'Opzione di appartenenza entro il termine speciale concordato, il Consiglio d'Amministrazione potrà accordare particolari agevolazioni a favore dei Soci prossimi al pensionamento, al fine di consentire loro la prosecuzione del rapporto assistenziale nell'ambito del Fondo.

e) - Agevolazioni in occasione della cessazione di Convenzioni:

In occasione di cessazione della convenzione con Enti, il Consiglio d'Amministrazione - in applicazione dell'Art.III delle Norme Finali - determinerà le condizioni per la prosecuzione del rapporto associativo dei Soci ordinari, interessati dall'evento; i Soci, dipendenti in servizio, che proseguiranno nell'ambito delle Opzioni Normali o Integrative verranno inquadrati nella qualifica di "Soci in prosecuzione" (come previsto dall'Art.1, Punto 1/c), mentre quelli che aderiranno ad eventuali Opzioni speciali, anche di tipo ospedaliero (Gr.Rischi e Ricovero osped.ordin.) attivate specificamente per loro, acquisiranno la qualifica di "Soci straordinari", come previsto dall'Art.1, Punto 1/d.

## **ART. 7 – SOCI TRASFERITI ALL'ESTERO o SOGGIORNANTI ALL'ESTERO**

I Soci ordinari che trasferiscono la loro residenza all'Estero - o comunque soggiornano all'Estero per periodi di durata superiore a 60 giorni vengono sospesi (unitamente a tutti i loro familiari che li accompagnano) dalla Lista degli assistiti; la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano non sono considerati Stati esteri.

Per tutto il periodo della residenza all'Estero del Socio e dei suoi familiari risultano sospese tutte le prestazioni, fatta salva la possibilità di prosecuzione della sola copertura speciale di Diaria per Ricovero ospedaliero ordinario.

Nel caso che i familiari siano rimasti in Italia, il Socio può chiedere la prosecuzione della copertura a loro favore, fermo restando che l'onere contributivo complessivo resta invariato. Il Socio potrà, eventualmente, richiedere che i familiari rimasti in Italia vengano iscritti, nel frattempo, a forme di copertura ridotta, di tipo esclusivamente ospedaliero [Gr. Rischi e diaria per Ricovero osped.ordin.], con oneri secondo le modalità previste per le Opzioni speciali.

In relazione al principio fissato dall'Art.20 del Regolamento, secondo il quale "le prestazioni sanitarie del Fondo sono integrative e migliorative di quelle offerte dal Servizio Sanitario Nazionale" le prestazioni ordinarie e la copertura Grandi Rischi risultano sospese per il caso di trasferimento ufficiale della residenza all'estero (con iscrizione all'anagrafe AIRE).

L'assistibilità permane in caso di sinistri [infortuni o malattie] verificatisi durante soggiorni di breve durata all'Estero, quali escursioni, giri turistici e gite in vacanza, oppure nel caso che l'intervento sanitario all'estero risulti preventivamente autorizzato dal SSN italiano per motivi clinici o per vincoli di natura terapeutica. Nell'ambito dei singoli gruppi di prestazioni, l'estensione dell'assistenza all'Estero potrà essere subordinata a vincoli e specifiche condizioni fissate per ogni tipologia di prestazioni, conformemente a quanto previsto all'Art.8.

Il Socio ed i familiari assistiti conservano, comunque ed in ogni caso, le rispettive anzianità d'iscrizione già maturate al momento del passaggio alla copertura di tipo esclusivamente ospedaliero (Gr.Rischi e Ricovero osped.ordin.) e, pertanto, in caso di rientro in Italia e di reiscrizione all'opzione originaria, le predette anzianità d'iscrizione saranno integralmente computabili al fine del computo dei periodi di latenza per il godimento delle prestazioni assistenziali.

### **Forme dell'assistenza sanitaria**

## **ART. 8 – FORME DI ASSISTENZA**

In relazione all'andamento del Fondo ed in conformità all'Art.32 comma 3 dello Statuto, i piani sanitari e le Tabelle - che prevedono, per ogni singola tipologia di prestazioni, la misura e le modalità di erogazione delle prestazioni assistenziali - vengono periodicamente aggiornate dal Consiglio d'Amministrazione e tempestivamente comunicate ai Soci, con la specificazione della data di decorrenza.

L'assistenza sanitaria, prevista dall'Art.12 dello Statuto, comprende sia prestazioni di "Assistenza diretta ordinaria" che di "Coperture speciali di tipo ospedaliero" e viene erogata secondo forme tecniche e livelli di copertura, tempo per tempo, approvati dal Consiglio d'Amministrazione a norma dell'Art.33, Comma 3 dello Statuto.

Indipendentemente dalla definizione tipologica delle prestazioni sanitarie la gestione delle stesse potrà essere effettuata sia tramite forme di ricopertura assicurativa che, oppure, assumendone in proprio il rischio tecnico.

I livelli di assistenza sono articolati in Opzioni, a loro volta raggruppate, secondo le caratteristiche tecnico-operative individuate dal Consiglio d'Amministrazione, in:

- a) - Opzioni Normali, a mutualità piena ed a scelta aperta sia ai Soci in servizio che ai Soci pensionati;
- b) - Opzioni Convenzionate, aventi caratteristiche commisurate a determinate realtà aziendali e, pertanto, aperte solo ai dipendenti delle Aziende di riferimento;
- c) - Opzioni speciali Miste, con utilizzo in via principale del contributo dell'Azienda convenzionata;
- d) - Opzioni Speciali di tipo esclusivamente ospedaliero, destinate sia a dipendenti di Aziende convenzionate che a pensionati a cui sia stato esteso il beneficio;
- e) - Opzioni Integrative, a scelta riservata ai "vecchi Soci"(cioè ai soli Soci in servizio specificatamente ammessi, ai sensi dell'Art.III Norme Finali dello Statuto, alla prosecuzione del rapporto associativo, in caso avvenuta cessazione della Convenzione);
- f) - Opzioni spec.Straordinarie, per Pensionati - che non hanno maturato i requisiti per il proseguimento nell'ambito delle Opz.Normali - e per Figli maggiorenni di Socio.

Le prestazioni assistenziali sono classificate secondo apposito Nomenclatore, elaborato dal Consiglio d'Amministrazione, che ne identifica i contenuti.

In ogni piano assistenziale, approvato dal Consiglio d'Amministrazione in conformità all'Art.33 comma 3 dello Statuto, vengono precisate le prestazioni in esso ricomprese ed il livello e le modalità di copertura, che – unitamente alla determinazione del contributo a carico dell'assistito – vengono ad identificare le singole Opzioni d'assistenza proposte ai Soci.

Le Opzioni NORMALI sono quelle in cui maggiormente si esprime lo spirito di mutualità del Fondo prevedendo una contribuzione del singolo Socio parametrata al livello retributivo dello stesso e, proprio per questa piena mutualità, è prevista in casi particolarmente gravi la possibilità di erogazione di un contributo straordinario, a sensi dell'Art.22 del Regolamento.

L'adesione alle singole Opzioni Normali risulta libera ed aperta a tutti i Soci dipendenti in servizio, senza distinzione d'Azienda d'appartenenza, salvo specifica esclusione nella convenzione; alla prosecuzione dell'assistenza nell'ambito delle Opzioni Normali possono essere ammessi i Pensionati con i requisiti d'anzianità associativa previsti dalla lettera c1) dell'Art.6.

La scelta e l'eventuale successiva variazione del livello di assistenza sanitaria risultano regolate dagli Artt. 11 e 12 del Regolamento.

## **ART. 9 – CONTRIBUTI A CARICO DEI SOCI**

Al fine di garantire il complessivo equilibrio gestionale, in relazione all'andamento del Fondo, i piani di assistenza e le Tabelle - che prevedono, per ogni singola tipologia di assistenza la misura e le modalità di computo del contributo sia fisso che percentuale - vengono periodicamente aggiornate dal Consiglio d'Amministrazione, in conformità all'Art.33, comma 3, dello Statuto, e sono tempestivamente comunicate ai Soci, con la specificazione della data di decorrenza.

Nel comparto delle Opzioni Normali (a piena mutualità) il Socio, per sé stesso e per ogni persona assistita, ha l'obbligo di versare, oltre ad una quota fissa, anche un contributo mensile, calcolato sulla retribuzione del mese oppure, se pensionato, sul complessivo trattamento pensionistico del mese, nel rispetto dei minimi e massimi di imponibile tabellarmente fissati.

Nell'ambito delle Opzioni Convenzionate può essere previsto il versamento di una contribuzione-base in misura fissa, più eventuali quote integrative per i familiari, il tutto determinato tabellarmente dal Consiglio d'Amministrazione, in modo da riportare il complessivo onere alle equivalenti o, comunque, analoghe opzioni normali.

Possono essere attivate anche Opzioni Speciali, pure a contribuzione fissa più eventuali quote integrative per i familiari, con prestazioni ulteriormente differenziate. Le condizioni saranno determinate tabellarmente dal Consiglio d'Amministrazione e variabili annualmente al fine di garantire il complessivo equilibrio gestionale.

Il contributo a carico del Socio potrà distinguersi nella misura prevista per familiari a carico e non a carico.

Per le Opzioni Integrative si opererà, in linea di massima, come per le Opzioni normali.

\* \* \*

Alla copertura delle spese di funzionamento del Fo.C.A.S., in caso di civanzo negativo rispetto alle rendite delle

disponibilità finanziarie ed agli eventuali proventi operativi, si provvederà in via prioritaria utilizzando l'apposito fondo prestazioni future.

In relazione alla frequenza di utilizzo dei servizi amministrativi per la liquidazione di singole pratiche di erogazione di contributo su spese sanitarie, il singolo socio potrà essere chiamato ad uno specifico e separato concorso integrativo per rimborso spese amministrative.

In relazione all'andamento delle risultanze dei costi amministrativi, risulta demandata al Consiglio d'Amm.ne la facoltà di attivare ed aggiornare, in più od in meno, l'importo degli standard di rimborso spese per singola pratica liquidata.

## **ART. 10 – IMPONIBILE SU CUI CALCOLARE IL CONTRIBUTO A CARICO DEL SOCIO**

Il contributo mensile obbligatorio, previsto dalla lettera c) dell'Art.9 dello Statuto, decorre dal mese d'iscrizione nella Lista degli assistiti e risulta, tempo per tempo, fissato nelle Tabelle approvate ed annualmente variate dal Consiglio d'Amministrazione, in ragione dell'andamento del rischio tecnico.

Nel caso che il contributo a carico del Socio consista in una aliquota rapportata all'imponibile retributivo normale del Socio, si farà riferimento alle componenti retributive ed ai minimali e massimali tabellarmente fissati dal Consiglio d'Amministrazione.

Anche - in caso di sospensione della prestazione lavorativa, accompagnata da riduzione della retribuzione, ed in ogni altro caso di riduzione rispetto alla normale intera retribuzione prevista per la categoria e grado di inquadramento del lavoratore - l'imponibile su cui applicare l'aliquota contributiva non può mai essere, comunque, inferiore all'imponibile minimo corrispondente alle voci fisse della normale retribuzione mensile.

Per tutti i Soci, compresi i Soci pensionati, l'imponibile su cui calcolare il contributo mensile non può in nessun caso essere inferiore al minimo come, tempo per tempo, tabellarmente fissato dal Consiglio d'Amministrazione, in relazione alla categoria e grado in essere, o di ultimo inquadramento del pensionato.

Nell'ambito delle Opzioni Convenzionate potrà essere previsto uno specifico criterio di identificazione dell'imponibile retributivo di riferimento, con l'applicazione di livelli minimi e massimi di contribuzione.

Fa obbligo al Socio dipendente in servizio fornire gli elementi utili all'identificazione del livello contributivo da applicare ed il Socio pensionato dovrà documentare, tempo per tempo, il complessivo trattamento previdenziale goduto.

## **ART. 11 – SCELTA DEL LIVELLO D'ASSISTENZA SANITARIA EROGABILE**

Ogni anno, entro il termine previsto dal Regolamento, il Socio ordinario ha facoltà di chiedere di variare per l'anno successivo il livello d'assistenza sanitaria prescelto, inviando richiesta scritta di variazione d'Opzione.

I Soci di Base potranno liberamente scegliere, nell'ambito delle norme del Regolamento sulle prestazioni assistenziali, il livello di assistenza sanitaria desiderato, individuandolo nell'ambito delle Opzioni Normali, comuni a tutti i Soci.

I Soci di Base (dipendenti in servizio) potranno anche scegliere una delle eventuali ulteriori opzioni aggiuntive specificatamente previste nella convenzione in essere con l'Ente di appartenenza.

I "Soci in Prosecuzione", i "Soci aggregati" ed i "Soci Straordinari" non possono effettuare scelte estranee alla tipologia d'Opzione assistenziale a cui sono stati ammessi, salvo autorizzazione del Consiglio d'Amministrazione.

Gli "Assistiti per assistenza sanitaria mediata" possono usufruire solo delle tipologie d'assistenza previste nel singolo accordo di associazione.

## **ART. 12 – VARIAZIONE DEL LIVELLO D'ASSISTENZA e PERIODI DI LATENZA**

In applicazione dell'Art.11 dello Statuto sono iscrivibili, in via ordinaria, nella Lista degli Assistiti diretti i membri della famiglia-base del Socio (Socio, Coniuge e figli fino al 26° anno d'età) con diritto all'assistenza sanitaria piena, per prestazioni assistenziali sia dirette che di tipo ospedaliero (Gr.Rischi e Ricovero osped.ordinario). Agli altri ulteriori familiari sono erogabili solo forme di assistenza di tipo esclusivamente ospedaliero (Gr.Rischi e Ricovero osped.ordin.), fatte salve le specifiche norme previste all'Art.4 del Regolamento a favore di ulteriori familiari che rientrino nelle tipologie e nelle condizioni e vincoli ivi fissati.

In applicazione dei Commi 3 e 4 dell'Art.10 dello Statuto e nel rispetto dei vincoli fissati dall'Art.11 del Regolamento, il Socio potrà variare annualmente lo schema assistenziale prescelto (sia come Opzione-base che per le coperture integrative), dandone comunicazione scritta alla Segreteria del Fondo entro il termine del 30 novembre di

ogni anno, a valere per l'anno successivo.

Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, la decorrenza del diritto alle prestazioni ed ogni variazione nel livello d'assistenza prescelto avverrà nel rispetto dei sotto indicati tempi di latenza previsti per il godimento delle prestazioni oggetto di variazione:

Prestazioni a gestione diretta:

a) - Ai Soci automaticamente iscritti all'atto della loro assunzione da parte di Società convenzionata, ai loro familiari originariamente iscritti nella Lista degli assistiti ed a quelli iscritti entro 60 giorni dall'insorgere del rapporto di parentela (coniuge e figli, di cui alle lettere a), b), c) dell'Art.4 del Regolamento) e purché il Socio stesso risulti personalmente in regola rispetto al periodo di latenza, l'erogabilità delle prestazioni assistenziali dirette (sia normali che per Cure dentarie) risulta operativa trascorsi 3 mesi a far tempo dal primo giorno del mese di pagamento del primo contributo mensile.

Restano fermi i particolari vincoli e condizioni previsti all'Art.4 del Regolamento per il convivente more uxorio e per i figli ultraventiseienni.

b) - Per i figli di Soci già iscritti (e loro stessi in regola rispetto al periodo di latenza) è prevista l'erogabilità delle prestazioni assistenziali sin dalla nascita (purché vengano, entro 60 giorni dalla nascita, iscritti nella Lista degli assistiti, prevista dall'Art. 4 del Regolamento). In base a motivata richiesta, il Consiglio di Amministrazione può concedere deroga alla scadenza dei 60 giorni fissandone le condizioni.

c) - Per tutte le ulteriori adesioni tardive (di dipendenti o di famigliari) e nei casi di ritardo o dilazione nell'inizio dei pagamenti (come previsto dagli Artt. I, II delle Norme Finali dello Statuto), ed in caso di passaggio a livello assistenziale superiore l'erogabilità delle nuove (o maggiori) prestazioni dirette normali (non dentarie) ha effetto trascorso un periodo di latenza di 6 (sei) mesi dall'inizio del mese di pagamento del primo contributo mensile.

In caso di adesione tardiva ed in caso di passaggio a livello assistenziale superiore, le prestazioni dentarie (nella nuova misura) non potranno, comunque, essere erogate se non dopo trascorso un periodo minimo di latenza di almeno 12 mesi.

d) - Nei confronti dei dipendenti di Enti e Società convenzionate con il Fo.C.A.S., ma per i quali l'iscrizione al Fondo non risulti obbligatoria in applicazione di specifico Accordo Collettivo o Regolamento, al personale di nuova nomina (anche se con contratto di formazione), purché aderisca al Fondo entro 3 mesi dalla data d'assunzione, viene accordato il beneficio della riduzione del periodo di latenza a soli 3 mesi per tutte le prestazioni dirette.

Prestazioni speciali di tipo ospedaliero (Grandi Rischi e Ricovero osped.ordinario):

e) - Ai Soci automaticamente iscritti all'atto della loro assunzione da parte di Società convenzionata, ai loro familiari originariamente iscritti nella Lista degli assistiti ed a quelli iscritti entro 60 giorni dall'insorgere del rapporto di parentela (di cui alle lettere a), b), c) dell'Art.4 del Regolamento) e purché il Socio stesso risulti personalmente in regola rispetto al periodo di latenza, l'erogabilità delle prestazioni per coperture speciali (per Gr.Rischi e Ricovero Osped.ordinario) risulta operativa trascorso 1 mese a far tempo dal primo giorno del mese di pagamento del primo contributo mensile.

Restano fermi i particolari vincoli e condizioni previsti all'Art.4 del Regolamento per il convivente more uxorio e per i figli ultraventiseienni.

f) - Nell'ambito delle coperture speciali (per Gr. Rischi e Ricovero Osped.ordinario), fermo quanto previsto per i nuovi iscritti (per i quali risulti applicabile l'agevolazione prevista dal penultimo Comma del presente Articolo), per tutte le altre iscrizioni, per le successive variazioni e per i passaggi a livelli superiori di assistenza è previsto un periodo di latenza di 6 mesi.

\* \* \*

Per tutti gli assistiti - a prescindere dalla determinazione del periodo di latenza per le prestazioni ordinarie, come sopra determinato - le coperture speciali (per "Grandi Rischi", connessi ad interventi di alta chirurgia o per "Ricovero ospedaliero ordinario"), decorrono dalla data di aggiornamento della lista degli assistiti (o dell'eventuale elenco in polizza), che avverrà con cadenza trimestrale.

\* \* \*

Per tutte le forme d'assistenza non si applica alcuna latenza per il caso di infortunio successivo alla data d'attivazione della specifica copertura, purché debitamente documentato e per le sole conseguenze dirette dello stesso.

\* \* \*

Se a seguito di variazioni intervenute nel numero degli assistiti, i Soci aderenti ad una determinata Opzione dovessero ridursi di numero in misura tale da rendere difficile o troppo onerosa una distinta gestione dell'Opzione stessa (ed, in ogni caso, quando il numero degli aderenti sia inferiore a 20 Soci) il Consiglio d'Amministrazione ha facoltà di deliberare la chiusura dell'Opzione stessa, invitando i Soci iscritti ad effettuare, per il periodo successivo, altra scelta nell'ambito delle Opzioni a loro accessibili.

\* \* \*

In occasione della stipula di Accordi Collettivi che prevedano per tutti i dipendenti l'iscrizione obbligatoria al Fo.C.A.S. o, comunque, il versamento in modo ordinario di contributi da parte del datore di lavoro, per coloro che si iscriveranno e sceglieranno l'Opzione, libera (normale) o convenzionata, entro il termine speciale concordato, il periodo di latenza potrà essere ridotto ad **1 mese** per le **prestazioni dirette ordinarie** ed a **3 mesi** per le **prestazioni dentarie**; le coperture di tipo ospedaliero (Gr.Rischi e Ricovero osped.ordin.) potranno avere decorrenza immediata.

In caso di collegamento, senza soluzione di continuità, dell'assistenza del Fo.C.A.S. - rispetto ad altra precedente forma di assistenza aziendale preesistente alla convenzione con il Fo.C.A.S. stesso - i periodi di latenza di cui al Comma precedente potranno essere ulteriormente ridotti.

## **Funzionamento del Fondo e competenze del Comitato Esecutivo e della Commissione Liquidazioni**

### **ART. 13 – CONSIGLIO D'AMMINISTRAZIONE e COMITATO ESECUTIVO**

Nell'ambito dei poteri conferitigli dall'Art.33 dello Statuto, al Consiglio d'Amministrazione compete l'organizzazione ed il generale coordinamento funzionale del Fondo, per la cui gestione provvederà ad emanare linee guida anche sotto forma di Determinazioni da allegare al presente Regolamento.

A' sensi dell'Art.34, Comma 2 dello Statuto, risulta attribuita al Comitato Esecutivo l'organizzazione amministrativa del Fondo e la supervisione sull'istruzione delle pratiche di concessione delle prestazioni previste a favore dei Soci, nell'ambito del Regolamento e delle linee guida emanate dal Consiglio di Amministrazione.

### **ART. 14 – COMMISSIONE LIQUIDAZIONE EROGAZIONI**

In applicazione dell'Art.33, Comma 7 dello Statuto, la competenza per la verifica e liquidazione delle pratiche di rimborso risulta demandata in via ordinaria alla Commissione per la Liquidazione delle erogazioni, annualmente nominata dal Consiglio d'Amministrazione.

Nell'esame delle pratiche istruite dagli Uffici di Segreteria del Fondo, la Commissione di liquidazione opererà nell'ambito delle direttive impartite dal Consiglio d'Amministrazione e sotto la supervisione del Comitato Esecutivo, alla cui competenza farà riferimento per tutti i problemi applicativi.

### **ART. 15 - COMPENSI AGLI ORGANI AUSILIARI DEL FONDO**

L'Assemblea dei Soci - in occasione dell'annuale riunione ordinaria - delibererà, su proposta del Consiglio d'Amministrazione, la misura dello stanziamento globale previsto a compenso, per l'anno corrente, dell'attività dei membri del Comitato Esecutivo, della Commissione Liquidazioni e per le altre collaborazioni di carattere continuativo.

In sede di approvazione del bilancio annuale del Fondo, l'Assemblea dei Soci, su proposta del Consiglio d'Amministrazione, delibererà anche eventuali variazioni rispetto al precedente stanziamento per adeguamento in relazione all'impegno in tempo e professionalità necessitati dalla gestione dell'anno decorso.

L'attribuzione e ripartizione delle somme deliberate è di esclusiva spettanza del Consiglio d'Amministrazione.

## **Parte 2<sup>^</sup>**

### **Prestazioni Assistenziali**

#### **Persone assistite**

### **ART. 16 – LISTA DEGLI ASSISTITI**

Nell'ambito dei Soci Ordinari, l'assistenza sanitaria a gestione diretta risulta erogabile solo a favore dei gruppi familiari iscritti nell'apposita Lista degli assistiti diretti, secondo quanto previsto dall'Art.8, lettera a) dello Statuto e dall'Art.4 del Regolamento.

All'atto dell'adesione il Socio Ordinario, nel documentare la composizione del gruppo familiare, deve precisare se l'iscrizione si estende al coniuge ed ai figli; nell'ambito dei figli minorenni o, comunque, a carico, non è consentita l'iscrizione parziale (alcuni figli sì, altri no).

I Soci “in Prosecuzione”, “Aggregati”, “Straordinari”, i “Soci eredi” ed i “Soci familiari” (di cui al Comma 1 dell’Art.1 del Regolamento), una volta cessati dall’associazione al Fo.C.A.S., non sono più reiscrivibili.

Per tutta la durata della Convenzione con l’Azienda d’appartenenza, i “Soci di base” - dipendenti in servizio (di cui al Punto 1) dell’Art.1 del Regolamento) - conservano la possibilità di successiva iscrizione (o di riattivazione di rapporto assistenziale in precedenza interrotto a loro richiesta) con l’applicazione però dei periodi di latenza previsti per tutte le iscrizioni tardive (di cui all’Art.12, lettera c) del Regolamento).

La cancellazione dalla Lista degli assistiti - di familiari per i quali l’Art.4 del Regolamento ne prevede la possibilità di piena assistenza diretta - costituisce impedimento ad una loro successiva reiscrizione. Con deroga del Consiglio sulla base di motivata richiesta da parte del Socio sarà consentito il semplice loro inserimento nella copertura Grandi Rischi nel gruppo e nel livello del Socio stesso.

Nel caso di richiesta – ai sensi dell’Art.4, lettera g) del Regolamento - di estensione dell’assistenza a figli ultra-ventisejenni, fino al massimo di 30 anni, non è consentita l’iscrizione parziale (alcuni figli sì, altri no).

Per i soci iscritti ad Opzioni Normali – e negli altri casi su autorizzazione del Consiglio d’Amministrazione – è possibile chiedere l’estensione dell’assistenza sanitaria di tipo esclusivamente ospedaliero (Gr.Rischi e Ricovero osped.ordinario) a favore di familiari conviventi (purché parenti entro il 4° grado, affini entro il 3° grado o il convivente more uxorio) che verranno iscritti in apposito Elenco aggiuntivo degli assistiti, secondo quanto previsto dall’Art.11 dello Statuto e dall’Art. 4, lettere d/e/ f, del Regolamento.

Gli “Assistiti per assistenza sanitaria mediata” - di cui al Punto 3) dell’Art.1 – verranno iscritti in apposita Lista, specifica per ogni singola convenzione.

## **ART. 17 – FAMILIARI A CARICO**

Sono considerati a carico il coniuge ed i figli (di cui all’Art.4, Punto 1, rispettivamente alle lettere a) e b) del Regolamento), anche se non conviventi purché risultanti fiscalmente a carico oppure titolari di assegno alimentare a carico del Socio, per sentenza in sede Giudiziaria.

I figli del coniuge (di cui alla successiva lettera c) del sopraccitato Art.4 del Regolamento), che non siano legittimati, riconosciuti od adottati dal Socio, sono sempre considerati come non a carico.

In caso di divorzio, cessa il diritto dell’ex coniuge, anche se titolare di assegno di mantenimento a carico del Socio, all’iscrizione nella Lista degli assistiti ed al godimento di ogni forma di assistenza, in gestione diretta o di tipo ospedaliero (Gr.Rischi e Ricovero osped.ordin.).

## **Contributi e Prestazioni**

### **ART. 18 – CONTRIBUTI DA PARTE DEL DATORE DI LAVORO**

Per quanto riguarda i Consoci dipendenti da Enti o Società convenzionate per i quali in dipendenza di Accordi Collettivi risulta previsto il versamento in modo ordinario di contributi da parte del datore di lavoro, detti importi verranno portati a deconto degli oneri gravanti sul Socio, nella misura prevista per il livello di assistenza scelto dal Socio.

La qualità di Socio non è compatibile con la qualità familiare-assistito, pertanto lo stesso tipo di copertura non è comunque raddoppiabile.

### **ART. 19 – CONTINUITA’ NELLA CONTRIBUZIONE**

Nel caso, previsto dall’Art.13 Comma 4 dello Statuto - in cui l’Azienda convenzionata disdica l’accordo o, comunque, interrompa il pagamento del contributo - è fatto obbligo al Socio assistito di provvedere agli adempimenti ivi previsti entro il termine di un mese, termine che potrà essere ampliato dal Consiglio d’Amministrazione in relazione alle modalità e motivazioni connesse alla disdetta da parte aziendale.

La sospensione del Socio dalla partecipazione alle prestazioni assistenziali, o l’esclusione deliberata ai sensi dell’Art.13 dello Statuto, od il passaggio ad un livello inferiore di copertura assistenziale, non esonera il Socio dal pagamento dei contributi secondo il livello prima goduto per i 12 mesi successivi all’ultima erogazione usufruita.

Uguale normativa trova applicazione nei confronti del Socio che recede dal Fondo; il Consiglio d’Amministrazione potrà concedere, al Socio recedente, la possibilità – in alternativa alle prescrizioni del Comma precedente – di essere sollevato da detto obbligo, mediante la restituzione al Fo.C.A.S. di quanto liquidatogli per prestazioni nei 12 mesi precedenti.

In caso di disdetta o di cessazione, per qualsiasi altra causa, della convenzione con l’Ente di appartenenza dei

Soci, è demandata al Consiglio d'Amministrazione la facoltà - in relazione ai tempi ed ai modi della cessazione della Convenzione stessa – di poter deliberare la non applicabilità, o l'applicabilità ridotta, del vincolo del pagamento dei contributi secondo il livello prima goduto per i 12 mesi successivi all'ultima erogazione usufruita.

## **ART. 20 – PRESTAZIONI EROGABILI DAL FONDO**

Premesso che si considera:

- a) - malattia: ogni alterazione dello stato di salute (alterazione dello stato fisiologico e psichico dell'organismo) non dipendente da infortunio;
- b) - infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili;
- c) - ricovero: la degenza in Istituto di cura comportante almeno un pernottamento;
- d) - istituto di cura: ogni ospedale, clinica o casa di cura (pubblica, convenzionata o privata) in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in Base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero, ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale ed in regime di degenza diurna (day-hospital),

il Fondo fornisce a tutti i Soci, ed agli eventuali loro familiari iscritti nella Lista degli assistiti, assistenza economica per sopperire a prestazioni sanitarie integrative e migliorative di quelle offerte dal Servizio Sanitario Nazionale o da altri Enti convenzionati con quest'ultimo in occasione di malattia e/o di infortunio nei limiti previsti dallo Statuto e dal Regolamento, nell'ambito delle prestazioni previste per l'Opzione a cui il Socio aderisce.

Alla malattia viene equiparato il parto (fisiologico o cesareo) e l'aborto (terapeutico o post traumatico), nonché l'eventuale interruzione di gravidanza volontaria ai sensi della normativa vigente.

L'assistenza si estende al neonato purchè venga chiesta l'iscrizione nella Lista degli assistiti di cui all'art 12 lettera b).

Il concorso spese - per pratiche non rimborsabili o per le quote non rimborsabili da parte del Servizio Sanitario, della Regione o di altri Enti Pubblici - verrà erogato per interventi di riconosciuta necessità comprovata dal medico di Base della Struttura Sanitaria. Sono esclusi dal rimborso le cure, le prestazioni e gli interventi di cosmesi od estetica. Nel caso di chirurgia plastica ricostruttiva dovrà essere prodotta anche una relazione del chirurgo che attesti:

- la percentuale dell'intervento relativa al ripristino della funzionalità;
- confermando anche l'eventuale percentuale di intervento di carattere estetico, che non verrà rimborsato dal Fondo.

L'erogazione del concorso spese risulta, attualmente, prevista per le tipologie di spesa e con i massimali sintetizzati nelle Tabelle previste per ogni Opzione, come approvate ed annualmente aggiornate dal Consiglio d'Amministrazione, in conformità all'Art.33, Comma 3, dello Statuto.

L'aggiornamento delle condizioni di erogazione dei contributi avverrà con pubblicazione sul sito del Fondo, con la decorrenza deliberata. I soci potranno sempre richiedere copia delle condizioni in vigore.

## **ART. 21 – MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

Le domande di erogazione di concorso spese devono essere stilate sugli appositi moduli, predisposti dal Fondo, e dovranno essere accompagnate dalla prescritta documentazione sanitaria e dai relativi giustificativi di spesa.

Le domande di concorso spese devono contenere giustificativi di spesa relativi al medesimo anno solare di riferimento.

Le domande di concorso spese sono esaminate esclusivamente sulla base di documentazione regolarmente emessa.

All'erogazione del concorso spese il Fondo provvederà, compatibilmente con le disponibilità di cassa, con cadenza mensile.

Il concorso spese per **prestazioni a gestione diretta** del Fondo non potrà superare per gruppo familiare su Base annua l'importo fissato nelle Tabelle previste per ogni Opzione, come approvate ed annualmente aggiornate dal Consiglio d'Amministrazione.

In ogni caso in cui risulti previsto, per l'accogliibilità della richiesta di rimborso, un massimale annuo/biennale/ecc., anche ove previsto per tipologia di spesa, come fissato nell'apposita Guida pratica, si fa sempre riferimento al periodo solare (dal 1.1 al 31.12) antecedente alla data dell'ultima prestazione sanitaria portata all'esame del Fondo.



## **ART. 22 – LIMITI NELL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

Il Fondo, nei limiti delle disponibilità dello specifico fondo residuale e tenendo conto dei criteri di mutualità connessi ai vari tipi di opzione - privilegiando pertanto gli aderenti alle Opzioni Normali a mutualità piena - , provvederà all'assistenza sanitaria degli iscritti nei casi particolarmente gravi anche oltre i limiti previsti dall'Art.20, ultimo Comma del Regolamento.

Il Consiglio di Amministrazione ha facoltà di decidere in merito.

## **ART. 23 – MINIMALE EROGABILE**

Onde evitare sproporzionati ed improduttivi carichi di lavoro amministrativo per la liquidazione di rimborsi spese per cifre del tutto insignificanti, non vengono liquidate le pratiche di rimborso che, nel complesso, prevedono un concorso spese inferiore al minimo per pratica di € 3,00.

Il Consiglio di amministrazione potrà adeguare questo limite a suo insindacabile giudizio.

## **ART. 24 – DETERMINAZIONE DELLA SPESA RIMASTA A CARICO DEL SOCIO**

Nell'ambito delle prestazioni a gestione diretta erogate dal Fondo, in nessuno dei casi previsti dagli articoli che precedono, il rimborso del Fondo può superare la somma spesa.

La spesa di riferimento comprende le componenti di natura impositiva fiscale, quale l'eventuale aliquota IVA o l'imposta di bollo sulle fatture. Ciò a far tempo dal 01/01/2019.

Qualora vi sia (o possa essere) un concorso spese da parte del Servizio Sanitario, di Enti previdenziali o della Regione l'importo da portare a base di computo, per il calcolo del contributo a carico del Fondo, sarà pari all'ammontare della spesa sostenuta al netto di quanto ottenibile dal Servizio Sanitario, Ente previdenziale o Regione, avendosi come corrisposto il concorso spese da parte del Servizio Sanitario, Ente previdenziale o Regione anche nel caso che il Socio non abbia provveduto ad attivarsi nei confronti dell'Ente presentando le previste domande ed esibendo la richiesta documentazione.

Qualora in base alla Convenzione in essere con l'Ente di appartenenza del Socio, il Fo.C.A.S. risulti inquadrato, anche ai fini del godimento dei benefici fiscali, quale Fondo di "**copertura aggiuntiva**" - rispetto alle prestazioni sanitarie del Fondo di "**copertura principale**" (a cui il Socio risulti iscritto) - il Fo.C.A.S. opererà in tal caso quale Fondo di 2° livello, che liquiderà il suo contributo tenendo conto di quanto l'assistito ha percepito dal Fondo di 1° livello, a cui il Socio dovrà normalmente rivolgersi in via prioritaria.

Nel caso di cui sopra, e allorché gli assistiti del Fo.C.A.S. vengano comunque a godere dei benefici fiscali su quanto versato per assistenza sanitaria:

- come quote contributive in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale (secondo la previsione dell'Art.51 del TUIR D.P.R.22/12/1996 n.917);
- oppure, in mancanza di convenzione, come quote versate al Fo.C.A.S. quali "**contributi associativi** a Società di Mutuo Soccorso", in applicazione della lettera i-bis) dell'Art.15 del TUIR;

in tutti questi casi opera il principio che il rimborso comunque ottenuto non può oltrepassare il limite del 100% della spesa sostenuta, perdendo così la natura di rimborso spese.

Nel computo dei rimborsi goduti dal Socio non vanno in ogni caso compresi i rimborsi ottenuti in base a fatto assicurativo privato o per risarcimento di danni causati da terzi o per ristoro di invalidità comunque causata.

## **ART. 25 - INTERRUZIONE E RIDUZIONE NEL PAGAMENTO DEI CONTRIBUTI**

L'interruzione od il pagamento parziale del contributo sospende l'assistibilità del Socio e dei suoi familiari fino a 6 mesi dopo la regolare ripresa dei versamenti e la completa sanatoria dei sospesi.

La latenza di 6 mesi non ha valore per i soci trasferitisi all'estero che rientrino in Italia e richiedano la prosecuzione della assistenza; tale diritto deve essere esercitato entro 90 giorni dal rientro ufficiale in Italia.

L'assistenza e il pagamento dei contributi decorrono dalla data del rientro ufficiale in Italia.

Ove la situazione irregolare abbia a protrarsi per oltre 3 mesi può essere deliberata l'esclusione del Socio ai sensi dell'Art.13 dello Statuto.

## **ART. 26 – CONGRUITA' E VERIDICITA' DELLA DOCUMENTAZIONE**

Nei casi in cui sia reputato necessario, il Fondo ha facoltà di esperire accertamenti ed eventualmente contestare all'iscritto veridicità o congruità della documentazione presentata.

Nei casi di contestazione, previo avviso all'iscritto, il Fondo potrà anche ricorrere al giudizio di un medico di fiducia, come pure invitare l'interessato a sottoporsi a visita di controllo.

Se saranno accertate la veridicità e la regolarità della documentazione che ha originato la contestazione, l'intero costo di detta visita di controllo resterà a carico del Fondo; in caso contrario la spesa sarà a totale carico dell'iscritto e la domanda di liquidazione sarà totalmente respinta.

Il rifiuto di sottoporsi a visita di controllo comporta, in ogni caso, la non liquidabilità della richiesta.

Nei casi di riconosciuta gravità potrà essere deliberata l'esclusione del Socio ai sensi dell'Art.13 dello Statuto.

## **ART. 27 – TERMINI NELLA PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE DI PRESTAZIONI**

Nell'esaminare l'accogliibilità della domanda di concorso spese - sia per quanto riguarda la determinazione dell'assistibilità del Socio e dei suoi familiari sia per quanto riguarda la determinazione della regolamentazione applicabile - si farà riferimento alla data di effettiva fruizione della prestazione sanitaria, a prescindere dalla data riportata sulle attestazioni di quietanza presentate.

Ai fini di un corretto monitoraggio dell'andamento del Fondo si invitano i Consoci ad inoltrare mensilmente alla Segreteria del Fondo la documentazione della spesa sostenuta (tickets, ricevute, scontrini, fatture, ecc.).

Per quanto sopra, ai sensi dell'Art.2964 e segg. del CC, il termine di decadenza, nel corso dell'anno, per ottenere il concorso spese del Fondo risulta fissato in 6 mesi dalla data dell'evento da cui ha origine il diritto al sussidio stesso, salvo motivata richiesta di deroga accolta dal Consiglio d'Amministrazione o dall'Organo da questo delegato.

Per evitare intralci e ritardi nei confronti degli altri Soci, le documentazioni di spesa pervenute con ritardo superiore a 3 mesi, rispetto alla data del rilascio, verranno esaminate dopo l'elaborazione delle pratiche pervenute per tempo e l'accredito in conto dell'erogazione avverrà nel mese successivo al completamento delle elaborazioni; in relazione a necessità di non interferire con il normale flusso operativo la liquidazione delle pratiche ritardatarie potrà essere rimandata a fine anno.

Ad anno nuovo, - al fine di poter garantire il rispetto della scadenza stabilita dall'Art.20 dello Statuto per la convocazione dell'Assemblea di bilancio - il termine di decadenza per la liquidabilità di fatture ed altri documenti di spesa rilasciati nell'anno precedente risulta fissato al mese di Gennaio dell'anno seguente. Per quanto riguarda la diaria per ricovero ospedaliero ordinario e per grandi rischi, considerata la complessità nell'ottenere la documentazione necessaria, la scadenza viene definita in dettaglio dal Consiglio di Amministrazione.

Il Consiglio d'Amministrazione è autorizzato a deliberare, tempo per tempo, eventuali motivate variazioni al termine di scadenza, di cui al Comma precedente.

Qualora il Fo.C.A.S. operi in qualità di Fondo di "copertura aggiuntiva", di cui al precedente Art.24 Comma 4, i termini di scadenza di cui sopra (6 mesi in corso d'anno, mese di Gennaio ad anno nuovo) per la presentazione delle richieste di concorso spese al Fo.C.A.S. risultano allargati fino a 3 mesi dopo la preventiva liquidazione effettuata dal Fondo di "copertura principale".

Quanto pervenuto, ad anno nuovo, dopo il termine per la presentazione del bilancio per l'anno precedente - ma comunque nei termini del precedente Comma - verrà se del caso erogato come sopravvenienza passiva del Fo.C.A.S. a valere sul bilancio del nuovo anno.

## **ART. 28 – SOSPENSIONE E CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA**

In caso di sospensione della prestazione lavorativa, accompagnata da sospensione della retribuzione (assenza per servizio militare o civile sostitutivo, aspettativa per motivi familiari, sospensione dal servizio anche se con corresponsione di assegno alimentare, ecc.), l'assistibilità del Socio e dei suoi familiari può continuare, a richiesta, contro versamento mensile di un contributo pieno pari a quello previsto all'Art.10 del Regolamento, per il caso di riduzione retributiva.

In caso di collocamento in quiescenza (senza passaggio alla categoria Pensionati del Fondo), in caso di passaggio ad altra Azienda non convenzionata o per qualsiasi altra causa di cessazione dal servizio, l'assistibilità del Socio cessante (e dei suoi familiari) - fermo quanto previsto all'Art.6 del Regolamento - può continuare, a richiesta, ed alle medesime condizioni sopra esposte solo fino alla fine dell'anno solare in corso.

## **ART. 29 – MOBILITÀ DEL SOCIO E DEI FAMILIARI RISPETTO ALL'AZIENDA DI APPARTENENZA**

In caso di passaggio del Socio, dipendente in servizio, da una ad altra Azienda, entrambe convenzionate con il Fondo e nel caso che un familiare, attualmente assistito dal Fo.C.A.S., inizi l'attività presso Azienda convenzionata, il Fondo garantirà la continuità dell'assistenza sanitaria, secondo i seguenti criteri:

- a)- viene data continuità all'assistenza prestata a tutti gli iscritti (Socio e familiari) nella Lista degli Assistiti (di cui all'Art.11 dello Statuto ed Art.4 del Regolamento), in tutti i casi di passaggio del capofamiglia da una ad altra Azienda, senza quindi applicazione dei periodi di latenza previsti per ogni inizio di rapporto assistenziale con il Fo.C.A.S.;
- b)- viene data parimenti continuità di assistenza nel caso di passaggio dei figli minori dal carico di uno dei genitori ad altro genitore, nel caso che entrambi i genitori siano nostri Soci;
- c)- viene data parimenti continuità di assistenza nel caso di passaggio di uno dei familiari assistiti (Coniuge o Figli iscritti nella Lista degli Assistiti) dalla situazione di "familiare assistito" a quella diretta di "Socio", per inizio di rapporto di lavoro con Società convenzionata.

Verrà, pertanto, mantenuta annotazione unica e complessiva dei singoli massimali individuali (annuali o pluriennali), previsti nel Regolamento, in capo ad ogni singolo assistito.

### **Assicurazione per invalidità permanente**

#### **ART. 30 – INVALIDITA' PERMANENTE**

E' data facoltà al Consiglio d'Amministrazione di stipulare, a favore dei Soci ordinari, forme di copertura assicurativa per invalidità permanente - derivante da sinistro oppure da malattia, oppure per entrambi i casi - da attivare per gruppi omogenei di rischio e secondo le modalità più adatte, individuate dal Consiglio stesso.

## **Parte 3<sup>^</sup>**

### **Nomina del Consiglio d'Amministrazione**

#### **Composizione del Consiglio d'Amministrazione**

#### **ART. 31 – NUMERO DEI CONSIGLIERI E COMPOSIZIONE DEL CONSIGLIO, MODALITA' DI NOMINA**

All'Assemblea ordinaria dei Soci hanno diritto di partecipare tutti i Soci effettivi del Focas (i Soci Ordinari, persone fisiche, di cui all'Art.1, Punto 1) ed il rappresentante preventivamente delegato dai singoli Soci Sovventori ed Enti associati per assistenza mediata.

In applicazione dell'Art.20, Comma 2, lettera e), e dell'Art.28, Commi 3) e 4) dello Statuto, l'Assemblea ordinaria dei Soci con propria Deliberazione Integrativa fissa il numero dei membri Soci ordinari del Consiglio d'Amministrazione e, nel rispetto dell'Articolo 32 del presente Regolamento, determina ulteriori riserve di posti e criteri di nomina che tengano conto della composizione e dell'ambito territoriale di provenienza dei Soci ordinari e della rilevanza delle componenti assistenziali attive nell'ambito del Fondo.

Sono eleggibili solo i candidati, Soci ordinari, preventivamente registrati ai sensi dell'Art.25 dello Statuto.

In relazione alle specificità della natura associativa del Fo.C.A.S. ed in attuazione del principio di partecipazione e democrazia cooperativa, nella nomina del Consiglio d'Amministrazione, il sistema del voto sarà a scrutinio segreto sulla base della lista dei candidati, compilata ai sensi dell'Art.25 dello Statuto; resta sempre garantito il diritto dell'eventuale Socio dissenziente di far annotare il voto contrario o l'astensione tramite dichiarazione palese, con l'indicazione degli elementi identificativi del Socio stesso.

L'Assemblea a maggioranza assoluta potrà decidere di provvedere alla nomina degli Amministratori a voto palese.

In nessun caso è ammesso il voto di lista e, pertanto, tutti i candidati devono essere posti su un piede di parità e risultare individualmente eletti.

#### **ART. 32 – RISERVE DI POSTI PER RAPPRESENTATIVITA' DELLE CATEGORIE DI SOCI**

Nell'ambito dei Soci Ordinari:

A)-Minimi a tutela di rappresentatività di singole categorie:

- 1)- Per ragioni di rappresentatività, la complessiva categoria dei Soci dipendenti in servizio (Soci di Base e in Prosecuzione) dovrà essere rappresentata, come minimo, da almeno un quarto dei consiglieri.
- 2)- La complessiva categoria dei pensionati ha diritto ad essere comunque rappresentata, come minimo, da almeno un membro.
- 3)- Per ragioni di rispondenza all'impegno delle singole componenti gestionali deve essere garantita ai Soci aderenti ad Opzioni Normali un'adeguata rappresentatività non inferiore ad almeno la metà dei componenti il Consiglio d'Amministrazione.
- 4)- Inoltre alla complessiva categoria dei Soci di Base, in Prosecuzione ed Aggregati deve essere riservata una rappresentanza pari ad almeno la metà dei componenti il Consiglio.

B)-Massimi a tutela di rappresentatività del complesso delle altre categorie:

- 1)- Per un'equa rappresentatività di tutte le componenti sociali, i Soci ordinari dipendenti in servizio da una singola Azienda o Gruppo aziendale convenzionato non possono essere rappresentati in Consiglio da più di un terzo dei Consiglieri, con eventuale arrotondamento all'unità superiore
- 2)- Nel complesso i Soci dipendenti e pensionati di una singola Azienda o Gruppo aziendale non possono essere rappresentati in Consiglio da più di tre quarti dei Consiglieri.

\* \* \*

In sede di elezione, le riserve di posti saranno operative solo in caso di presentazione di corrispondenti regolari candidature.

I Consiglieri in carica conservano il mandato fino alla sua naturale scadenza purché mantengano la qualità di soci del Fondo, senza tener conto di eventuali variazioni intervenute nella loro qualificazione associativa (di cui all'Art.1 del Regolamento), rimanendo invariato il loro computo secondo il criterio con cui sono stati eletti.

### **ART. 33 – ULTERIORI RISERVE DI POSTI**

I massimali fissati alla lettera B) dell'Art.32 costituiscono un vincolo assoluto prioritario.

Le riserve di posti fissate nella lettera A) dell'Art.32 del Regolamento costituiscono un minimo vincolante, che può essere superato nella "Determinazione Integrativa" con cui l'Assemblea ordinaria delibera, tempo per tempo, anche il numero complessivo dei membri del Consiglio.

Pertanto, per assicurare una composizione del Consiglio d'Amministrazione - che tenga debito conto della rilevanza gestionale delle diverse componenti della compagine sociale e per garantire, per ragioni di funzionalità operativa, una adeguata e pronta reperibilità di un minimo di membri, che possano assicurare una efficace presenza o, comunque, un sollecito intervento presso la Sede amministrativa del Fondo - , nell'attribuzione dei posti in Consiglio di Amministrazione l'Assemblea ordinaria può nell'ambito della "Determinazione Integrativa" deliberare, su proposta del Consiglio d'Amministrazione, ulteriori riserve di posti che risulteranno applicabili solo subordinatamente al rispetto dei vincoli di cui all'Art.32 del Regolamento.

Tutte le ulteriori riserve di posti deliberate dall'Assemblea ordinaria in sede di "Determinazione integrativa" hanno carattere "a scorrimento" (secondo l'ordine di priorità fissato nella delibera), tenendo presente che si avrà conteggio di effettuata riserva di posto ogni qualvolta si ha l'avvenuta esclusione dalla nomina di altro candidato per applicazione di una riserva di posto.

### **ART. 34 – APPLICAZIONE DELLE RISERVE DI POSTI e DETERMINAZIONE INTEGRATIVA**

La fissazione del numero complessivo dei componenti il Consiglio e la "Determinazione integrativa" riguardante eventuali ulteriori riserve di posti – in conformità a quanto previsto dall'Art.33 del Regolamento - , per avere efficacia anche nella tornata di elezione del Consiglio immediatamente successiva deve essere deliberata prima della preindizione della convocazione assembleare, prevista dall'Art.22, Comma 5 dello Statuto.

<p><b><u>Determinazione integrativa</u></b> [dell'Art.34] <b><u>sulla Composizione del Consiglio d'Amministrazione</u></b></p>
--

In applicazione dell'Art.28, Commi 3 e 4, dello Statuto, viene fissato in 12 elementi il numero complessivo dei membri del Consiglio d'Amministrazione e la sua composizione risulta così articolata:

**12 Soci Ordinari (Soci di Base, in Prosecuzione, Aggregati e Straordinari, Soci eredi e Soci familiari),**

scelti in modo tale che nel complesso i membri eletti dovranno presentare le seguenti caratteristiche, nell'ordine di priorità qui esposto:

Innanzitutto, integrale applicazione dei vincoli fissati nell'Art.32 del Regolamento:

1/a)- verifica prioritaria degli eventuali superamenti dei massimali assoluti fissati alla lettera B) dell'Art.32 del Regolamento, contrassegnando in ordine progressivo le eventuali eccedenze al fine del loro deponamento dalla lista dei membri chiamati a comporre il nuovo Consiglio;

1/b)- verifica dell'avvenuto rispetto dei minimali fissati alla lettera A) dell'Art.32 del Regolamento, contrassegnando in ordine progressivo le eventuali integrazioni reperibili nell'ambito dei candidati eleggibili;

e nell'ambito delle residue riserve di posti non utilizzate (fermi restando i vincoli di cui ai punti 1/a e 1/b, senza possibilità di sostituzione dei componenti eletti per applicazione dei criteri precedenti):

2)- successiva verifica che almeno 4 Soci iscritti ad Opzione Normale o Convenzionata [non importa la qualifica d'appartenenza, non importa se dipendenti in servizio oppure se pensionati, e non importa da quale Società risultino dipendenti o pensionati] siano residenti nella Provincia in cui risulta fissata la Sede amministrativa del Fondo. Almeno 3 dei sopraccitati Soci dovranno risultare iscritti ad Opzione Normale;

e nell'ambito delle residue riserve di posti non utilizzate (fermi restando i vincoli di cui ai punti 1/a, 1/b e 2, senza possibilità di sostituzione dei componenti eletti per applicazione dei criteri precedenti):

3)- successiva verifica che siano presenti almeno 2 Soci pensionati [non importa a quale delle Opzioni attivate in ambito Fo.C.A.S. risultino iscritti, e non importa da quale Società risultino pensionati];

e se residuano ancora riserve di posti non utilizzate (fermi restando i vincoli di cui ai punti 1/a, 1/b, 2 e 3, senza possibilità di sostituzione dei componenti eletti secondo i criteri precedenti):

4)- successiva verifica che sia presente almeno 1 Socio [non importa la qualifica d'appartenenza, non importa se dipendente in servizio oppure se pensionato, e non importa da quale Società risulti dipendente o pensionato, e non importa a quale Opzione risulti iscritto] residente nella Provincia in cui risulta fissata la Sede legale del Fondo.

Tutte le riserve di posti (fino al massimo fissato dal Regolamento) saranno operative solo in caso di presentazione di corrispondenti regolari candidature. Tutte le riserve di posti utilizzate per l'elezione di Consiglieri ancora in carica, si intendono come tutt'ora utilizzate anche se il singolo Consigliere ha successivamente mutato qualifica d'appartenenza.

**ART. 35 – RINUNCIA ALLA NOMINA DEL COMITATO DEI SINDACI**

In conformità all'Art.36 dello Statuto, fintantoché non interverrà specifica previsione di legge, è stabilita la rinuncia all'attivazione del Comitato dei Sindaci.

**ART. 36 – NOMINA DEL REVISORE**

In applicazione dell'Art.36 dello Statuto, il Consiglio d'Amministrazione provvederà – con cadenza triennale – a proporre all'approvazione dell'Assemblea ordinaria dei soci il nominativo del professionista abilitato a cui conferire l'incarico di Revisore contabile [ora Revisore Legale, di cui all'Art.1 del D.Lgs.39 del 27.1.2010].

**ART. 37 – NOMINA DEL COLLEGIO DEI PROBIVIRI**

In applicazione dell'Art.39 dello Statuto, la composizione del Collegio dei Probiviri viene determinata in 3 membri effettivi e 2 supplenti eletti a scrutinio palese dall'Assemblea ordinaria e che durano in carica cinque anni.

A tutela dell'assoluta imparzialità del Collegio dei Probiviri, nessuno dei suoi membri può rivestire altre cariche o partecipare a funzioni amministrative od esecutive nell'ambito del Fondo.

**Parte 4<sup>^</sup>**  
**SCHEMA GUIDA**  
**per la Gestione fiduciaria di "Contributi ordinari o straordinari con vincolo di destinazione speciale"**

**SOMME A DESTINAZIONE SPECIFICA**

**ART. 38 – GESTIONE FIDUCIARIA DI SOMME PER ASSISTENZA SANITARIA**

Nel caso che Enti o Società, di cui agli Artt.4 e 10, Commi 6 e 7 dello Statuto, affidino al Fo.C.A.S. la gestione fiduciaria di somme da destinare a specifiche forme di assistenza sanitaria a favore di categorie di persone - sia che dette persone siano già Soci del Fo.C.A.S. sia che si tratti di persone che per norme di Statuto o di Regolamento non possono divenire Soci del Fo.C.A.S. o che per parte di esse non sia comunque possibile l'iscrizione al Fo.C.A.S. - il Fondo provvederà innanzitutto ad individuare la possibilità di una attribuzione ed utilizzazione differenziata, delle somme ricevute, fra Soci e non Soci.

**ART. 39 – FORME DI UTILIZZO DIFFERENZIATO DELLE SOMME**

Ove - nell'ambito dei vincoli di destinazione delle somme ricevute - fosse possibile una utilizzazione differenziata delle somme, fra Soci e non Soci, il Consiglio d'Amministrazione ne valuterà le condizioni e proporrà la possibile equa attribuzione di una quota capitaria a favore dei Soci, portando detta somma a deconto di quanto dovuto dal Socio per contributi a favore del Fondo.

In caso di non possibile attribuzione di quote capitarie, il Consiglio d'Amministrazione provvederà ad altre forme di utilizzo dei contributi di destinazione ricevuti, sentendo in merito il parere dell'Ente erogatore e delle parti eventualmente intervenute all'accordo in base al quale le somme stesse vengono erogate.

**ART. 40 - FORME DI UTILIZZO CUMULATIVO DELLE SOMME**

Ove non fosse possibile una utilizzazione differenziata delle somme ricevute fra Soci e non Soci, verrà provveduto a forme di utilizzo complessivo dei contributi di destinazione ricevuti, sentendo in merito il parere dell'Ente erogatore e delle parti eventualmente intervenute all'accordo in base al quale le somme stesse vengono erogate.

**Capo 1 - Gestione fiduciaria di somme a favore di personale in servizio**

**ART. 41 – SOMME DESTINATE A FAVORE DI DIPENDENTI DELL'ENTE EROGATORE**

Nel caso che Enti o Società, di cui al precedente Art.38 del presente Schema-guida, affidino al Fo.C.A.S. la gestione fiduciaria di somme da destinare a forme di assistenza sanitaria con specifico vincolo di destinazione a favore di Dipendenti dei medesimi Enti o Società erogatori, il Fo.C.A.S. si atterrà al piano di erogazione elaborato dall'Ente erogatore stesso.

In mancanza di un piano specifico od in presenza di una finalità estesa a generiche forme di assistenza sanitaria, il Consiglio d'Amministrazione del Fo.C.A.S. elaborerà un piano per i possibili interventi di assistenza, dandone comunicazione all'Ente erogatore.

**Capo 2 - Gestione fiduciaria di somme a favore di Pensionati**

**ART. 42 – SOMME DESTINATE A FAVORE DI PENSIONATI DELL'ENTE EROGATORE**

Nel caso che Enti o Società, di cui al precedente Art.38 del presente Schema-guida, affidino al Fo.C.A.S. la gestione fiduciaria di somme da destinare a forme di assistenza sanitaria con specifico vincolo di destinazione a favore di Pensionati dei medesimi Enti o Società erogatori, il Fo.C.A.S. si atterrà al piano di erogazione elaborato dall'Ente erogatore, che fornirà anche l'elenco dei destinatari rivestenti la qualità di pensionato dell'Ente stesso.

In mancanza di un piano specifico od in presenza di una finalità estesa a generiche forme di assistenza sanitaria, il Consiglio d'Amministrazione del Fo.C.A.S. elaborerà un piano per i possibili interventi di assistenza, dandone

comunicazione all'Ente erogatore.

Nel caso che i criteri identificativi della qualità di pensionato con riferimento all'Ente erogatore non siano predefiniti o non completi, il Consiglio d'Amministrazione del Fo.C.A.S. dovrà preventivamente elaborare e comunicare all'Ente erogatore i criteri proposti.

#### **ART. 43 – FORME DI ASSISTENZA A FAVORE DI NON SOCI DEL FONDO**

Nell'utilizzo delle somme conferite al Fo.C.A.S. con mandato fiduciario dell'Ente erogatore, per la quota parte riferibile a pensionati non Soci del Fo.C.A.S. verrà data preferenza a forme di copertura dei "Grandi Rischi" per interventi chirurgici.

A favore dei pensionati di età più avanzata, per i quali la copertura assicurativa risulti non accettabile in quanto eccedentaria i limiti di accettabilità del rischio (normalmente, 65 anni, elevabili con limitazioni a 75 ed 80 anni), si creerà un fondo solidaristico a cui attingere a fine anno, in proporzione alle spese sostenute per Grandi Interventi chirurgici di cui abbiano avuto a soffrire i pensionati più anziani, non assicurabili.

### **Parte 5<sup>^</sup>**

#### **NORME FINALI e TRANSITORIE del REGOLAMENTO**

#### **ART. 44 – NORME TRANSITORIE PER L'ESTENSIONE DELL'ASSISTENZA al FIGLIO ULTRA 26/enne**

In occasione della stipula di nuova convenzione, al neo-Socio con figlio ultraventiseienne - ma che non ha ancora compiuto il 30° anno d'età – il Consiglio d'Amministrazione, sulla base di richiesta presentata entro 3 mesi dall'iscrizione del socio (purché iscritto da subito ad Opzione Normale o Convenzionata), potrà concedere l'ammissione all'assistenza diretta quale autonomo socio familiare (di cui all'Art.1 lettera e) del Regolamento)

In fase di prima applicazione dell'estensione dell'assistenza diretta al figlio maggiorenne di Socio a sua volta in assistenza diretta (prevista dall'Art.1 lettera e) del Regolamento) il limite d'età del figlio potrà essere elevato fino al compimento del 40° anno d'età.

#### **ART. 45 – DECORRENZA DELLE NORME DEL REGOLAMENTO**

Salvo specifica diversa decorrenza eventualmente prevista in singoli articoli, le norme del Regolamento trovano immediata applicazione a far tempo dall'avvenuta approvazione da parte dell'Assemblea dei Soci.

### **Parte 6<sup>^</sup>**

#### **ASSISTITI IN MODALITA' MEDIATA**

#### **ART. 46 – PRESTAZIONI EROGABILI AGLI ASSISTITI IN MODALITA' MEDIATA**

Agli assistiti in modalità mediata – di cui all'Art.10, comma 7 dello Statuto ed all'Art.1, numero 3 del Regolamento – verranno erogate le particolari prestazioni previste nei singoli accordi stipulati con gli Enti associati in modalità mediata.

# Determinazioni del Consiglio d'Amministrazione\* - Tabelle prestazioni e contributi per le Opzioni in essere

\*[delibera in conformità all'Art.33, Comma 3 dello Statuto e degli Artt.8 e 13 del Regolamento]

Approvazione in data 21/03/2015

## **Art. I) - Criteri di computo dell'imponibile retributivo**

### IMPONIBILE SU CUI CALCOLARE IL CONTRIBUTO A CARICO DEL SOCIO

a) - Nel caso che il contributo a carico del Socio consista in una aliquota rapportata all'imponibile retributivo normale (come previsto per le Opzioni Normali e per tutte le altre Opzioni che fanno rimando a tale norma) si applicheranno i seguenti criteri:

#### a/1) Per i Soci dipendenti in servizio:

- il contributo mensile viene calcolato, per tutte le mensilità, sulle "voci fisse di normale retribuzione", facendo prioritario riferimento al criterio identificativo delle voci considerate utili ai fini del computo del TFR (trattamento di Fine Rapporto).

In caso di sospensione della prestazione lavorativa, accompagnata da riduzione della retribuzione, ed in ogni altro caso comunque determinatosi di riduzione della retribuzione rispetto allo standard previsto per la categoria e grado di inquadramento del lavoratore - l'imponibile di riferimento continuerà ad essere quello della normale intera retribuzione prevista per il dipendente a tempo pieno.

#### a/2) Per i Soci pensionati:

- il contributo mensile viene calcolato su tutte le mensilità di pensione erogata da qualsiasi dei Fondi previdenziali obbligatori a cui sia stato iscritto (INPS/AGO od altro fondo).

Fa obbligo al Socio pensionato documentare, tempo per tempo, il complessivo trattamento previdenziale goduto.

\* \* \*

Per tutti i Soci, l'imponibile su cui calcolare il contributo mensile non potrà in nessun caso essere inferiore al minimo come, tempo per tempo, tabellarmente fissato dal Consiglio d'Amministrazione (vedasi la Tab.B 1-Parte 2), in relazione alla categoria e grado di attuale inquadramento del Socio dipendente in servizio e di ultimo inquadramento del Socio pensionato.

Sia per i Soci in servizio che per quelli in pensione, l'imponibile contributivo delle mensilità ordinarie non potrà comunque superare il massimale mensile standard tabellarmente approvato ed annualmente aggiornato dal Consiglio d'Amministrazione, in relazione alla categoria e grado di riferimento (vedasi la Tab.B 1-Parte 2).

L'imponibile del mese di dicembre - come quello di eventuali altri mesi con corresponsione di doppie mensilità - non può superare l'importo della normale retribuzione mensile in misura eccedente il 40%. Se così si verrà a determinare un superamento del massimale complessivo annuo, si attiverà di contro un equivalente alleggerimento delle mensilità ordinarie.

Per i Soci - aderenti ad Opz.Normali (o ad altre Opzioni che prevedano l'applicazione di aliquote contributive sulla retribuzione ordinaria) - per i quali non vengano fornite (o, comunque, non siano disponibili) aggiornate ed attendibili informazioni sull'inquadramento retributivo e per i Soci, in genere, per i quali (anche se in presenza di rapporto di lavoro in essere) non sia determinabile la misura del "livello retributivo ordinario" verrà applicato in via provvisoria, quale valore di default un imponibile, comunque, non inferiore al più piccolo dei massimali previsti.

A cura del Socio fornire, per tempo, il corretto valore di riferimento, onde poter effettuare i relativi conguagli.

b) - In deroga ai criteri generali sopra fissati, nell'ambito delle Opzioni Convenzionate e Speciali potrà essere previsto uno specifico criterio d'identificazione dell'imponibile retributivo di riferimento, con l'applicazione di livelli minimi e massimi di contribuzione.

## **Art. II) - Definizione delle componenti delle prestazioni**

Nell'ambito della regolamentazione delle prestazioni valgono le seguenti definizioni:

<b>EVENTO:</b>	Tutte le prestazioni sanitarie legate alla medesima patologia.
<b>DATA EVENTO:</b>	-per le prestazioni ospedaliere, la "data evento" è il primo giorno di ricovero e/o



	<p>dell'intervento, ed a questa fanno riferimento tutte le spese rimborsabili connesse all'evento; -per le prestazioni extra-ospedaliere, la "data evento" è quella dell'effettivo godimento della prestazione, a prescindere dalla data riportata sulle attestazioni di quietanza presentate.</p> <p>La fatturazione delle prestazioni di durata dovrà risultare correlata alla durata della prestazione sottostante ed il differimento della fatturazione e/o del pagamento non potrà mai comportare lo slittamento della decorrenza dei diritti e del computo dei massimali connessi.</p>
<b>MASSIMALE:</b>	la somma totale rimborsabile nell'arco di un periodo relativamente al singolo assistito oppure al nucleo familiare del Socio, a meno che non altrimenti specificato.
<b>SCOPERTO:</b>	la parte percentuale dell'ammontare delle spese che rimane a carico del Socio.
<b>FRANCHIGIA:</b>	la parte fissa delle spese che rimane sempre a carico del Socio e che viene detratta dall'ammontare per definire l'importo del rimborso.
<b>ISTITUTO DI CURA:</b>	gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con l'Assistenza Sanitaria Sociale e/o private, regolarmente autorizzati al ricovero o degenza diurna dei malati, esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, i "Centri Benessere" e le "Beauty Farms" o Istituti assimilabili.
<b>S.S.N.</b>	Servizio Sanitario Nazionale
<b>INTRAMOENIA:</b>	<p>prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.</p> <p>Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).</p>
<b>STRUTTURA ACCREDITATA:</b>	<p>è la Casa di cura, Centro diagnostico, Poliambulatorio, Studio medico od odontoiatrico per il quale il Fo.C.A.S., pur senza aver concluso una specifica convenzione, ha comunque potuto accertarne la comprovata e consolidata esperienza professionale per gli elevati standard delle strutture e la qualità delle prestazioni, congiunte a costi contenuti.</p> <p>L'accreditamento della Struttura permane fintantoché il Fondo accerta positivamente, nelle sue continue verifiche, che la Struttura stessa applica le migliori condizioni possibili (come originariamente verificate) ed in modo uniforme a tutti i propri associati.</p>
<b>RETE CONVENZIONATA (O RETE):</b>	Insieme di Ospedali ed Istituti di carattere scientifico, Case di Cura, Centri Diagnostici e Poliambulatori, nonché di Professionisti Medici con i quali il Fondo ha stabilito un contratto di convenzione che definisce tariffe e procedure operative.
<b>PAGAMENTO DIRETTO:</b>	Procedura attraverso la quale le prestazioni, preventivamente autorizzate dal Fo.C.A.S., effettuate nell'ambito della rete convenzionata, vengono pagate direttamente dal Fondo alla Struttura stessa e/o Professionisti medici.
<b>GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI:</b>	Ogni intervento chirurgico contenuto nell'elenco di cui all'apposito Allegato, secondo i livelli fissati per ogni singola Opzione.
<b>RICOVERO:</b>	la degenza che comporti almeno un pernottamento in Istituto di Cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.
<b>DAY HOSPITAL:</b>	degenza senza pernottamento in Istituto di Cura per terapie chirurgiche, mediche e accertamenti diagnostici, documentate da cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.) ovvero da documentazione equivalente.
<b>INTERVENTO AMBULATORIALE:</b>	prestazioni chirurgiche effettuate in ambulatori medici/Strutture Sanitarie che non comportino degenza.
<b>ASSISTENZA INFERMIERISTICA:</b>	l'assistenza prestata da persona fornita di specifico diploma.
<b>PRESTAZIONI SPECIALISTICHE:</b>	procedure medico diagnostico terapeutiche, comprese le visite specialistiche, erogate da medici specialisti, in possesso di specifico titolo riconosciuto.
<b>TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIEDUCATIVI:</b>	prestazioni di medicina riabilitativa tesa a rendere possibile il recupero delle funzioni negli individui colpiti da traumi, lesioni, malattie infiammatorie o degenerazioni articolari, malattie cardiovascolari e neurologiche.

## Norme operative

Non costituiscono prestazioni sanitarie rimborsabili le visite e gli accertamenti medico-legali di qualsiasi tipo (per

idoneità ad attività varie, per finalità amministrative, per verifica di fatti o situazioni del contenzioso, ecc.), cioè per qualsiasi finalità diversa da quella terapeutica o di diagnostica terapeutica.

In conformità agli Art.20 e 7 del Regolamento il Fondo interviene per le sole prestazioni sanitarie integrative e migliorative di quelle offerte dal Servizio Sanitario Nazionale italiano, purché dette prestazioni siano godute in Italia (a cui risultano equiparati i territori della Repubblica di San Marino e dello Stato della Città del Vaticano).

Il trasferimento della residenza all'estero - sia in via formale (con iscrizione all'anagrafe AIRE) sia per carattere di oggettività (con residenza effettiva all'estero, pur conservando la residenza puramente anagrafica in Italia) – comporta l'impossibilità di poter proseguire nell'appartenenza alle Opzioni che prevedono prestazioni dirette, con la sola possibilità del passaggio, su richiesta, a "forme di copertura di tipo esclusivamente assicurativo", per i familiari rimasti in Italia.

Le prestazioni per Grandi Rischi e di diaria per Ricovero Ospedaliero ordinario sono erogabili anche per eventi verificatisi all'Estero solo se durante escursioni, giri turistici e gite in vacanza, purché permanga la residenza in Italia, tenendo in considerazione sia la residenza anagrafica che quella di fatto.

Per i residenti in Italia è possibile l'erogazione di un contributo per interventi chirurgici o per altre prestazioni sanitarie ottenute all'Estero, solo ed in quanto le cure siano state preventivamente autorizzate dalla competente ASL del SSN (Art.7 del Regolamento).

In mancaza di preventiva autorizzazione del SSN, il Fondo non interverrà, salvo il caso che la prestazione sanitaria sia conseguenza di infortunio o di altro sinistro verificatosi durante escursioni, giri turistici, brevi viaggi e gite in vacanza all'Estero, restando escluse tutte le spese, anche se di carattere sanitario, non direttamente collegate ad infortunio capitato all'estero; restano in ogni caso escluse le spese di ricerca, di rintraccio e di recupero della persona, di soggiorno e di trasporto, salvo l'intervento specifico per "trasporto dell'assicurato in autoambulanza presso l'Istituto di cura" con le modalità ed i limiti previsti nella copertura Grandi Rischi. Per quanto riguarda le prestazioni dirette del Fondo, il Focas interverrà nell'ambito dei massimali e con le percentuali di rimborso e le franchigie applicate per le corrispondenti prestazioni in Italia.

In caso di cure dentarie, - per le quali venga fornita attestazione del SSN che non risulta erogabile nessuna forma di assistenza diretta od indiretta - per i Soci (in particolare quelli residenti vicino ai confini nazionali) che trovino più agevole avvalersi di ambulatori e strutture oltreconfine, il Fondo interverrà, nell'ambito delle prestazioni previste per l'Opzione a cui il Socio aderisce. La documentazione di spesa dovrà essere in regola con la normativa fiscale (Art.21 del Regolamento).

In via generale, ove sia comunque previsto un intervento del Fondo, il contributo del Focas sarà commisurato sulla spesa residuale, al netto del rimborso da parte del Servizio sanitario, di Enti mutualistici o della Regione ed, in ogni caso, il concorso spese del Fondo sarà commisurato esclusivamente sulla somma che "DOVREBBE RESTARE A CARICO" dell'assistito; cioè si ha come corrisposto il concorso spese da parte del Servizio Sanitario, Ente Mutualistico o Regione, anche nel caso che il Socio non abbia provveduto ad attivarsi nei confronti dell'Ente, presentando le previste domande ed esibendo la documentazione richiesta (come da Art.24 del Regolamento).

### **Art. III) – Aree di intervento suddivise per raggruppamenti**

Le Prestazioni assistenziali risultano così raggruppate per area d'intervento:

<b>Nomenclatore delle prestazioni previste</b>
--

\*ultima Delibera Cons.Amm. del 31.3.2012, confermata il 21.3.2015

<b>COD</b>	<b>Tipologia prestazioni previste*</b>
------------	--

**Prestazioni dirette ordinarie**

<b>01</b>	<b>VISITE MEDICO SPECIALISTICHE</b>
<b>05</b>	<b>ESAMI SANITARI</b>
<b>08</b>	<b>TERAPIE INTEGRATIVE, SUPPLEMENTARI e PSICOTERAPIE</b>
<b>09</b>	<b>PRESTAZ. SANITARIE AMBULATORALI, DAY HOSPITAL ed INTERV.CHIRURG.SENZA RICOVERO OSPITALIERO</b>
<b>10</b>	<b>CURE DENTARIE</b>

<b>20</b>	<b>MEDICINALI e CONTRIBUTI x DISMETABOLISMI e SVEZZAMENTO</b>
<b>25</b>	<b>CURE FANGO-BALNEO-TERMALI</b>
<b>30</b>	<b>CONTRIBUTO x INTERVENTI CHIRURGICI MINORI</b>
<b>40</b>	<b>OCCHIALI e LENTI A CONTATTO (o Corneali)</b>
<b>50</b>	<b>ACQUISTO PRESIDI TERAPEUTICO-SANITARI</b>
<b>60</b>	<b>CHECK UP</b>
<b>31</b>	<b>DIARIA AGGIUNTIVA x RICOVERO OSPEDALIERO *</b>

<-per alcune Opzioni, solo a specifica richiesta [§]

\* gestibile eventualmente anche in forma assicurativa

**Prestazioni speciali (di tipo assicurativo) °**

<b>G</b>	<b>Copertura speciale GRANDI RISCHI per INTERVENTI CHIRURGICI</b>
<b>I</b>	<b>Copertura (ASSICURAZ.) INVALIDITA' da MALATTIA **</b>

• gestibili eventualmente anche in forma diretta

<- solo su specifica richiesta [§]

\*\* [ I ] prestaz.attualmente sospesa

**Iniziative solidaristiche**

<b>Z</b>	<b>CONTRIBUTI AD INIZIATIVE DI SOLIDARIETA' SOCIALE</b>
----------	---

<- come da Nomenclatore Prestaz. trasmesso ad Anagrafe Fondi Sanit. il 29/04/2010

\* per le modalità di presentazione delle richieste e per le misure di erogazione delle prestazioni (fissate per ogni livello di Opzione assistenziale) vedasi quanto riportato nell'apposita Guida pratica/ **Sintesi Prestazioni Assistenza Sanitaria**, tempo per tempo aggiornata alle ultime variazioni approvate ai sensi dell'Art.33, Comma 3 dello Statuto e dell'Art.8 del Regolamento.

N.B.-Per tutte le tipologie di assistenza sanitaria, previste nelle singole Opzioni, il diritto alla prestazione da parte del Focas si prescrive, per ogni e qualsiasi effetto, dopo decorso un anno dall'infortunio, od altro evento morboso, a cui fa riferimento la richiesta di prestazione assistenziale, presentata fuori termine.

[§] se non previsto nell'Opzione di appartenenza, solo dietro pagamento delle quote di premio assicurativo annuo, come riportate nella Guida pratica. Possono essere assicurati per invalidità solo i dipendenti in servizio.

**Vincoli alla duplicazione delle prestazioni**

La copertura speciale per Grandi Rischi per interventi chirurgici maggiori (risultando onnicomprensiva di qualsiasi spesa connessa all'intervento stesso) assorbe tutte le prestazioni astrattamente applicabili al medesimo evento; in caso di potenziale operatività, per il medesimo evento, di eventuale separata copertura per una diaria fissa per qualsiasi caso di Ricovero Ospedaliero, l'assistito ha la possibilità di optare per quale fra le due scelte ritenga per lui più vantaggiosa, tenendo conto che non sono fra loro cumulabili.

**Art. IV) - Tabelle prestazioni e contributi per le Opzioni assistenziali**

Le Opzioni risultanti operative nell'ambito del Fondo, le forme tecniche di loro attivazione, i livelli di copertura e la misura dei contributi a carico del Socio sono quelli, tempo per tempo, approvati dal Consiglio d'Amministrazione - a norma dell'Art.33, Comma 3 dello Statuto – e come risultanti nel fascicolo della “**Guida Pratica**”, che riporta tutte le Tabelle periodicamente aggiornate dal Consiglio d'Amministrazione, secondo le risultanze dell'andamento tecnico del rischio.

Attualmente le Opzioni attivate risultano così articolate:

(Blocco 1) = Opzioni Normali a mutualità piena/ a sceita libera x Soci in servizio (o pensionati con le anzianità previste dall'Art.5 lettera c) del Regolamento):

Opzione 1/A	– Maggiorata
Opzione 1/S	– Normale plus
Opzione 1	– Normale standard
Opzione 1/D	– Normale, con maggioraz. su Interv.chirurg.minori

Opzione 2	– Media
Opzione 2/E	– Ridotta

(Blocco 2) = Opz. Convenzionate/ solo dipendenti di Az. con specifica convenzione[\*]/ contribuz.media:

Opzione A	– Maggiore	
Opzione 1/P	– Maggiore	← [Opz.attualm.sospesa]
Opzione 1/AA	– Maggiore	
Opzione 1/A1	– Maggiore	
Opzione 1/B	– Standard	
Opzione 2/B1	– Media plus	
Opzione 2/B	– Media plus	
Opzione 2/P	– Media plus	← [Opz.attualm.sospesa]
Opzione 2/G	– Media	
Opzione 2/A	– Media	
Opzione 2/A1	– Media, con maggioraz. su Interv.chirurg.minori	

(Blocco 3) = Opzioni Convenzionate/ solo dipend. di Az. con specifica convenzione[\*]/ contribuz.ridotta:

Opzione 2/D	– Ridotta media
Opzione 2/F	– Ridotta
Opzione 2/FF	– Ridotta
Opzione 2/F1	– Ridotta

(Blocco 4) = Opzioni Miste maggior. e normali/ solo dipendenti di Az. con specifica convenzione[\*]:

Opzione 3/H1	– Mista maggiorata, con maggioraz. su Interv.chirurg.minori
Opzione 3/H	– Mista maggiorata plus
Opzione 3/D	– Mista maggiorata
Opzione 3	– Mista normale
Opzione 3/0	– Mista normale ← [l'Opz.3/U ha le stesse prestazioni-01/01/07]

(Blocco 5) = Opzioni Miste medie/ solo dipendenti di Az. con specifica convenzione[\*]:

Opzione 3/C	– Mista media	
Opzione 3/B	– Mista media	
Opzione 3/F	– Mista media	
Opzione 3/P	– Mista media	← [Opz.attualm.sospesa]
Opzione 3/A	– Mista ridotta	
Opzione 3/G	– Mista ridotta	

(Blocco 6) = Opzioni di tipo prevalentem.assicurat. / solo dipendenti di Az. con specifica convenzione[\*]:

Opzione 4/B	– Prevalent.assicur. maggiorata
Opzione 4/A	– Prevalent.assicur. maggiorata
Opzione 4/C	– Prevalent.assicur. normale
Opzione 4	– Prevalent.assicur. normale
Opzione 4/D	– Prevalent.assicur. ridotta
Opzione 4/E	– Prevalent.assicur. ridotta
Opzione 4/F	– Prevalent.assicurat. ridotta

(Blocco 7) = Opzioni Spec. di tipo esclusivamente assicur./ solo dipendenti Az. con specifica convenzione[\*] o Pensionati a cui sia stato esteso il beneficio:

Opzione B/8	– Grandi rischi e Ricov.ospedal.
Opzione B/5	– Grandi rischi e Ricov.ospedal.
Opzione B/4	– Grandi rischi e Ricov.ospedal.
Opzione B/7	– solo Grandi rischi
Opzione B/6	– solo Grandi rischi
Opzione B/0	– solo Grandi rischi ridotta ← [l'Opz.B/2 ha prestazioni equival.]
Opzione 61[dipend.]	– Gr.R. e Ric.Osp/ maggior. ← [solo dipend.] esaurita 01/01/07
Opzione 51 [pens.]	– Gr.R. e Ric.Osp/ standard ← [solo pension.] ad esaurimento

(Blocco 8) = Opzioni Spec.incentrate su Grandi Rischi./ solo dipendenti Az. con specifica convenzione, con attivazione da 1.1.2013:

Opzione 5/A	- Grandi rischi e prestazioni connesse
-------------	--

(Blocco 9) = Opz.Integrative/ Opzioni a scelta riservata ai “vecchi Soci”:  
(solo Soci in servizio specificatamente ammessi, ai sensi dell’Art.III Norme Finali dello Statuto, alla prosecuzione del rapporto associativo, in caso avvenuta cessazione della Convenzione)

Opzione CC	- Integrativa normale	
Opzione 1/C	- Integrativa normale	← [ad esaurimento]
Opzione 2/C	- Integrativa ridotta	← [ad esaurimento]

(Blocco 10) = Opzioni Spec.Straordinarie x Soci Pensionati (od in prosecuzione volontaria Art.6 lett.c/2 Regolam.), che non hanno maturato i requisiti di mutualità:  
[attivazione da 1.1.2013]

Opzione P/1	- Prestazioni maggiorate
Opzione P/2	- Prestazioni medie
Opzione P/3	- Prestazioni ridotte

(Blocco 11) = Opzioni Spec.Straordinarie x familiare/ Figlio di Socio (iscritto Oipz. con prestaz.dirette, in conformità ad Art.1 lett.e) del Regolamento):  
[attivazione da 18.4.2015]

Opzione D/1	- Prestazioni maggiorate
Opzione D/2	- Prestazioni medie
Opzione D/3	- Prestazioni ridotte

[\*] Le Opzioni Normali rimangono liberamente aperte a tutti i Soci, dipendenti in servizio da Az.convenzionate, e l’aderente ad Opz.Normale conserva il diritto di rimanervi iscritto, anche dopo il pensionamento.

Le Opzioni diverse dalle Normali risultano originariamente elaborate sulla base di specifiche esigenze di singole Aziende e, pertanto, la scelta di dette opzioni risulta aperta ai soli dipendenti in servizio di dette Aziende o di altre Aziende che ne hanno successivamente richiesto l’estensione e l’applicazione nei confronti dei propri dipendenti, mediante la stipula di apposita Convenzione od Accordo.

Nell’ambito delle Opzioni di tipo esclusivamente assicurativo, alle coperture per soli Grandi Rischi possono essere direttamente ammessi - ai sensi dell’Art.8, Comma 4, lettera d) del Regolamento - anche i pensionati da Aziende convenzionate (od ex convenzionate). Possono, inoltre, essere ammessi alla prosecuzione della sola copertura per Grandi Rischi anche i familiari (di Socio deceduto) - di cui all’Art.4, Commi 1 e 2, del Regolamento - che in precedenza risultavano già inseriti in detta copertura in qualità di familiari direttamente iscritti o come familiari aggiunti, anche se non titolari di pensione indiretta o di reversibilità.

Le Opzioni Integrative sono riservate ai soli “vecchi Soci” secondo quanto previsto dall’Art. III Norme Finali dello Statuto ed in applicazione dell’Art.8, Comma 4, lettera e) del Regolamento.

Le Opzioni Straordinarie per Pensionati sono previste a favore dei Soci di Base e dei Soci in Prosecuzione iscritti ad Opzioni Convenzionate o Speciali miste ed integrative al momento del loro pensionamento, prepensionamento o alla cessazione dal rapporto di lavoro, per permettere una forma di prosecuzione dell’assistenza sanitaria.

Le Opzioni Straordinarie per Figli di Socio sono previste a favore dei Figli di Socio iscritto ad Opz.Normali/Convenzionate o Speciali. Questa agevolazione è operativa a partire dal 18 aprile 2015, con i requisiti previsti dall’Art.1, numero 1, lettera e) del Regolamento.

## **Art. V) – Continuità nella contribuzione**

Nell’applicazione dell’Art.18 del Regolamento - nell’esercizio della facoltà (prevista per il caso di disdetta o di cessazione della convenzione con l’Ente di appartenenza dei Soci) di poter deliberare la non applicabilità, o l’applicabilità ridotta, del vincolo del pagamento dei contributi secondo il livello prima goduto per i 12 mesi successivi all’ultima erogazione usufruita - il Consiglio d’Amministrazione ed il Comitato Esecutivo, nell’ambito delle facoltà demandategli, potranno:

a) - deliberare (in sostituzione di detto vincolo contributivo) la possibilità che il Socio possa liberarsi dal citato vincolo temporale provvedendo alla restituzione di quanto goduto come prestazioni da parte del Fondo nei 12 mesi precedenti.

b) – oppure anche - tenendo conto della diversa valenza temporale dei vincoli di cumulo delle prestazioni per Cure Dentarie (biennio) rispetto a tutte le altre tipologie di prestazioni dirette - deliberare di limitare ai soli casi di avvenuto godimento di prestazioni per Cure Dentarie il vincolo di prosecuzione nel pagamento dei contributi

secondo il livello prima goduto per i 12 mesi successivi all'ultima erogazione usufruita.

c) – oppure infine - tenendo conto delle particolari condizioni e circostanze in cui è avvenuta la cessazione della Convenzione stessa – deliberare la totale non applicabilità del vincolo di prosecuzione nel pagamento dei contributi secondo il livello prima goduto per i 12 mesi successivi all'ultima erogazione usufruita.

Analoga normativa – valutati i tempi, i modi e le circostanze che hanno contrassegnato il recesso del Socio dal Fondo, o la sospensione del Socio dalla partecipazione alle prestazioni assistenziali, o l'esclusione deliberata ai sensi dell'Art.13 dello Statuto, od il passaggio ad un livello inferiore di copertura assistenziale – potrà essere individualmente applicata a favore del singolo Socio, sulla base di motivata richiesta.

#### **Art. VI)– Assicurazione per invalidità da malattia**

Nell'ambito di quanto previsto dall'Art.30 del Regolamento, a favore dei Soci - dipendenti in servizio da Aziende con cui vige apposita convenzione – ad integrazione e completamento rispetto alla copertura per invalidità permanente derivante da incidente (prevista nei singoli contratti aziendali), il Fondo potrà stipulare forme assicurative per invalidità da malattia.

Al di fuori delle Opzioni che già prevedono l'automatica copertura dell'invalidità da malattia, analoga copertura potrà essere richiesta da Soci dipendenti in servizio aderenti ad altre Opzioni, dietro pagamento delle quote di premio assicurativo annuo, come riportate nella Guida pratica.

#### **Art. VII)– Benefici aggiuntivi condizionati alla permanenza nell'Opzione prescelta**

Fermo quanto determinato dall'Art.12 del Regolamento per i termini minimi di latenza necessari a maturare il diritto alle prestazioni assistenziali di base fissate per ogni Opzione, nell'ambito delle singole Opzioni potranno essere previsti particolari ulteriori benefici condizionati ad una determinata durata e continuità di permanenza nell'Opzione scelta dal Socio.

I precitati benefici aggiuntivi potranno assumere le forme tecniche più consone alla singola tipologia di prestazione (quali, ad esempio, l'aumento del massimale oppure la maggiorazione dell'aliquota di rimborso), come, tempo per tempo, approvate dal Consiglio d'Amministrazione - a norma dell'Art.33, Comma 3 dello Statuto – e come risultanti nel fascicolo della “**Sintesi prestazioni assistenza sanitaria**”, che riporta tutte le Tabelle periodicamente aggiornate dal Consiglio d'Amministrazione, secondo le risultanze dell'andamento tecnico del rischio.

#### **Art. VIII)– Contributo aggiuntivo per rimborso spese amministrative su singola pratica**

Con riferimento a quanto previsto dall'Art.9 ultimo comma del Regolamento, l'importo del rimborso spese integrativo standard per singola pratica liquidata viene sospeso dall'anno 2010.

# SCHEMI GUIDA OPERATIVI

## **NORMA UNICA sulla SCELTA DELLA GESTIONE ASSISTENZIALE**

### **Vincolo della scelta assistenziale fatta ad inizio d'anno:**

Si ricordano a tutti i Soci gli aspetti specifici degli impegni di spesa di natura assicurativa ed i relativi vincoli che il Fo.C.A.S. deve assumere in relazione alla scelta individuale dell'Opzione Assistenziale, da effettuarsi prima dell'inizio d'anno, vedi Art.12 Comma 2 del Regolamento (scelta vincolante per tutto il successivo anno).

Tutti i Soci sono invitati a voler attentamente valutare l'opzione da scegliere, tenendo in considerazione anche i vincoli temporali connessi alle coperture assicurative [forme di copertura assicurativa sono presenti, in forma più o meno estesa, in tutte le opzioni (massimamente nelle opzioni presenti nel comparto Speciale "tramite sola Copertura assicurativa")], da cui derivano corrispondenti vincoli all'eventuale esercizio di un "ripensamento" in corso d'anno, in quanto, ovviamente, la Compagnia assicuratrice non restituirà in nessun caso quanto incassato ad inizio d'anno.

### **Richiesta di modifica in corso d'anno della scelta assistenziale effettuata ad inizio periodo**

In casi particolari, alla luce delle motivazioni fatte presenti dal Socio, il Consiglio d'Amministrazione del Fondo potrà accogliere, in via del tutto eccezionale, eventuali richieste di variazione, compatibilmente con i vincoli risultanti dalla scelta inizialmente effettuata.

Pertanto, il Consiglio d'Amministrazione del Fondo, dopo aver preso atto dei vincoli operativi e di spesa risultanti dalla variazione richiesta, se riterrà accoglibile la richiesta ne darà comunicazione al Socio precisando i vincoli operativi e di spesa connessi, che dovranno essere integralmente accettati e sottoscritti dal Socio richiedente.

Al recupero dei maggiori costi sostenuti dal Fondo dovrà essere provveduto anticipatamente rispetto all'effettuazione della variazione.



## NOTA SUL TRATTAMENTO FISCALE\*

\* dopo la trasformazione del Fo.C.A.S. in Società di Mutuo Soccorso (12.04.2014)

### **1) Completa DEDUCIBILITA' fiscale dei contributi versati dai Soci in vigore di Convenzione:**

L'applicabilità del beneficio della completa **DEDUCIBILITA' fiscale** dei contributi versati al Focas (in qualità di Fondo sanitario) risulta vincolata all'esistenza di apposita Convenzione stipulata in applicazione di contratto od accordo aziendale.

Occorre tener conto che l'Art.48 (ora rinumerato 51), Comma 2 del TUIR [Testo Unico delle Imposte sui redditi D.P.R. 22/12/86 n. 917] prevede che **"Non concorrono a formare il reddito i contributi versati dal datore di lavoro e dal lavoratore ad Enti o Casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale per un importo non superiore complessivamente a lire 7.000.000 (€ 3.615,20) [\*]"**

[\*] - testo variato dall'Art.3 Comma 2 del D.Legisl. 2.9.1997 n. 314 ("Riforma Visco")  
- ulteriormente variato con D.Legs.18/02/2000 n.41 che ha previsto una graduale riduzione (dal 2000 al 2008) del tetto di deducibilità, che si consoliderà in L. 3,5/ milioni dal 2008 in poi.

Nei confronti dei dipendenti in servizio da Enti convenzionati, l'avvenuta stipula di un Accordo - che preveda l'iscrizione del personale al Fo.C.A.S. [*con erogazione, od anche senza erogazione, di un contributo da parte aziendale*] - soddisfa alle condizioni previste dalla Legge per la concessione dei benefici fiscali e, pertanto, nei confronti di detti dipendenti risulta pienamente applicabile la completa defiscalizzazione del contributo a carico dei lavoratori stessi.

#### **1/a) Dipendenti in servizio da Enti convenzionati:**

In vigore di Accordo d'assistenza sanitaria, il datore di lavoro (firmatario dell'Accordo stesso) provvederà direttamente (in qualità di sostituto d'imposta) alla detassazione dei contributi a carico dei dipendenti già in sede di elaborazione del cedolino stipendio, così che il lavoratore verrà subito a beneficiare della minore tassazione corrispondente all'aliquota marginale spettante (mediamente fra il 34% ed il 40%).

#### **1/b) e (da 1.1.2009) anche i Pensionati provenienti da Enti originariamente convenzionati:**

Per *Risoluzione n.293/e 11 luglio 2008 della Dir.Centr./ Ag.Entrate*, i Pensionati vengono equiparati ai dipendenti purché la loro attuale adesione al Fondo sia la prosecuzione dell'originaria adesione attivata, durante il rapporto di lavoro, in ottemperanza ad accordi aziendali. ←*vedere Circolare Focas del 10/11/08*

Annualmente, ad avvenuta chiusura della gestione d'esercizio, il Focas provvederà al rilascio ai Soci in quiescenza (pensionati da Azienda originariamente convenzionata) di un riepilogo dei contributi versati dal Socio, da portare in detrazione in sede di compilazione della denuncia dei redditi.

### **2)- DETRAIBILITA' fiscale (attualmente nella misura del 19%) dei contributi versati al Focas-SMS, in mancanza di Convenzione**

Nel caso, invece, di mancanza, od avvenuta cessazione, di Convenzione connessa a Contratto Collettivo od Accordo aziendale che preveda per i dipendenti (e pensionati) l'iscrizione al Fondo, non sussistono i presupposti per la completa deducibilità fiscale dei contributi versati.

Però, a far tempo dalla trasformazione del Fo.C.A.S in Società di Mutuo Soccorso

(12/04/2014) sarà possibile l'applicazione del beneficio fiscale della **DETRAIBILITA' fiscale** (attualmente nella misura del 19%) dei contributi comunque versati dal socio al Focas-SMS \*.

[\*] – L'Art.15 lettera i-bis) del TUIR prevede la detraibilità dei contributi associativi, per importo non superiore a 2 milioni e 500 mila lire (1.291,14 euro), versati dai soci alle **Società di Mutuo Soccorso** che operano esclusivamente nei settori, di cui all'articolo 1 della legge 15 aprile 1886, n. 3818 ←[*Legge istitutiva delle S.M.S.*], “al fine di assicurare ai soci un sussidio nei casi di malattia, di impotenza al lavoro o di vecchiaia”.

N.B.– *In altre parole i contributi associativi alle S.M.S. sono fiscalmente equiparati alle spese sanitarie dirette del singolo contribuente, ma con il vantaggio che resta riconosciuta la ulteriore detraibilità delle spese sanitarie non rimborsate dalla S.M.S. [Art.15, lettera c)].*

In questo caso, il Focas fornirà (a chiusura dell'anno) un riepilogo dei contributi versati dal Socio, da portare in detrazione in sede di compilazione della denuncia dei redditi.

### 3) – **DOCUMENTAZIONE DI SPESA SANITARIA da inviare al Focas**

Dal 18 giugno 2018, per effetto della applicazione del Regolamento (UE) 2016/679, è stato deciso che le modalità di invio della documentazione di spesa saranno solo le seguenti:

- invio tramite **la procedura on-line** che prevede l'invio di tutta la documentazione inerente la richiesta di rimborso in formato digitale mediante il portale Focas <https://www.focascoop.it/portale/>
- invio **via posta** all'indirizzo *Fo.C.A.S Soc.Mutuo Soccorso Via Quintino Sella, 85 cap.36100 Vicenza (VI)* delle sole fotocopie in formato A4 di tutta la documentazione inerente la richiesta di rimborso. Tutta la documentazione di spesa e quella integrativa di supporto richiesta dal Fondo (come ad esempio: cartelle cliniche, ricette, prescrizioni, impegnative medico base/specialista, dichiarazioni ULSS, visus, ecc...) dovranno essere sempre tutte inviate in fotocopia. Dovrà essere obbligatoriamente accluso **in originale il modulo di richiesta di rimborso completato e firmato** (e per chi usufruisce di altri fondi sanitari di primo livello dovrà essere anche, se necessario, accluso il mod.9 in originale).

L'invio dei documenti di spesa su supporto cartaceo ne esclude l'invio via procedura on-line e viceversa.

Non saranno accolte richieste di rimborso inviate via fax o come allegati di posta elettronica.

Al momento non sono gestibili con la procedura di invio on-line le richieste di erogazione di:

- contributo svezamento;
- diaria per ricovero ospedaliero;
- diaria per ricovero ospedaliero con intervento in Grandi Rischi;
- rimborso spese a piè di lista per ricovero ospedaliero con intervento in Grandi Rischi.

In caso di ulteriore iscrizione ad altro Fondo, l'assistito dovrà, in sede di denuncia dei redditi, provvedere ad integrare la dichiarazione di quanto rimborsato dal Fo.C.A.S. con quanto ulteriormente rimborsato dall'altro Fondo.

### 4) – **Documentazione riepilogativa della spesa sanitaria rimasta a carico del Socio (spesa sostenuta, meno rimborsi erogati dal Focas)**

Annualmente, ad avvenuta chiusura della gestione d'esercizio, il Fondo provvederà al rilascio di specifico **Riepilogo riassuntivo** delle spese sanitarie documentate presso il Fo.C.A.S. e dei rimborsi ottenuti, da cui desumere la quota residuale rimasta a carico dell'assistito, da includere fra gli oneri in detrazione dall'Irpef, nella dichiarazione fiscale dei redditi soggetti ad Imposte dirette (IRPEF).