

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
 (nome e cognome)

Residente in _____ Prov. _____ Cap. _____ Via _____ n. _____

Tel. _____ e dip. (o pensionato) del Consorzio di _____

DICHIARA di aderire per se stesso, per eventuale coniuge o convivente «more uxorio» e per i figli fino a 26 anni, risultanti dallo stato di famiglia secondo le norme previste dalla legislazione vigente, al Fondo Integrativo Sanitario per i dipendenti dei Consorzi di Bonifica e Miglioramento Fondiario costituito in adempimento all'accordo del 31.4.1994 per rinnovo del CCNL di categoria del 30.7.1991 e successive modifiche:

- FORMULA A** - Obbligatoria assistenziale di base prevista dal C.C.N.L.
 FORMULA B - Facoltativa integrativa per i casi di grande intervento chirurgico

DICHIARA che i familiari come precedentemente definiti, risultanti dallo stato di famiglia alla data della presente adesione sono:

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

DICHIARA inoltre di aver preso visione delle prestazioni integrative che il Fondo erogherà in caso di necessità e delle modalità regolamentari e delle condizioni a cui attenersi per poterne usufruire.

AUTORIZZA pertanto il Consorzio a versare entro il 31 Dicembre di ogni anno la quota di iscrizione per l'anno successivo secondo le modalità di seguito prescelte.

AUTORIZZA inoltre l'Azienda a trattenere la quota a suo carico, relativa alla formula prescelta, nelle dodici mensilità dell'anno successivo a quello d'iscrizione.

<input type="checkbox"/> FORMULA A	<input type="checkbox"/> FORMULA A + B
quota a carico del dipendente € 108,50	quota a carico del dipendente € 217,00
quota a carico del Consorzio € 108,50	quota a carico del Consorzio € 108,50
€ 217,00	€ 325,50
PENSIONATO EX DIPENDENTE DAL CONSORZIO	
<input type="checkbox"/> FORMULA A	<input type="checkbox"/> FORMULA A + B
quota a carico € 217,00	quota a carico € 325,50

Data _____

Firma _____
 (Datore di lavoro)

Consenso al trattamento dei dati

Barrando la casella di fianco Lei dichiara di aver letto l'informativa riportata sul retro del presente Modulo e, firmando nella riga sottostante, esprime il consenso al trattamento e alla comunicazione dei suoi dati personali effettuati dal Fondo, nei termini e per i fini indicati nell'informativa stessa.

Luogo e data _____

Firma _____

Chiede che l'importo dell'indennità liquidata sia versato sul c/c n° [] della Banca _____

di _____ situata in via _____ Cap _____

cod. CIN _____ cod. CAB _____ cod. ABI _____ Intestato al sottoscritto.

Firma _____

F.I.S. PRESTAZIONI SANITARIE

Fondo integrativo sanitario dei dipendenti dai consorzi di bonifica e miglioramento fondiario

FORMULA A

Contribuzione € 217,00 (di cui se dipendente consortile € 108,50 a carico del Consorzio).

Per tutti gli iscritti al Fondo F.I.S. vengono garantite le seguenti prestazioni assistenziali, valide per l'iscritto, il coniuge o il convivente «more uxorio» ed i figli fino a 26 anni, risultanti dallo stato di famiglia dell'iscritto stesso.

Garanzie obbligatorie

1 - In caso di intervento chirurgico effettuato in Istituto di Cura pubblico o privato in conseguenza di infortunio, di malattia o di parto, il rimborso:

- delle spese per i relativi accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati anche al di fuori dell'istituto di Cura o in ambulatorio nei 90 giorni precedenti il ricovero;
- delle spese per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento);
- delle spese per l'assistenza medica, per le cure, per trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali e per gli esami effettuati durante il periodo di ricovero;
- delle spese per le rette di degenza;
- delle spese di trasporto in ambulanza all'Istituto di Cura e viceversa;
- delle spese rese necessarie dalla malattia o infortunio che ha determinato l'intervento, sostenute dopo la cessazione del ricovero, per esami, per acquisto di medicinali, per prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche nonché per trattamenti fisioterapici o rieducativi e per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuate nei 90 giorni successivi al ricovero stesso.

Tali garanzie sono prestate fino alla concorrenza di complessive € 8.000,00 da ritenersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

Qualora l'iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la garanzia varrà per le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'iscritto nella misura del 100%.

Nel caso in cui l'iscritto ritenga di non avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale o di ricoverarsi in un Istituto di Cura non convenzionato (o in branca non convenzionata di Istituto convenzionato), il Fondo rimborserà le spese sopra elencate nella misura del 75% di quelle effettivamente sostenute e documentate.

2 - Qualora, in caso di intervento chirurgico o di "grande intervento chirurgico" effettuato in Istituto di Cura, gli Assicurati non abbiano sostenuto alcuna spesa avranno diritto ad una indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero di € 26,00 con massimo di 60 giorni per anno assicurativo, e non sia stato richiesto alcun rimborso in base al precedente punto 1.

3 - Il rimborso, fino alla concorrenza di complessive € 1.050,00 (€ millecinquantotto/00) da ritenersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per

nucleo familiare assicurato, delle spese sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie domiciliari o ambulatoriali, rese necessarie da malattia o infortunio:

- onorari medici per visite specialistiche, escluse comunque le visite pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche;
- analisi ed esami diagnostici di laboratorio, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio denunciati.

Il rimborso di tali spese è effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 25% con un minimo di € 26,00, un tetto massimo di € 105,00 per ogni visita specialistica e un tetto massimo di € 520,00 per ogni analisi ed esame diagnostico; fermo il limite massimo annuo di € 1.050,00 sopra stabilito.

Le visite specialistiche sono rimborsabili se dalla documentazione inviata risulta inequivocabile il titolo di specializzazione del medico che ha effettuato la visita. Nessun rimborso è quindi previsto per le prestazioni di medicina generica.

FORMULA A+B

Per tutti gli iscritti al Fondo F.I.S., oltre alle garanzie obbligatorie di cui alla FORMULA A, vengono garantite le seguenti prestazioni, valide per l'iscritto, il coniuge o il convivente «more uxorio» ed i figli fino a 26 anni, risultanti dallo stato di famiglia dell'iscritto stesso, a condizione che il medesimo versi la relativa contribuzione aggiuntiva a quella di base (+€ 108,50 annue).

Garanzie facoltative

In caso di Grande Intervento Chirurgico, come da elenco allegato alla circolare illustrativa, effettuato in Istituto di Cura pubblico o privato, il rimborso:

- delle spese per i relativi accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati anche al di fuori dell'Istituto di Cura o in ambulatorio nei 90 giorni precedenti il ricovero;
- delle spese per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento);
- delle spese per l'assistenza medica, per le cure, per trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali e per gli esami effettuati durante il periodo di ricovero;
- delle spese per le rette di degenza;
- delle spese di trasporto in ambulanza in Istituto di Cura e viceversa;
- dalle spese rese necessarie dalla malattia o infortunio che determinano l'intervento, sostenute dopo la cessazione del ricovero, per esami, per acquisto di medicinali, per prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché per trattamenti fisioterapici o rieducativi e per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi al ricovero stesso.

Tali garanzie sono prestate sino alla concorrenza di complessive € 11.400,00, da ritenersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

Tali spese vengono rimborsate integralmente nel limite del massimale assicurato.

NORME GENERALI DEL REGOLAMENTO DI ATTUAZIONE

Validità territoriale

La validità territoriale è riconosciuta in tutto il mondo.

Decorrenza

Il F.I.S. opera dal 1° gennaio 1989.

La validità dell'assistenza decorre dal primo giorno del mese successivo a quello in cui viene effettuato il versamento della contribuzione nel conto corrente indicato dal Fondo, alla condizione che la presente scheda di adesione appositamente compilata, sottoscritta e controfirmata dal datore di lavoro, sia stata consegnata o trasmessa alla sede del Fondo, anche tramite le organizzazioni sindacali periferiche.

Delimitazioni dell'Assicurazione

Sono esclusi dall'assicurazione i rimborsi delle spese:

- per la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- per la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici od uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;

da infortuni:

- derivanti da sports aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);

da infortuni:

- sofferti in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'iscritto, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'iscritto stesso.

Sono inoltre escluse dall'assicurazione:

- le cure e gli interventi per la eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
- le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- le cure dentarie e delle parodontopatie non rese necessarie da infortuni e, in ogni caso, le protesi dentarie;
- le malattie professionali così definite dal D.P.R. 30 Giugno 1965, N. 1124 e successive modifiche;
- le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici.

Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 70 anni e cessa alla successiva scadenza annuale del premio per quelle che raggiungono tale limite di età.

5 - Termini di aspettativa

L'assicurazione prende effetto dalle ore 24:

- del giorno di decorrenza della garanzia, per gli infortuni e per le visite specialistiche
- dal 30° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia, per le malattie;
- dal 180° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia, per i casi di ricovero a seguito di malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, nonché di malattie croniche o recidivanti;
- dal 270° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per il parto, per l'aborto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio.

6 - Rinuncia all'azione di rivalsa

Il Fondo rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando integri i diritti dell'iscritto o dei suoi aventi causa verso i responsabili dell'infortunio o della malattia.

7 - Criterio di liquidazione

Il Fondo effettua il pagamento di quanto dovuto all'iscritto, od ai suoi eredi, su presentazione, anche in copia, dei certificati medici, delle cartelle cliniche, dello stato di famiglia al momento del sinistro e di ogni altro documento inerente al caso denunciato.

Per le spese soggette a rimborso, l'iscritto od i suoi eredi sono tenuti a presentare, in originale, le note, le distinte e ricevute debitamente quietanzate.

Il rimborso deve essere richiesto entro un anno dalla data della fattura o del ricovero.

In caso di decesso dell'iscritto prima che sia stato pagato il rimborso, gli eredi, per ottenere la liquidazione, dovranno presentare i seguenti documenti:

- certificato di morte;
- atto notorio o dichiarazione sostitutiva dello stesso con il quale almeno uno degli eredi indichi se l'iscritto abbia lasciato o meno testamento.

8 - Durata dell'iscrizione

L'iscrizione scadrà alle ore 24 del 31 Dicembre di ogni anno, a condizione che l'iscritto ne abbia dato comunicazione almeno 6 mesi prima con lettera raccomandata al Fondo e al Consorzio.

La contribuzione relativa a ciascun anno di iscrizione dovrà essere versata entro il 31 Dicembre dell'anno precedente.

Coloro che daranno l'adesione successivamente al 31 Dicembre saranno tenuti a corrispondere una contribuzione pari a tanti dodicesimi quanti sono i mesi, escluso quello di iscrizione, che mancano al completamento dell'anno solare. Il ritardato versamento da parte dell'iscritto della contribuzione dovuta comporta per il periodo del ritardo stesso la perdita del diritto all'assistenza e nel caso di intervento chirurgico, il ripristino dei termini di aspettativa di cui al punto 5).

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS. 196/2003

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che i dati da Lei forniti, o rilevati dagli Elenchi anagrafici pubblicati dall'INPS ai sensi della legislazione in vigore, vengono trattati per il fine esclusivo della gestione del rapporto contrattuale. Il conferimento dei dati è dunque strettamente funzionale all'instaurazione di tale rapporto, il quale senza i dati richiesti potrebbe non essere, in tutto o in parte, eseguito.

I dati saranno trattati con modalità e procedure effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici necessari per il fine indicato, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza. Potranno essere conosciuti da nostri collaboratori specificatamente autorizzati a trattarli in qualità di responsabili o incaricati, di volta in volta individuati e coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni e comunque in conformità alle istruzioni ricevute; l'elenco di tali collaboratori, costantemente aggiornato, potrà essere da Lei conosciuto gratuitamente facendo specifica richiesta al Fondo.

I suoi dati personali saranno custoditi e controllati con misure di sicurezza adeguate a ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, accesso non autorizzato, trattamento illecito.

I suoi dati non sono soggetti a diffusione. Per lo svolgimento delle sue attività il Fondo può rivolgersi ad organismi esterni per l'effettuazione dell'attività di gestione assicurativa, anche mediante apposite convenzioni o per il servizio di elaborazione dati; il Fondo, inoltre, potrà rivolgersi ad Enti previdenziali e dai datori di lavoro. L'elenco delle Compagnie di assicurazioni e delle società per l'elaborazione dei dati è disponibile presso la sede del Fondo. A tali soggetti potranno essere comunicati i dati da Lei forniti: pertanto il consenso richiesto Le in calce concerne anche il trattamento da costoro effettuato.

Lei ha diritto, in qualunque momento, di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati presso il Fondo, di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione, l'aggiornamento o la rettificazione (art. 7, d.lgs. 196/2003); ha inoltre il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati qualora trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento.

Il Titolare del trattamento dati è il **F.I.S.** con sede in Via Torino, 6 - 00184 Roma

Il Responsabile del trattamento è **Sandro Mantegazza**