

Regolamento Assidai

Documento approvato
dall'Assemblea Ordinaria Assidai
riunitasi a Roma in data 28 novembre 2024



ARTICOLO 1 - OGGETTO DEL REGOLAMENTO

Il presente Regolamento disciplina il funzionamento di Assidai - Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Dirigenti Aziende Industriali, di seguito anche il "Fondo".

Il Fondo opera attraverso Piani sanitari predisposti in maniera uniforme e standardizzata per l'assistenza della collettività delle persone iscritte.

Il Regolamento è adottato ai sensi dell'articolo 14 dello Statuto del Fondo.

ARTICOLO 2 – AVENTI DIRITTO ALL'ISCRIZIONE

1. Possono iscriversi al Fondo, senza limite di età, e sempreché siano residenti in Italia all'atto dell'iscrizione:
 - a) Le/gli associati alle Organizzazioni nazionali e territoriali che aderiscono a Federmanager. La mancanza del requisito associativo, o lo stato di morosità nel pagamento delle quote associative alle predette Organizzazioni, comporta:
 - 1) la cessazione del rapporto al 31 dicembre dell'anno per il quale Assidai abbia già accettato il contributo di iscrizione;
 - 2) il pagamento di una penale di € 350,00 per ogni anno di carenza del requisito associativo;
 - 3) la sospensione delle prestazioni sino al pagamento della suddetta penale.
 - b) Le persone iscritte, in servizio e in pensione, alle altre Federazioni aderenti alla Confederazione CIDA – Manager e Alte Professionalità per l'Italia. Valgono le stesse condizioni di cui al precedente punto a).
 - c) La/il coniuge superstite o, in alternativa, la/il convivente more uxorio che l'abbia sostituito ai sensi dell'articolo 8, comma 1 del Regolamento, limitatamente ai Piani Sanitari individuali ai quali avrebbe potuto iscriversi il loro dante causa, sempreché il *de cuius* fosse iscritta/o ad Assidai all'atto del decesso, e la richiesta sia avanzata entro 90 giorni dal decesso, fermo restando che la copertura decorrerà dalla data di versamento del contributo.
 - d) Non ricorrendo il caso sub c), le/i figlie/i conviventi di genitore iscritto ad Assidai all'atto del decesso, a condizione che la richiesta, a pena di decadenza, sia inoltrata entro 30 giorni, e riguardi tutti le/i figlie/i che si trovi-

no nelle predette condizioni, fermo restando che l'iscrizione viene meno al termine dell'anno del compimento del 65° anno di età. Loro possono aderire esclusivamente al Piano Sanitario che espressamente preveda tale possibilità.

- e) La/il coniuge, anche se legalmente separata/o o divorziata/o, la/il convivente more-uxorio, le/i figlie/i infra sessantacinquenni, le/i quali tutte/i siano privi di assistenza, Fasi o di altre forme analoghe; per loro è riservato uno specifico Piano Sanitario il cui mantenimento è subordinato all'iscrizione ad Assidai, con relativa regolarità nel pagamento del contributo, del dirigente, quadro o consulente, iscritta/o principale, da cui sorge, per i predetti soggetti, il diritto all'iscrizione ai sensi del presente comma.

2. Le/gli iscritte/i ad Assidai che al momento del passaggio in quiescenza hanno un'anzianità di iscrizione al Fondo superiore o pari a 5 anni, potranno continuare a essere iscritte/i al Fondo aderendo o mantenendo la propria iscrizione a uno dei Piani Sanitari individuali disponibili.

Analoga facoltà spetterà a coloro che, pur non essendo iscritti ad Assidai, (i) abbiano maturato un'anzianità di iscrizione, anche non continuativa, di almeno 10 anni prima del passaggio in quiescenza; e (ii) si re-iscrivano entro 1 anno dalla data in cui sono andati in pensione¹.

Coloro che hanno un'anzianità di iscrizione inferiore o comunque hanno aderito al Fondo solo dopo il pensionamento, potranno essere iscritti esclusivamente ai Piani Sanitari per essi approvati dal Consiglio di Amministrazione.

3. In caso di cessazione dell'iscrizione, una nuova adesione ad Assidai potrà avvenire soltanto con le modalità previste dal presente articolo. L'anno dell'ingresso in quiescenza viene considerato come anno di servizio, nel caso in cui la decorrenza della pensione sia successiva al 30 giugno.
4. Deroghe al requisito di cui alla lettera a) potranno essere deliberate dall'Organo Assembleare nel caso in cui l'iscrizione al Fondo venga effettuata in applicazione di specifici accordi previsti da Contratti Collettivi Nazionali di categoria.

1 Norma Transitoria: per le/gli ex iscritte/i pensionate/i da oltre 1 anno è concessa, ricorrendo il requisito della pregressa anzianità di iscrizione, anche non continuativa, di almeno 10 anni prima del passaggio in quiescenza, la facoltà di re-isciversi al Fondo aderendo a uno dei Piani Sanitari individuali disponibili per il 2024, a condizione che l'iscrizione venga effettuata, a pena di decadenza, entro il 30 novembre 2023.

5. In caso di decesso dell'iscritta/o permane il diritto dei suoi familiari di fruire delle prestazioni fino al 31 dicembre dell'anno in corso.

ARTICOLO 3 - ISCRIZIONI IN FORMA COLLETTIVA

1. L'iscrizione in forma collettiva è quella effettuata per il medesimo Piano Sanitario e in un unico contesto, da:
 - a) Tutte/i le/i dirigenti di una stessa azienda/ente. È, altresì, ammessa l'iscrizione di una/un sola/o dirigente, purché questa/o sia l'unica/o in organico come da apposita certificazione rilasciata dall'azienda/ente richiedente;
 - b) tutti i quadri di una stessa azienda/ente. È, altresì, ammessa l'iscrizione di un solo quadro, purché questo sia l'unico in organico come da apposita certificazione rilasciata dall'azienda/ente richiedente.

In caso di iscrizione ai sensi dei sopraindicati punti a) o b), sarà facoltà dell'azienda iscrivere le/i proprie/i consulenti, a condizione che il loro numero non sia inferiore a due.

2. Qualora l'azienda subordini l'iscrizione o la permanenza al Fondo delle/i dirigenti e dei quadri all'iscrizione di altre categorie di lavoratori, il Consiglio di Amministrazione potrà deliberare di estendere l'iscrizione anche in favore di quest'ultime.
3. Eccezioni al principio di totalità potranno essere deliberate dal Consiglio di Amministrazione in riferimento a casi del tutto particolari.
4. Alle persone iscritte in forma collettiva sono riservati gli specifici Piani Sanitari deliberati dal Consiglio di Amministrazione; si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni in vigore per le iscrizioni individuali, tranne il comma 1 del paragrafo "Esclusioni" dell'articolo 9, sub 1 e il requisito della residenza in Italia di cui all'articolo 2, comma 1 del presente Regolamento.
5. In caso di cambio di azienda o di cessazione dell'iscrizione in forma collettiva, le/gli iscritte/i potranno accedere ai Piani Sanitari in forma individuale, ricorrendone le previste condizioni. Quanto stabilito al comma precedente vale anche in caso di pensionamento, fermo restando quanto previsto all'articolo 2, comma 2 e fermo restando specifici accordi intervenuti all'atto dell'iscrizione.

6. Il Consiglio di Amministrazione avrà la facoltà, in casi particolari e adeguatamente motivati, di autorizzare iscrizioni collettive anche in deroga a quanto previsto al comma che precede.
7. La mancanza delle condizioni per l'iscrizione in forma collettiva, comporta la cessazione del rapporto al 31 dicembre dell'anno per il quale Assidai abbia già accettato il contributo di iscrizione, ferma restando la possibilità per le/gli iscritte/i di accedere ai Piani Sanitari in forma individuale, ricorrendone le previste condizioni.
8. Alle condizioni del presente articolo, il Consiglio di Amministrazione avrà facoltà di accettare, quale iscritta/o in forma collettiva, anche Fondi o Casse aziendali o Gruppi aventi finalità analoghe ad Assidai, a condizione che la richiesta di iscrizione si riferisca alla totalità delle/i destinatarie/i delle prestazioni dei suddetti Fondi, Casse o Gruppi, e che le/gli interessati appartengano alle categorie di cui all'articolo 2 del Regolamento.

ARTICOLO 4 - MODALITÀ DI ISCRIZIONE

1. L'iscrizione in forma individuale avviene mediante invio ad Assidai, per raccomandata a.r. o fax, entro e non oltre il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui si riferisce l'iscrizione, del modulo e dei relativi allegati che saranno rispettivamente predisposti e indicati dal Consiglio di Amministrazione.
2. In caso di promozione a quadro o dirigente, o instaurazione del rapporto di lavoro dopo il 1° gennaio, l'iscrizione può essere effettuata, con le modalità sopra specificate, entro e non oltre 60 giorni dal verificarsi dei suddetti eventi; l'importo del contributo è ridotto del 40% nel caso di iscrizione dopo il 30 giugno.
3. Gli effetti dell'iscrizione decorrono dal 1° gennaio, oppure, dalle ore 0 del giorno successivo al pagamento regolarizzante l'adesione al Fondo, fermo restando che il contributo annuale sarà dovuto nella sua interezza.
4. In caso di cessazione del rapporto con Assidai, è consentito iscriversi nuovamente ai soggetti di cui all'articolo 2, comma 1, lettere a) e b) del presente Regolamento, subordinatamente alla valutazione discrezionale del Consiglio di Amministrazione, nonché al versamento di un contributo di reingresso nella misura stabilita dal Consiglio stesso.

ARTICOLO 5 - VARIAZIONE DEL PIANO SANITARIO

1. Il Piano Sanitario deve essere scelto e specificato dall'iscritta/o nel modulo di iscrizione e non può essere variato in corso d'anno.
2. In aggiunta a quanto sopra, la facoltà per l'iscritta/o di cambiare Piano Sanitario, fermi i limiti stabiliti all'articolo 2 del Regolamento, sarà esercitabile soltanto una volta trascorsi tre anni dalla scadenza dell'ultimo Piano Sanitario prescelto².
3. Le eventuali variazioni dovranno essere comunicate tramite raccomandata a.r. o fax, da inviarsi entro e non oltre il 31 ottobre di ciascun anno e avranno comunque effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo. Sarà facoltà del Consiglio di Amministrazione prorogare, per ragioni di carattere organizzativo, il suddetto termine sino a un massimo di 60 giorni, dandone pubblicazione sul sito www.assidai.it, entro lo stesso 31 ottobre.

ARTICOLO 6 - DECORRENZA E DURATA

1. Il periodo di iscrizione è annuale e decorre dal 1° gennaio al 31 dicembre.
2. Il rapporto si intenderà automaticamente rinnovato di anno in anno, salvo disdetta da parte dell'iscritta/o, che andrà comunicata via raccomandata a.r. o fax, entro il 31 ottobre.
3. La mancata disdetta entro il termine di cui sopra comporta l'accettazione della nuova misura del contributo relativo all'anno successivo, sempreché non superi di oltre il 10% quella relativa al periodo scaduto.
4. Nel caso di superamento di tale misura è escluso il rinnovo tacito e l'iscrizione cessa di avere effetto con la fine dell'anno. In ogni caso, il pagamento del contributo dovuto per l'anno successivo determinerà il rinnovo dell'iscrizione, pur in presenza di precedenti disdette o cessazioni comunicate dall'iscritta/o, ai sensi dei punti di cui sopra.

² Norma Transitoria: per le persone iscritte a un Piano Sanitario Assidai 2023 è concessa, ricorrendone i requisiti, la facoltà di cambiare Piano Sanitario per il 2024, in deroga al termine triennale di cui all'articolo 5, 2° comma del Regolamento, a condizione che la comunicazione di cui all'articolo 5, 3° comma venga inviata, a pena di decadenza, entro il 30 novembre 2023.

ARTICOLO 7 - CONTRIBUTI

1. I contributi, determinati ai sensi dell'articolo 12 dello Statuto, devono essere versati contestualmente alla domanda di iscrizione, secondo le modalità che saranno stabilite dal Consiglio di Amministrazione; in caso di rinnovo tacito, entro il 31 dicembre di ciascun anno.
2. Fermo restando il carattere annuale del contributo interamente dovuto all'atto dell'iscrizione e dei successivi rinnovi (di seguito il "Contributo Annuale"), per le adesioni in forma individuale è ammesso il pagamento del Contributo Annuale in quattro rate trimestrali, mediante domiciliazione bancaria (SEPA). In caso di mancato e/o ritardato pagamento anche di una sola delle rate trimestrali, sarà facoltà del Fondo disporre, fermo il diritto al pagamento del Contributo Annuale e agli interessi di mora nella misura del 5%, la cessazione dell'iscrizione con efficacia retroattiva dal 1° gennaio e con conseguente diritto alla ripetizione delle prestazioni erogate successivamente alla predetta data.
3. In caso di ritardo nel versamento dei contributi sono escluse dal rimborso le spese sostenute nel periodo di ritardo, e in ogni caso, in deroga all'articolo 9, sub 1), paragrafo "Esclusioni" del Regolamento, restano escluse quelle relative a malattie manifestatesi e/o infortuni intervenuti durante il periodo di morosità.
4. Il Consiglio di Amministrazione avrà la facoltà, persistendo la morosità, di procedere alla risoluzione del rapporto per colpa dell'iscritta/o, con diritto al contributo maturato e agli interessi di mora nella misura del 5%.
5. In caso di decesso in corso d'anno dell'iscritta/o principale, il contributo versato all'inizio dell'anno non viene restituito da Assidai, ma la copertura si intende garantita per le/i superstiti componenti il nucleo familiare, sino alla scadenza naturale della copertura, fatto salvo quanto previsto dagli articoli precedenti in materia di iscrizione.
6. In caso di decesso in corso d'anno e di pagamento rateizzato del Contributo Annuale, quest'ultimo dovrà comunque essere corrisposto al Fondo nella Sua interezza stante quanto stabilito al precedente comma 2.
7. In caso di iscrizione collettiva, il contributo dovrà essere versato dall'azienda/ente per tutti le/gli aderenti in un'unica soluzione.
8. Per le/gli iscritti in forma collettiva, in caso di cessazione in corso d'anno del rapporto di lavoro, il contributo annuale versato non potrà essere restituito;

a dirigenti/quadri e consulenti, interessati dalla variazione, verrà garantita la copertura sanitaria fino al 31 dicembre dell'anno in cui la variazione si verifica, con il Piano Sanitario originariamente prescelto.

ARTICOLO 8 – ASSISTITE E ASSISTITI

1. Le/gli assistite/i sono i componenti l'intero nucleo familiare dell'iscritta/o. Per nucleo familiare si intende, oltre all'iscritta/o, la/il coniuge, o in assenza di questa/o, la/il convivente more uxorio, e le/i figli risultanti dallo stato di famiglia, legittime/i, naturali, legittimate/i adottive/i e in affidamento preadottivo; in caso di separazione legale, l'iscritta/o potrà chiedere, previa autocertificazione del fatto, che del nucleo familiare venga ammesso a far parte, in alternativa alla/il coniuge, la/il convivente more uxorio.
2. Le/i figlie/i perdono il diritto all'assistenza con il 31 dicembre dell'anno di compimento del 26° anno di età; la perdita del diritto non si applica nei confronti delle/i figlie/i che versino in uno stato di invalidità superiore ai due terzi della loro capacità lavorativa specifica o, qualora non abbiano mai lavorato, superiore al 50% della capacità lavorativa generica.
3. La richiesta di iscrizione ad Assidai, ivi inclusa quella di cui all'articolo 2, comma 1 - lettera e, del Regolamento, deve essere inoltrata:
 - a) per le/i figlie/i – a condizione che la stessa riguardi tutti le/gli interessate/i – contestualmente all'iscrizione di cui all'articolo 2 del presente Regolamento nel caso in cui questi abbiano già superato i 26 anni di età, ovvero si sia già verificata la perdita dell'assistenza del Fasi o di altre forme assistenziali, ovvero, entro 30 giorni dalla perdita di detta assistenza;
 - b) per la/il coniuge separata/o e/o divorziata/o, entro 90 giorni dal momento in cui il provvedimento di separazione o di divorzio diventa definitivo;
 - c) per la/il convivente more uxorio, entro 90 giorni dall'inizio della convivenza.
4. Le richieste di iscrizione potranno essere accolte anche successivamente alla scadenza dei predetti termini; in tal caso, ai soggetti di cui alle lettere a), b), c) si applicherà ex novo il periodo di 730 giorni di esclusione dal rimborso per le spese relative a malattie manifestatesi e/o infortuni intervenuti prima dell'iscrizione. Detta esclusione si applicherà, altresì, qualora la/il coniuge divorziata/o non sia stato già iscritta/o in regime di coniuge separato.

5. La/il figlia/o, assistita/o da Assidai, in caso di matrimonio o convivenza more uxorio e a condizione che ciò sia comunicato entro 90 giorni, potrà estendere l'assistenza al nuovo nucleo familiare, come inteso al comma 1, con lo specifico Piano Sanitario indicato al comma 3 del presente articolo; la decorrenza dell'estensione delle prestazioni al nuovo nucleo familiare, determinato ai sensi del comma 1 del presente articolo, nonché del nuovo contributo, avrà effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo. Qualora tutte/i le/gli altre/i componenti il nucleo familiare risultino già essere assistite/i da altra analoga forma di assistenza sanitaria, la/il figlia/o sposato potrà mantenere la sua posizione di origine.
6. In caso di separazione legale o divorzio della/del figlia/o sposata/o, dal nucleo familiare è escluso la/il coniuge; a decorrere dal 1° gennaio dell'anno successivo la/il figlia/o potrà scegliere tra la posizione di figlia/o sposata/o o quella di figlia/o single di cui al precedente comma 3, lettera a).
7. In caso di decesso della/del dirigente, quadro o consulente, iscritta/o principale, le/gli assistiti potranno chiederne il mantenimento *ad personam*, a condizione che la richiesta sia avanzata entro il termine di 90 giorni dal decesso.

ARTICOLO 9 – PRESTAZIONI

Di seguito sono elencate le prestazioni erogate da Assidai alle persone iscritte:

Sub 1 – Prestazioni medico sanitarie.

Sub 2 – Prestazioni socio sanitarie.

Sub 3 – Prestazioni di assistenza (invalidità e/o morte per malattia e/o infortunio).

Sub 1 – Prestazioni medico sanitarie

1. Per l'erogazione delle prestazioni previste all'articolo 4 punto a) dello Statuto, Assidai ha stipulato apposite polizze assicurative che prevedono il rimborso delle spese sostenute dalla persona iscritta e dai familiari assistibili, anche all'estero, a seguito di malattia e/o infortunio; le prestazioni sono quelle previste e regolate dagli specifici Piani Sanitari approvati dal Consiglio di Amministrazione, con i relativi limiti e massimali di rimborso. I suddetti limiti e massimali si riferiscono anche alle spese dell'anno successivo, nel caso in cui dette spese riguardino un evento dell'anno precedente, e non vi sia stata interruzione clinica.

2. Per i Piani Sanitari integrativi, qualora la spesa sostenuta non rientri tra le prestazioni previste dal tariffario Fasi o altre forme di assistenza primarie analoghe, essa sarà riconosciuta da Assidai, sempreché sia compresa nel Piano Sanitario prescelto dall'iscritta/o previa applicazione di limiti e franchigie ove previsti.
3. Nel caso in cui il Fasi o altre forme di assistenza primarie analoghe riducano l'ammontare delle prestazioni rimborsabili in corso d'anno, Assidai provvederà a liquidare la parte di propria competenza come previsto dal Piano Sanitario di appartenenza, ma senza rimborsare quegli importi che dovessero risultare a carico della persona assistita per effetto delle suddette riduzioni, salvo diversa delibera del Consiglio di Amministrazione.
4. Per le prestazioni che il Fasi ha eliminato dal proprio tariffario con le modifiche decorrenti dal 1° gennaio 1997 e successive, il Consiglio di Amministrazione del Fondo stabilirà periodicamente l'entità del rimborso.
5. La richiesta di prestazioni dovrà essere inviata entro il termine di 90 giorni dal rimborso ricevuto dal Fasi o da altre forme di assistenza primarie analoghe, nonché Compagnie di Assicurazione, ovvero da quando l'iscritta/o abbia avuto formale notizia del mancato rimborso. Per le persone iscritte ad Assidai che non aderiscono al Fasi o ad altre forme di assistenza primarie analoghe, nonché Compagnie di Assicurazione, il suddetto termine di 90 giorni decorre dal momento in cui le spese sono state sostenute.
6. La documentazione di spesa dovrà essere inviata in copia semplice e dovrà essere corredata da:
 - a) copia della documentazione attestante l'entità dei rimborsi ricevuti dal Fasi, dal Servizio Sanitario Nazionale o da forme di assistenza primarie analoghe, nonché da polizze assicurative;
 - b) copia della certificazione medica (se in lingua estera, con relativa traduzione) attestante la diagnosi della patologia certa o presunta per la quale si richiede la prestazione, e la data di prima manifestazione della patologia stessa;
 - c) in caso di ricovero, copia della cartella clinica (se in lingua estera, con relativa traduzione) completa di anamnesi;
 - d) in caso di cure dentarie e ortodontiche, dettaglio delle prestazioni sostenute.

7. La documentazione relativa alle spese per prestazioni odontoiatriche sarà inviata secondo le modalità e i termini che verranno stabiliti dal Consiglio di Amministrazione del Fondo; il termine di 60 giorni, di cui al comma successivo, decorrerà dalla data di ricevimento della suddetta documentazione.
8. Le prestazioni medico sanitarie saranno liquidate entro il termine di 60 giorni da quando è pervenuta ad Assidai l'intera documentazione.
9. In caso di decesso dell'iscritta/o, il rimborso a questi dovuto verrà erogato agli eredi legittimi.
10. Per le spese sostenute nei Paesi esterni all'area Euro, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'iscritta/o, ricavato dalle quotazioni ufficiali.
11. Ai fini delle prestazioni medico sanitarie, si intende quanto segue:
 - a) Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
 - b) Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
 - c) Ricovero ospedaliero: la degenza, comportante almeno un pernottamento, in ospedale pubblico, clinica o casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale sia privati, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
 - d) Day-Hospital: la degenza negli Istituti di cui sopra, in esclusivo regime diurno.
 - e) Assistenza infermieristica: quella prestata da personale fornito di specifico diploma.
 - f) Convalescenza: il periodo dopo la dimissione dall'Istituto di cura che comporti un'inabilità temporanea totale e conseguente degenza domiciliare.
 - g) Intervento chirurgico ambulatoriale: l'intervento di chirurgia, effettuato senza ricovero, anche comportante suture, diatermocoagulazioni, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia.
 - h) Massimale per nucleo familiare: la spesa massima indicata in ciascun Piano Sanitario, rimborsabile per tutti i componenti il medesimo nucleo familiare che fa capo all'iscritta/o, per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assicurativo.

- i) Manifestazione della malattia: momento in cui la forma morbosa è accertata e diagnosticata, per la prima volta, come da documentazione medica allegata alla richiesta di prestazione.

Esclusioni

1. Sono escluse dal rimborso le spese relative a malattie manifestatesi e/o a infortuni intervenuti prima dell'iscrizione, così come regolata dall'articolo 4 del Regolamento, e sostenute nei 730 giorni successivi a detto termine. In caso di nuova iscrizione, il predetto termine inizierà a decorrere ex-novo.
2. Sono escluse dal diritto alle prestazioni le persone affette da alcolismo e tossicodipendenza. Assidai non rimborsa le spese per prestazioni previste nei singoli Piani Sanitari se relative a:
 - a) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o a uso di allucinogeni, nonché a uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
 - b) chirurgia plastica a scopo estetico salvo per i neonati che non abbiano compiuto il 3° anno d'età e quella a scopo ricostruttivo da infortunio;
 - c) agopuntura non effettuata da medico;
 - d) infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico);
 - e) infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;
 - f) protesi e cure dentarie e paradentarie (salvo deroghe previste dai singoli Piani Sanitari);
 - g) conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate da accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - h) spese per parto nonché per le malattie della gravidanza e del puerperio, salvo che risulti provato che la gravidanza è insorta successivamente alla data d'iscrizione;
 - i) tutti gli interventi e le procedure finalizzati al trattamento dell'infertilità e all'inseminazione artificiale, compresi gli accertamenti propedeutici agli stessi.

Sub 2 – Prestazioni socio sanitarie

1. Per l'erogazione delle prestazioni previste all'articolo 4 punto b) dello Statuto, Assidai ha stipulato apposite polizze assicurative che prevedono l'erogazione delle prestazioni regolate dagli specifici Piani Sanitari approvati dal Consiglio

di Amministrazione, con i relativi limiti e massimali di rimborso, qualora le persone assistite risultino non autosufficienti durante il periodo di vigenza della polizza:

A) Per gli iscritti aventi un'età non superiore a 70 anni (età compiuta al 1° gennaio di ogni anno).

Qualora la/il caponucleo (iscritta/o) o la/il coniuge/convivente more uxorio o le/i figlie/i risultanti dallo stato di famiglia fino al 26° anno di età, siano essi legittime/i, naturali, legittimate/i, adottive/i e in affido preadottivo, che, durante il periodo di vigenza della polizza, risultino non autosufficienti in base alla definizione di seguito riportata, è garantito il pagamento di una **rendita annua vitalizia** immediata; tale rendita verrà erogata in **rate mensili di € 1.200** fintanto che il percipiente sia in vita. In caso di riconoscimento dello "stato di non autosufficienza" della/del caponucleo, che ha una/un figlia/o minorenni, l'ammontare della **rendita mensile** è pari a **€ 1.560** fino al raggiungimento della maggiore età della/del figlia/o minore. In caso di riconoscimento dello "stato di non autosufficienza" della/del caponucleo, che ha una/un figlia/o disabile, l'ammontare della **rata mensile raddoppia**, passando, quindi, da € 1.200 a **€ 2.400**.

A.1) Definizione: a far data dal 01.01.2023, la perdita di autosufficienza avviene quando l'assistito a causa di una malattia, di una lesione o la perdita delle forze **si trovi in uno stato tale da aver bisogno, prevedibilmente per sempre, quotidianamente e in misura notevole, dell'assistenza di un'altra persona nel compiere almeno 3 delle seguenti 6 attività elementari della vita quotidiana, nonostante l'uso di ausili tecnici e medici.**

Le attività elementari della vita quotidiana sono così definite:

- 1) **lavarsi:** capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (anche di entrare e di uscire dalla vasca e dalla doccia) o lavarsi in modo soddisfacente;
- 2) **vestirsi e/o svestirsi:** capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed eventualmente anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici;
- 3) **mobilità:** capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra;
- 4) **spostarsi:** capacità di passare dal letto a una sedia a rotelle e viceversa;
- 5) **andare in bagno:** capacità di andare in bagno o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere il livello di igiene personale soddisfacente;

- 6) **bere e/o mangiare:** capacità di ingerire senza aiuto il cibo preparato da altri.

A.2) Per le bambine e i bambini di età inferiore a 6 anni, per definirne la non autosufficienza, non verranno valutate le attività elementari della vita quotidiana, ma verrà richiesta evidenza di almeno 2 dei seguenti criteri:

- 1) ritardo motorio, di parola/linguaggio, psicologico rispetto all'età;
- 2) necessità di cure specialistiche continue e permanenti a domicilio (oltre a quelle fisiologiche per l'età);
- 3) impossibilità di partecipare all'attività scolastica (ad es. scuola materna) a causa di malattia, patologia, disturbi, infortunio.

La bambina o il bambino dovrà risultare in cura da medici specialisti. La patologia, la malattia, il disturbo o l'infortunio, dovranno essere confermati da indagini clinico-strumentali validanti (ad es. radiologici, istopatologici, test comportamentali/psicometrici). La malattia deve essere progressiva o incurabile e tale da rendere in modo presumibilmente permanente, nell'opinione dei medici specialisti e dei medici consulenti della Compagnia, lo stato di non autosufficienza.

A.3) Per le bambine e i bambini di età uguale o maggiore di 6 anni e fino ai 17 anni sarà valutata, nonostante sottoposti a trattamento ottimale da almeno 3 mesi, l'incapacità di svolgere almeno 3 delle seguenti attività elementari della vita quotidiana, anche in base all'utilizzo di dispositivi e/o ausili, e in assenza di supervisione:

- 1) **alimentarsi/mangiare:**
 - incapacità di masticare e di deglutire alimenti solidi e necessità di alimentazione liquida o tramite sonda
 - incapacità di mangiare utilizzando posate e necessità di essere alimentato da una terza persona;
- 2) **lavarsi/fare il bagno:** incapacità di lavare la parte superiore del corpo e il viso senza assistenza o supervisione;
- 3) **vestirsi:** incapacità di indossare in maniera indipendente qualsiasi indumento;
- 4) **andare in bagno/continenza:** incontinenza completa che necessita di catetere o pannolini;

- 5) **spostarsi:** incapacità di spostarsi dal letto alla sedia e viceversa;
- 6) **camminare:** incapacità totale di fare cinque passi senza aiuto;
- 7) **scale:** incapacità totale di salire e scendere tre gradini consecutivi.

A.4) Riconoscimento, decorrenza e rivedibilità: verificatasi la perdita di autosufficienza permanente, l'assistita/o o altra persona che lo rappresenti, deve richiedere tramite apposita modulistica e attraverso Assidai, il riconoscimento alla Compagnia di Assicurazione, allegando alla richiesta:

- certificato del medico curante che comprovi la perdita di autosufficienza, o un suo aggravamento rispetto a precedenti richieste non riconosciute dalla Compagnia, redatto sull'apposito modulo fornito da Assidai con compilazione della relazione sulle cause della perdita di autosufficienza.

Dalla data di ricevimento di tale documentazione – data di denuncia – decorre il periodo di accertamento da parte della Compagnia che, in ogni caso, non potrà superare i sei mesi.

La Compagnia si riserva di richiedere all'assistita/o informazioni sulle predette cause e ulteriore documentazione medica in considerazione di specifiche esigenze istruttorie, sciogliendo al tempo stesso dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Ultimati i controlli medici, la Compagnia comunica per iscritto al Fondo o all'assistita/o stessa/o, entro e non oltre il periodo di accertamento, se riconosce o meno lo stato di non autosufficienza. La prestazione in rendita decorre a partire dalla data di denuncia della perdita di autosufficienza e viene erogata entro il secondo mese successivo alla comunicazione di riconoscimento della perdita di autosufficienza. L'importo della prima rata di rendita comprenderà anche le rate di rendita maturate tra la data di decorrenza e quella di effettiva erogazione. La prestazione cessa con l'ultima scadenza di rata precedente il decesso dell'assistita/o.

Nel periodo di erogazione della rendita, la Compagnia ha il diritto di effettuare successivi accertamenti della condizione di non autosufficienza dell'assistita/o, non più di una volta ogni tre anni. In tale occasione sarà richiesta almeno la presentazione di un certificato della/del medica/o curante che attesti la permanenza dello stato di non autosufficienza.

Se dagli eventuali accertamenti risulti che all'assistita/o non sia confermata

la perdita di autosufficienza secondo le modalità riportate, l'erogazione della prestazione per la perdita di autosufficienza cessa con effetto dalla prima scadenza di rata immediatamente precedente alla data di accertamento.

Le/gli assistite/i di età compresa tra 6 e i 17 anni, per il tramite del tutore legale, saranno tenute/i a trasmettere alla Compagnia, una volta l'anno e secondo le modalità comunicate in fase di erogazione della rendita, il certificato del medico curante attestante la permanenza dello stato di non autosufficienza o il certificato di permanenza in vita.

Le/gli assistite/i che in costanza di percepimento della rendita supereranno il limite di età di 6 anni, saranno sottoposte/i nuovamente alla valutazione da parte della Compagnia per valutare la perdita della capacità di svolgere le attività elementari della vita quotidiana, così come definita per la fascia di età 6-17 anni, per confermare o meno la continuità dell'erogazione della rendita.

A.5) Esclusioni: il rischio di non autosufficienza è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, a eccezione dei seguenti casi:

- a) partecipazione dell'assistita/o a delitti dolosi;
- b) partecipazione dell'assistita/o a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso l'assicurazione può essere presentata solo alle condizioni stabilite dal competente Ministero e su richiesta del contraente;
- c) partecipazione attiva dell'assistito a tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- d) malattie intenzionalmente procurate, alcolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci;
- e) negligenza, imprudenza e imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione di rendita non viene erogata se è comprovato che l'assistito di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- f) incidente di volo, se l'assistita/o viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- g) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'assistito non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;

- h) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo – naturali o provocati – e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.).
- 1) **L'iscritta/o al Fondo alla data del 1° gennaio 2023, non dovrà essere in uno stato di non autosufficienza e/o invalidità o avere accertamenti già in corso per tale scopo. La valutazione dello stato di non autosufficienza verrà effettuata tenendo conto dell'incapacità di compiere almeno 3 delle 6 attività elementari della vita quotidiana.**
- 2) **Per coloro che al 01.01.2023, abbiano un'età inferiore o uguale a 65 anni, fermo restando quanto stabilito al punto 1), la non autosufficienza che si sia conclamata per la/il caponucleo a far data dal 01.01.2013, per i coniugi, conviventi more uxorio dal 01.01.2015 e per le/i figlie/i dal 01.01.2017, come definiti all'articolo 8 del presente Regolamento, fino al 31.12.2022, sarà valutata in base all'incapacità di compiere almeno 4 delle 6 attività elementari della vita quotidiana. Per i sopravvenuti stati di non autosufficienza conclamati dal 01.01.2023, la valutazione dello stato di non autosufficienza verrà effettuata tenendo conto dell'incapacità di compiere almeno 3 delle 6 attività elementari della vita quotidiana.**
- 3) **Per le/gli iscritti che al 01.01.2023 abbiano un'età superiore ai 65 anni e comunque entro i 70 anni, la copertura non opera per chi al 01.01.2023 risultasse già in stato di non autosufficienza e/o invalidità o abbia accertamenti in corso a tale scopo.**

Nella valutazione dello stato di non autosufficienza verrà inclusa anche l'eventuale perdita di autosufficienza negli atti elementari della vita quotidiana in modo permanente nei casi in cui siffatta incapacità sia conseguenza diretta di gravi malattie organiche o lesioni fisiche già riconosciute o in essere al momento dell'iscrizione, o precedentemente al 1° gennaio 2013 per i caponuclei ante tale data **purché vi sia stato un successivo aggravamento delle stesse.**

Nel caso in cui si verifichi la perdita di autosufficienza dovuta alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia a essa collegata, nei primi cinque anni, la Compagnia ha la facoltà di risolvere il contratto.

B) Per le/gli iscritte/i aventi un'età dal 66° anno in poi (età compiuta al 1° gennaio di ogni anno).

Qualora l'assistita/o risulti non autosufficiente in base alla definizione di seguito riportata e necessiti di assistenza professionale domiciliare, la Compagnia di Assicurazione provvederà a reperire e inviare direttamente al domicilio un infermiere.

La Compagnia di Assicurazione terrà a proprio carico le spese **fino alla concorrenza di € 1.000 (IVA inclusa)**, per ciascun mese di assistenza, fino a un massimo di 300 giorni per anno assicurativo e per assistita/o.

Qualora l'assistita/o provveda direttamente a reperire un infermiere di sua conoscenza, previa autorizzazione della Struttura Organizzativa della Compagnia e dell'esistenza dello stato di non autosufficienza, potrà ottenere il rimborso della spesa sostenuta fino alla concorrenza di € 1.000 (IVA inclusa), per ciascun mese di assistenza fino a un massimo di 300 giorni per anno assicurativo e per assistito.

Qualora l'assistita/o, al superamento dei massimali previsti dalla prestazione di assistenza infermieristica, necessiti di un'ulteriore assistenza professionale presso il proprio domicilio, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa della Compagnia di usufruire di tali prestazioni a tariffe convenzionate.

Ulteriori prestazioni: le prestazioni sotto elencate sono valide in Italia e vengono effettuate presso il proprio domicilio. Le garanzie sono attivabili previo ricevimento del certificato dell'ente ospedaliero o della struttura sanitaria. Qualora l'assistita/o (anche autosufficiente) necessiti di:

- **assistenza fisioterapica a domicilio** a seguito di fratture del femore, delle vertebre o del bacino, la Compagnia di Assicurazione garantirà la prestazione per un massimo di 20 sedute per anno assicurativo. L'indicazione del tipo di fisioterapia dovrà essere prescritta da medici specialisti.
- **assistenza a domicilio tramite operatore socio-sanitario** a seguito di fratture del femore, delle vertebre, del cranio o del bacino, la Compagnia di Assicurazione garantirà la prestazione per un massimo di 20 ore per anno assicurativo.
- **spesa a domicilio** a seguito di fratture del femore, delle vertebre, del cranio o del bacino, la Compagnia di Assicurazione garantirà la prestazione per un massimo di 2 buste alla settimana, 4 volte per sinistro e per anno assicurativo (rimangono a carico dell'assistita/o i costi di quanto acquistato).

- **medicinali (commercializzati in Italia) a domicilio** a seguito di fratture del femore, delle vertebre, del cranio o del bacino, la Compagnia di Assicurazione provvederà alla ricerca e alla consegna dei farmaci. La prestazione viene garantita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo (rimangono a carico dell'assistito i costi di quanto acquistato) ed è necessaria la prescrizione del medico curante.
- **custodia di animali domestici** (cani e gatti) in idonea struttura, a seguito di fratture del femore, delle vertebre, del cranio o del bacino, la Compagnia di Assicurazione terrà a proprio carico le spese di pensionamento fino a un massimo di € 200 (IVA inclusa) per sinistro e per anno. La Struttura Organizzativa dovrà essere contattata almeno 72 ore prima dell'attivazione.

B.1) Definizione: la perdita di autosufficienza avviene quando l'assistita/o è **incapace di compiere in modo totale, e presumibilmente permanente, almeno 3 delle seguenti 6 attività elementari della vita quotidiana e necessita di assistenza continuativa da parte di una terza persona per lo svolgimento delle stesse.** Con riferimento all'indicazione delle attività elementari della vita quotidiana si rinvia a quanto indicato al punto A.1).

B.2) Riconoscimento: lo stato di non autosufficienza viene riconosciuto a insindacabile giudizio dei medici della Centrale Operativa Fasi che si riserva di effettuare controlli medici per appurare lo stato di salute dell'assistito. In caso di assistiti non iscritti al Fasi, il riconoscimento dello stato di non autosufficienza viene effettuato dalla Compagnia di Assicurazione, su presentazione dell'apposita documentazione prevista.

B.3) Esclusioni: Le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- c) dolo dell'iscritta/o;
- d) suicidio o tentato suicidio;
- e) infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci,

guida e uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;

- f) malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- g) le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

Sub 3 – Prestazioni di assistenza (invalidità e/o morte per malattia e/o infortunio)

- 2. L'erogazione delle prestazioni previste all'articolo 4 punto c) dello Statuto, attuate tramite ricorso al sistema assicurativo e previo pagamento dei contributi approvati dal Consiglio di Amministrazione, consistono nei trattamenti previsti dall'articolo 12 del CCNL per i dirigenti di aziende produttrici di beni e servizi sottoscritto da Federmanager e Confindustria il 21.11.2004 e successive modificazioni, da intendersi in questa sede ripetuto e trascritto in ogni sua parte. Le prestazioni saranno, comunque, erogate nei limiti e alle condizioni indicate nelle Convenzioni assicurative o polizze che saranno sottoscritte dal Fondo previa approvazione del Consiglio di Amministrazione.

A) Iscrizione

L'iscrizione, aperta anche ai soggetti di cui all'articolo 2, lettera b) del presente Regolamento, viene effettuata dall'azienda di appartenenza, alla quale compete l'adempimento degli obblighi previsti dalla contrattazione collettiva o dagli accordi/regolamenti aziendali.

Detta iscrizione è altresì convenzionalmente aperta a Quadri e impiegate/i, Amministratrici o Amministratori e Consulenti, fermo restando la natura delle tutele indicate nella contrattazione collettiva. Le prestazioni saranno, comunque, erogate nei limiti e alle condizioni indicate nelle Convenzioni assicurative o polizze che saranno sottoscritte dal Fondo previa approvazione del Consiglio di Amministrazione. Eccezioni al principio di totalità potranno essere deliberate dal Consiglio di Amministrazione, in riferimento a casi del tutto particolari. A tal fine le aziende comunicano ad Assidai, utilizzando la modulistica che sarà inviata, i nominativi o la categoria per la quale si richiede l'iscrizione ai fini delle prestazioni previste dal paragrafo sub 3.

Il periodo di iscrizione è annuale e decorre dal 1° gennaio al 31 dicembre; in caso di iscrizione in corso d'anno, ferma la scadenza di cui sopra, si ridurrà in proporzione l'onere contributivo. L'azienda è altresì tenuta a osservare rigorosamente ogni altro adempimento disposto dal Consiglio di Amministrazione.

B) Versamento dei contributi

Il versamento dei contributi ad Assidai deve essere effettuato dall'azienda, anche per la parte a carico dell'interessata/o e previa trattenuta sulla sua retribuzione, entro i termini stabiliti dalla Convenzione/polizza assicurativa sottoscritta.

In caso di mancato versamento dei contributi, il Fondo non darà luogo ad alcuna prestazione; in caso di pagamento parziale, la prestazione sarà proporzionalmente ridotta.

In ogni caso, ogni e qualsiasi danno subito dall'iscritto per effetto del mancato versamento dei contributi ad Assidai, graverà sull'azienda inadempiente.

C) Aspettativa

Nel caso in cui, per qualsiasi causa, il rapporto di lavoro entri in una fase di sospensiva contrattuale, l'iscrizione potrà essere mantenuta per gli esercizi successivi, calcolando il contributo sulla stessa base retributiva in essere al 31 dicembre precedente.

D) Decorrenza e durata

Con il versamento del contributo entro il termine stabilito dalla Convenzione/polizza assicurativa sottoscritta, si rinnova annualmente il rapporto tra datore di lavoro e Assidai relativamente alle persone iscritte al 31 dicembre dell'anno precedente, salvo variazioni rese note all'atto del versamento.

In caso di mancato pagamento del contributo entro i termini stabiliti, il rapporto si estingue con effetto dal 31 dicembre precedente.

In caso di pagamento parziale del contributo, il rapporto prosegue ai sensi dell'articolo 9, sub 3, lettera b, comma 2 del presente Regolamento. La cessazione del rapporto tra datore di lavoro e iscritta/o determina la risoluzione ipso iure del rapporto con Assidai, con diritto alla restituzione della quota parte di contribuzione che risulterà versata in eccesso.

ARTICOLO 10 - RESPONSABILITÀ CIVILE DI TERZI

Nel caso in cui le prestazioni riguardino spese relative a eventi per i quali si possa configurare la responsabilità di terzi, il rimborso è subordinato al rilascio, da parte dell'iscritta/o, di una dichiarazione nella quale ella/egli s'impegna a:

- a) perseguire il responsabile;
- b) versare ad Assidai, sino a concorrenza della prestazione ricevuta, gli importi versati dalle persone responsabili e/o loro assicuratori, qualsiasi sia il titolo del versamento.



Via Ravenna, 14 | 00161 Roma (RM) | www.assidai.it

Seguici su:      