

**FASA FONDO ASSISTENZA  
SANITARIA ALIMENTARISTI  
AGGIORNAMENTO 2015**

**SOSTEGNO ALLA  
MATERNITÀ E PATERNITÀ**

**CASSA RISCHIO VITA**

**ALIFOND**



**FASA FONDO ASSISTENZA  
SANITARIA ALIMENTARISTI  
AGGIORNAMENTO 2015**

**SOSTEGNO ALLA  
MATERNITÀ E PATERNITÀ**

**CASSA RISCHIO VITA**

**ALIFOND**

Per tutte le specifiche tecniche si rimanda al regolamento completo di ogni Fondo. Il presente opuscolo deve considerarsi un estratto di questi.

---

## **FASA**

Via Flavia, 3 - 00187 Roma

Tel. 06 47885379

Fax 06 47880567

[www.fondofasa.it](http://www.fondofasa.it)

E-mail: [info@fondofasa.it](mailto:info@fondofasa.it)

Centrale operativa prenotazioni 800-009619

## **SOSTEGNO ALLA MATERNITÀ E PATERNITÀ**

Via Flavia, 3 - 00187 Roma

Tel. 06 42871973

Fax 06 47880567

[www.fondofasa.it](http://www.fondofasa.it)

E-mail: [maternita@fondofasa.it](mailto:maternita@fondofasa.it)

## **CASSA RISCHIO VITA**

Via Flavia, 3 - 00187 Roma

Tel. 06 47825051 - 06 47825083

Fax 06 47824603

[www.cassavita.it](http://www.cassavita.it)

E-mail: [info@cassavita.it](mailto:info@cassavita.it)

## **ALIFOND**

Viale Pasteur, 66 - 00144 Roma

Tel. 06 54220135

Fax 06 54229742

[www.alifond.it](http://www.alifond.it)

E-mail: [alifond@alifond.it](mailto:alifond@alifond.it)

## INDICE

### A) Fondo FASA

1. Persone assicurate	9
2. Oggetto dell'assicurazione	9
3. Ricovero	10
3.1 Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio	10
3.2 Day-hospital a seguito di malattia e infortunio	11
3.3 Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio per prestazioni di dermatologia e oculistica	12
3.4 Trapianti a seguito di malattia e infortunio	13
3.5 Parto e Aborto	13
3.5.1 Parto cesareo, aborto spontaneo e terapeutico	13
3.5.2 Parto naturale	13
3.6 Neonati	14
3.7 Modalità di erogazione delle prestazioni	14
3.8 Indennità giornaliera	15
3.9 Anticipo dell'indennizzo	15
3.10 Massimale assicurato	16
4. Alta specializzazione	16
5. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	17
6. Trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio sul lavoro (operante per il solo titolare)	18
7. Protesi/ausili medici ortopedici ed acustici	19
7.1 Lenti	19
8. Prestazioni diagnostiche particolari	19
9. Prestazioni odontoiatriche	21
9.1 Prevenzione odontoiatrica	21
9.2 Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero	22
9.3 Implantologia	23
9.4 Cure dentarie da infortunio	24
9.5 Altre prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate	24
10. Pacchetto maternità	24
10.1 Prestazioni per maternità a tariffe agevolate	25

11. Stati di non autosufficienza (operante per il solo titolare)	25
11.1 Oggetto della garanzia	25
11.2 Condizioni di assicurabilità	26
11.3 Definizione dello stato di non autosufficienza	26
11.4 Somma assicurata	27
12. Estensione territoriale	27
13. Esclusioni dall'assicurazione	27
14. Limiti di età	29
15. Richiesta di rimborso	29
15.1 Termini di prescrizione	30
16. Servizi di consulenza	31

Modulo per interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero

Modulo per la richiesta di contributo assistenziale

Modulo per la richiesta di rimborso prestazioni sanitarie

Modulo richiesta rimborso per prestazioni in convenzione  
effettuate nel Servizio Sanitario Nazionale

## **B) Fondo SOSTEGNO ALLA MATERNITÀ E PATERNITÀ**

1. Persone assicurate	51
2. Prestazioni offerte dal Fondo	51
3. Criteri di accettabilità	51
4. Assoggettamento fiscale del contributo	52
5. Richiesta contributo assistenziale	52

## **C) Fondo CASSA RISCHIO VITA**

1. Persone assicurate	57
2. Prestazioni offerte dal Fondo	57
3. Capitali assicurati	57
4. Tempi e documenti necessari per la richiesta del capitale assicurato	58
5. Esclusioni dall'assicurazione	58

**D) Fondo ALIFOND**

1. Cos'è ALIFOND	61
2. Perché scegliere ALIFOND	61
3. Chi può aderire al Fondo	63
4. Come si aderisce ad ALIFOND	63
5. Come funziona ALIFOND	63
5.1 Fiscalità agevolata	65
6. Le possibilità d'investimento	66
6.1 Il comparto garantito	67
6.2 Il comparto bilanciato	67
6.3 Il comparto dinamico	68
7. Prestazioni offerte da ALIFOND prima del pensionamento	69
7.1 Anticipazione	69
7.2 Riscatto	70
7.3 Trasferimento ad altro fondo negoziale	71
8. Quali prestazioni offre ALIFOND al pensionamento	71
8.1 Le rendite di ALIFOND	72
9. Opportunità per gli Associati	75
9.1 Comunicazione periodica	75
9.2 Progetto esemplificativo	75

**Domande frequenti Fondo FASA**

76



**FASA**  
**FONDO ASSISTENZA**  
**SANITARIA ALIMENTARISTI**



## 1. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei lavoratori dipendenti con contratto a tempo indeterminato o con contratto a termine di durata predefinita pari o superiore a 9 mesi nell'arco dell'anno solare per i quali si applica il C.C.N.L. dell'Industria Alimentare, regolarmente iscritti al Fondo FASA.

Sono fatti salvi gli accordi integrativi di secondo livello, già sottoscritti anteriormente alla data di entrata in vigore del Fondo FASA, che prevedano l'istituzione di polizze, casse o fondi di assistenza sanitaria integrativa, come stabilito dall'art. 74 quater del vigente CCNL.

Sono coperti dal Fondo FASA anche il coniuge (fiscalmente o non fiscalmente a carico) ed i figli, quest'ultimi solo se fiscalmente a carico (ossia con reddito annuo inferiore ad € 2.840,51) del dipendente iscritto.

L'iscrizione al Fondo FASA, alla quale è subordinata l'erogazione delle prestazioni, è a totale carico dell'azienda.

## 2. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'iscritto per:

- Ricovero
- Day Hospital chirurgico o per cure e terapie di patologie oncologiche
- Dialisi
- Intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia e oculistica
- Alta specializzazione
- Visite specialistiche e accertamenti diagnostici
- Trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio sul lavoro
- Protesi/Ausili medici ortopedici ed acustici
- Lenti
- Prestazioni diagnostiche particolari
- Prevenzione odontoiatrica
- Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero

- Prestazioni di implantologia
- Cure dentarie da infortunio
- Pacchetto maternità
- Stati di non autosufficienza
- Servizi di consulenza

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Isritto può rivolgersi a:

- a) *Strutture sanitarie private;*
- b) *Servizio Sanitario Nazionale;*
- c) *Strutture Convenzionate con UniSalute per il Fondo FASA.*

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

### 3. RICOVERO

#### 3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

In caso di ricovero il Fondo provvede al pagamento delle spese per:

- a) **Pre-ricovero - Spese effettuate nei 150 giorni precedenti l'inizio del ricovero**  
Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
- b) **Durante la degenza - Intervento chirurgico**  
Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio), diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
- c) **Durante la degenza - Assistenza medica, medicinali, cure**  
Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.
- d) **Durante la degenza - Rette di degenza**  
Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

- e) **Durante la degenza - Accompagnatore**  
Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. La garanzia è prestata nel **limite di € 70,00 per ogni giorno di ricovero.**
- f) **Post ricovero - spese effettuate nei 180 giorni successivi alla cessazione del ricovero**  
Esami e accertamenti diagnostici, medicinali (prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura), prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero e sotto prescrizione del medico curante. Si specifica che i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico.

Nota bene: in caso di trattamenti fisioterapici o rieducativi, la prescrizione del medico per le terapie dovrà contenere la specifica del numero di sedute e il tipo di trattamento richiesto. Sulla prescrizione dovrà essere evidente la specializzazione del medico o il codice regionale qualora si trattasse di medico di famiglia.

### **3.2 DAY-HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO**

La copertura è operante in caso di:

- Day-hospital con intervento chirurgico;
- Day-hospital medico eseguito per cure e terapie di patologie oncologiche.

Sono esclusi invece dalla presente copertura tutti i day-hospital medici diversi da quelli per cure e terapie di patologie oncologiche.

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" con i relativi limiti in esso indicati.

- a) **Pre-ricovero - Spese effettuate nei 150 giorni precedenti l'inizio del ricovero;**

- b) Durante la degenza - Intervento chirurgico;
- c) Durante la degenza - Assistenza medica, medicinali, cure;
- d) Durante la degenza - Rette di degenza;
- e) Durante la degenza - Accompagnatore;
- f) Post ricovero - Spese effettuate nei 180 giorni successivi alla cessazione del ricovero.

Nota bene: in caso di day-hospital per cure e terapie di patologie oncologiche, in assenza della cartella clinica completa, l'iscritto dovrà inviare il diario clinico con la specifica delle cure/terapie sostenute nei singoli day-hospital.

### **3.3 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER PRESTAZIONI DI DERMATOLOGIA E OCULISTICA**

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia e oculistica, il Fondo provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al punto 3.1. "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lettere:

- a) Pre-ricovero - Spese effettuate nei 150 giorni precedenti l'inizio del ricovero;
- b) Durante la degenza - Intervento chirurgico;
- c) Durante la degenza - Assistenza medica, medicinali, cure;
- f) Post ricovero - Spese effettuate nei 180 giorni successivi alla cessazione del ricovero.

Nota bene: in caso di interventi ambulatoriali per prestazioni di dermatologia, la copertura opererà in presenza di situazioni patologiche refertate dallo specialista che esegue la prestazione (es. esame istologico per i nei, etc.).

In caso di intervento per la correzione della miopia tramite metodica laser, la copertura opererà soltanto in presenza di un difetto della capacità visiva risultante dallo specchietto dell'oculista e riportante l'indicazione delle diottrie.

### 3.4 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi il Fondo rimborsa le spese previste al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" con i relativi limiti in esso indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

### 3.5 PARTO E ABORTO

#### 3.5.1 Parto cesareo, aborto spontaneo o terapeutico

In caso di **parto cesareo, aborto spontaneo o terapeutico** effettuato in struttura sanitaria privata, il Fondo provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lettere:

- b) Durante la degenza - Intervento chirurgico;
- c) Durante la degenza - Assistenza medica, medicinali, cure;
- d) Durante la degenza - Rette di degenza;
- e) Durante la degenza - Accompagnatore;
- f) Post ricovero - Spese effettuate nei 180 giorni successivi alla cessazione del ricovero.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 5.000,00 per persona (da intendersi come sottolimito del massimale di cui al punto 3.10 "Massimale assicurato").

#### 3.5.2 Parto naturale

In caso di **parto naturale** effettuato in struttura sanitaria privata il Fondo provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al punto 3.1

“Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” lettere:

- b) Durante la degenza - Intervento chirurgico;**
- c) Durante la degenza - Assistenza medica, medicinali, cure;**
- d) Durante la degenza - Rette di degenza;**
- f) Post ricovero - Spese effettuate nei 180 giorni successivi alla cessazione del ricovero.** In limitazione a tali prestazioni vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto.

Il **massimale annuo assicurato corrispondente a € 3.000,00 per persona** (da intendersi come sottolimito del massimale di cui al punto 3.10 “Massimale assicurato”).

### **3.6 NEONATI**

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per interventi effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell’accompagnatore nell’Istituto di cura o in una struttura alberghiera per il periodo del ricovero.

### **3.7 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

#### **a.1) Prestazioni in strutture sanitarie private**

In questo caso, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate dal Fondo con uno **scoperto del 30%** ad eccezione del limite previsto nel punto 3.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” - lett. e) Durante la degenza-Accompagnatore.

#### **a.2) Le spese relative alle prestazioni effettuate nei 150 giorni prima e nei 180 giorni dopo il ricovero, come previsto dalla lett. a) e lett. f) del paragrafo 3.1, saranno rimborsate al 100%.**

#### **b) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale**

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista

al punto 3.8 "Indennità giornaliera". Tale garanzia sarà altresì attivata in caso di day-hospital con i relativi limiti in essa indicati. Qualora l'Isritto sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il Fondo rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Isritto nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità giornaliera.

Nota bene: qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Isritto, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alla lettera a) "Prestazioni in strutture sanitarie private", del presente punto.

### 3.8 INDENNITÀ GIORNALIERA

L'Isritto, qualora non richieda alcun rimborso al Fondo per il ricovero e per le prestazioni ad esso connesse, avrà diritto ad un'indennità per ogni giorno di degenza:

- € 50,00: per i ricoveri medici o chirurgici e per i day-hospital chirurgici, e sarà corrisposta a partire dal primo giorno di degenza per un periodo non superiore a 90 giorni per evento.
- € 50,00: per i day-hospital per cure e terapie di patologie oncologiche e sarà prestata a partire dal primo giorno per un massimo di 50 giorni per evento.
- € 50,00: per ogni giorno di dialisi per un massimo di 50 giorni per evento.
- € 70,00: per i ricoveri per parto cesareo, aborto spontaneo o terapeutico e parto naturale, e sarà corrisposta a partire dal primo giorno di degenza per un periodo non superiore a 90 giorni per evento.

Nota bene: si specifica che qualora l'Isritto richiedesse sia l'indennità giornaliera che il rimborso spese, il Fondo provvederà a liquidare o l'una o l'altra in base al trattamento di miglior favore per l'Isritto.

### 3.9 ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico in strutture sanitarie private, fermi restando i limiti previsti, è data facoltà all'Isritto di ri-

chiedere un anticipo sulle spese già sostenute e documentate in misura non superiore al 70% delle stesse, previa contestuale presentazione al Fondo di certificazione attestante la necessità dell'intervento chirurgico, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare totale delle spese sanitarie.

Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di spesa e della documentazione relativa al ricovero, si procederà al relativo conguaglio.

### 3.10 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 20.000,00 per persona.

## 4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Esami stratigrafici e contrastografici "anche in digitale"

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Chemioterapia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Cobaltoterapia
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Dialisi
- Elettroencefalografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia
- Mammografia digitale
- Mielografia
- Retinografia
- Risonanza
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vescicolodeferentografia
- Videoangiografia
- TAC
- Wirsungrafia

Per richiedere il rimborso per tali prestazioni l'Isritto dovrà inviare, contestualmente alla **copia del documento di spesa, una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia** che ha reso necessaria la prestazione stessa. L'importo liquidato verrà calcolato come segue:

- Sia in caso di utilizzo di **strutture sanitarie private** che del **Servizio Sanitario Nazionale**, il Fondo FASA rimborsa le spese con un applicazione di una **franchigia di € 20,00 su ogni prestazione.**
- In caso l'Isritto scelga di rivolgersi alle **strutture sanitarie e personale convenzionato con UniSalute** (previa prenotazione attraverso il numero verde o attraverso la propria area riservata del sito) potrà effettuare la prestazione con pagamento diretto di una franchigia pari a **€ 20,00** per prestazione/ciclo di terapia. In questo caso non è previsto alcun rimborso da parte del Fondo Fasa per la quota a carico dell'Isritto.

Il **massimale annuo** assicurato per il complesso delle prestazioni su indicate corrisponde a **€ 15.000,00 per persona.**

## 5. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per **visite specialistiche e per accertamenti diagnostici** conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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.**

Per richiedere il rimborso l'Isritto dovrà inviare, contestualmente alla **copia dei documenti di spesa sostenuta, una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia** che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La copertura verrà erogata/garantita come segue:

- **Visite specialistiche in regime privato:**  
Le spese sostenute vengono rimborsate con una **franchigia di € 35,00 su ogni prestazione.**

- **Accertamenti diagnostici in regime privato:**  
Le spese sostenute vengono rimborsate con una franchigia di € 45,00 su ogni prestazione.
- **Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici a carico del Servizio Sanitario Nazionale:**  
Le spese sostenute vengono rimborsate con una franchigia di € 20,00 su ogni prestazione.
- **Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici effettuati presso le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute:**  
L'Isritto potrà effettuare le prestazioni (previa prenotazione attraverso il numero verde o la propria area riservata del sito) con pagamento diretto di una franchigia pari a € 25,00 per visita/accertamento. In questo caso nessun rimborso è previsto per la quota a carico dell'Isritto.

Il **massimale annuo** assicurato per il complesso delle prestazioni su indicate corrisponde a € 5.000,00 per persona.

## 6. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A SEGUITO DI INFORTUNIO SUL LAVORO (operante per il solo titolare)

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per i **trattamenti fisioterapici, solo a seguito di infortunio sul lavoro, esclusivamente a fini riabilitativi**, effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa, in presenza di:

- **Certificato di Pronto Soccorso;**
- **Denuncia all'INAIL da parte dell'Azienda;**
- **Prescrizione del medico "di base" o specialista** la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata con la specifica del numero di sedute e il tipo di fisioterapia richiesta;
- **Documentazione di spesa.**

Sia in caso di utilizzo di **strutture sanitarie private** che del **Servizio Sanitario Nazionale**, il Fondo FASA rimborsa le spese sostenute con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 40,00 per fattura.

Il **massimale annuo** assicurato per il complesso delle prestazioni su indicate corrisponde a **€ 800,00 per persona**.

Nota bene: non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

## 7. PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI

Il Fondo rimborsa le spese per l'**acquisto o il noleggio di protesi ortopediche**. Rientrano in copertura anche gli **ausili medici ortopedici ed acustici**, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodì, plantari, apparecchi acustici, ecc. Il Fondo rimborsa le spese sostenute con l'applicazione di uno **scoperto del 20%** con il minimo non indennizzabile di **€ 70,00 per fattura/persona**.

Il **massimale annuo** assicurato per il complesso delle prestazioni su indicate corrisponde a **€ 500,00 per persona**.

### 7.1 LENTI

Il Fondo provvede al pagamento delle spese sostenute per l'**acquisto di lenti correttive di occhiali o a contatto**. Tale garanzia opera in presenza di una **modifica del visus** su prescrizione del medico oculista o dell'ottico optometrista. Si specifica che il solo cambio di lenti, senza una variazione oggettiva certificata, non verrà rimborsato.

Il **massimale assicurato di € 100,00** è "una tantum" nell'arco del triennio e per nucleo familiare.

Nota bene: nessun rimborso è previsto per l'acquisto della montatura degli occhiali. In caso di acquisto contestuale di lenti e montatura la fattura dovrà riportare il singolo costo dei prodotti.

## 8. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto al punto 13 "Esclusioni dall'assicurazione"

---

ne”, il Fondo FASA garantisce una serie di prestazioni volte a prevenire e monitorare l’eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non conclamati. Le prestazioni sottoelencate devono essere effettuate previa prenotazione attraverso la Centrale Operativa.

Il Fondo, per il tramite di UniSalute, liquida direttamente alle strutture convenzionate il costo delle seguenti prestazioni:

Per i figli fino a 6 anni: una volta l’anno è prevista una visita oculistica.

Per il titolare ed i beneficiari: una volta l’anno:

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato aminotransferasi AST
- Colesterolo HDL
- Colesterolo totale
- Creatinina
- Esame emocromocitometrico e morfologico completo
- Gamma GT
- Glicemia
- Trigliceridi
- Tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- Tempo di protrombina (PT)
- Urea
- Ves
- Elettrocardiogramma di base

Per il titolare e coniuge: una volta l’anno:

- Urine: Esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto

Nota bene: tali prestazioni andranno effettuate contestualmente agli esami ematici.

Una volta ogni due anni per gli uomini a partire dal compimento dei 45 anni:

- PSA (Specifico antigene prostatico)

Una volta ogni due anni per le donne a partire dal compimento dei 35 anni:

- Pap test
- Mammografia (solo con prescrizione del medico curante)

Nota bene: si precisa che per la presente garanzia **non è prevista alcuna forma di indennizzo in forma rimborsuale all'Isritto** sia che esso si rivolga a strutture del Servizio Sanitario Nazionale sia a strutture sanitarie private convenzionate o non con UniSalute. Il Fondo, per il tramite di UniSalute, **liquida direttamente alle strutture convenzionate il costo delle prestazioni su indicate.**

## 9. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

### 9.1. PREVENZIONE ODONTOIATRICA

In deroga a quanto previsto al punto 13 "Esclusioni dall'assicurazione", il Fondo FASA garantisce **un volta l'anno:**

- **Visita specialistica odontoiatrica;**
- **Ablazione del tartaro** mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Per i figli fino a 6 anni: una volta l'anno

- **Visita specialistica odontoiatrica;**
- **Fluorazione**

**Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto" sono fruibili una volta l'anno esclusivamente in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASA indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.**

Nota bene: si precisa che per la presente garanzia **non è prevista alcuna forma di indennizzo in forma rimborsuale all'Isritto** sia che esso si rivolga a strutture del Servizio Sanitario Nazionale sia a strutture sanitarie private convenzionate o non con UniSalute. Il Fondo, per il

tramite di UniSalute, liquida direttamente alle strutture convenzionate il costo delle prestazioni su indicate.

## 9.2. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

Il Fondo liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici extraricovero conseguenti alle seguenti patologie:

- Osteiti mascellari che coinvolgono almeno un terzo dell'osso;
- Cisti follicolari;
- Cisti radicolari;
- Adamantinoma;
- Odontoma;
- Ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare.

Solo in tali casi è previsto il rimborso delle spese dell'intervento di implantologia dentale necessario a completamento dell'intervento.

Per richiedere il rimborso, l'Isritto dovrà inviare:

- Il referto del medico odontoiatra contenente la patologia che ha reso necessaria la prestazione;
- Il "modulo interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero", scaricabile dal sito [www.fondofasa.it](http://www.fondofasa.it) - sezione Modulistica - compilato in ogni sua parte dal medico curante;
- Radiografie originali e referti radiologici per osteiti mascellari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- Radiografie originali, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie e personale convenzionati con UniSalute, le spese per le prestazioni sostenute verranno liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute vengono rimborsate all'Isritto con l'applicazione di uno scoperto del 20%.

Il **massimale annuo** assicurato per il complesso delle prestazioni su-indicate corrisponde a **€ 3.800,00 per persona**.

Nota bene: per la presente garanzia non è prevista alcuna forma di indennizzo in forma rimborsuale presso le strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute, qualora ci si rivolga a tali strutture, le spese resteranno a carico dell'Isritto.

### 9.3 IMPLANTOLOGIA

Viene previsto un **massimale annuo di € 1.100,00 per nucleo familiare** per prestazioni di implantologia dentale. La garanzia opera nel caso di applicazione di tre o più impianti previsti dal medesimo piano di cura. Rientrano in copertura:

- Posizionamento dell'impianto
- Avulsione
- Elemento definitivo
- Elemento provvisorio
- Perno/Moncone

Si specifica che:

- Le prestazioni sono erogabili solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato UniSalute;
- Le spese vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto;
- Per l'attivazione della garanzia dovranno essere presentate radiografie e referti radiografici precedenti e successive all'installazione degli impianti.

In caso di 1 impianto: sottomassimale di **€ 350,00**

In caso di 2 impianti: sottomassimale di **€ 700,00**

Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare i massimali sopra indicati, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Isritto alla struttura convenzionata.

## 9.4 CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

Il Fondo liquida le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio inviando la seguente documentazione:

- Radiografie originali e referti radiologici
- Referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obbiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie e personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni sostenute verranno liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari nel limite dei massimali assicurati.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per persona.

## 9.5 ALTRE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE A TARIFFE AGEVOLATE

Qualora una prestazione non sia compresa nelle prestazioni odontoiatriche di cui sopra perché non prevista in polizza o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali, e rimanga perciò a totale carico dell'Isritto, è possibile richiedere alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura convenzionata prescelta, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe agevolate agli Isritti del Fondo FASA con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

## 10. PACCHETTO MATERNITÀ

In deroga a quanto previsto al punto 13 "Esclusioni dall'assicurazione", il Fondo FASA garantisce le seguenti prestazioni:

- n° 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a n° 6 per gravidanza a rischio);
- Ecografie;
- Analisi clinico chimiche;

- **Amniocentesi o villocentesi:** per le donne di età  $\geq 35$  anni tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione mentre per le donne di età  $< 35$  anni sono riconosciute solo nel caso di malformazione familiare in parenti di 1° grado o nel caso di patologie sospette.

In caso di utilizzo di **strutture sanitarie e personale convenzionati con UniSalute**, le spese per le prestazioni sostenute verranno liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

In caso di utilizzo del **Servizio Sanitario Nazionale**, il Fondo rimborsa integralmente all'iscritto i ticket sanitari nel limite dei massimali assicurati.

Il **massimale annuo** assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 500,00 per persona**.

## 10.1 PRESTAZIONI PER MATERNITÀ A TARIFFE AGEVOLATE

Qualora una prestazione non sia compresa nelle prestazioni del pacchetto maternità di cui sopra perché non prevista in polizza o per esaurimento del limite di spesa annuo, e rimanga perciò a totale carico dell'Iscritta, è possibile richiedere alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura convenzionata prescelta, di un fax che consentirà di ottenere l'**applicazione di tariffe agevolate** agli Iscritti del Fondo FASA con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

## 11. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA (operante per il solo titolare)

### 11.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

Il Fondo garantisce il rimborso delle spese sanitarie ed assistenziali all'Iscritto quando questi si trovi, in un momento successivo alla data di decorrenza della polizza, in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo punto 11.3 "Definizione dello stato di non autosufficienza".

## 11.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate non devono rientrare in una delle seguenti condizioni:

- a) avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi;
- b) aver diritto, aver richiesto, o percepire una pensione di invalidità, o una rendita per incapacità permanente che corrisponda ad un livello di incapacità superiore al 25%;
- c) presentare malattie, postumi di malattie o di infortuni precedenti che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale;
- d) essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.

## 11.3 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'iscritto il cui stato di salute venga giudicato "consolidato" e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- **soddisfare la propria igiene personale** (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale);
- **nutrirsi** (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile);
- **spostarsi** (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio);
- **coprirsi** (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali);

- **e necessari in modo costante:**
  - dell’assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
  - di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestatati in regime di ricovero di lunga degenza.

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza l’Iscritto che sia affetto da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer, accertata da un referto medico redatto successivamente all’esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein) e necessari in modo costante:

- di un soggiorno in ospedale psichiatrico riconosciuto dal Servizio Sanitario Nazionale;
- dell’assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio.

#### **11.4 SOMMA ASSICURATA**

Nel caso in cui l’Iscritto si trovi nelle condizioni indicate al punto 11.3 “Definizione dello stato di non autosufficienza”, a fronte di copia delle spese sostenute, il Fondo eroga un rimborso fino a € 1.000,00 al mese per un massimo di 3 anni.

Si garantisce, in aggiunta a quanto già previsto, l’erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali attraverso la rete delle strutture convenzionate di UniSalute per il massimale mensile garantito sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza.

### **12. ESTENSIONE TERRITORIALE**

L’assicurazione rimborsa le prestazioni effettuate in tutto il mondo. Si specifica che per fare richiesta di rimborso per prestazioni sostenute all’estero, l’Iscritto dovrà provvedere ad inviare un’adeguata traduzione in lingua italiana.

### **13. ESCLUSIONI DALL’ASSICURAZIONE**

L’assicurazione non è operante per:

- a) L’eliminazione o la correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del piano sanitario;

- b) Qualsiasi trattamento avente mera finalità di controllo routinario e/o prevenzione, salvo quanto previsto ai punti 8 "Prestazioni diagnostiche particolari"; 9.1 "Prevenzione Odontoiatrica" e 10 "Pacchetto Maternità";
- c) Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- d) La semplice correzione di difetti visivi con trattamento laser eccetto quelli finalizzati alla correzione della miopia come previsto al punto 3.3. "Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio per prestazioni di dermatologia e oculistica";
- e) L'intervento per deviazione del setto nasale, se non a seguito di evento traumatico, anche se associato ad ipertrofia dei turbinati o poliposi;
- f) Cure e trattamenti terapeutici non fruiti in regime di ricovero o nei 180 giorni successivi allo stesso;
- g) Prestazioni rese a persone affette da infermità mentali, alcolismo, tossicodipendenza e relative alle cause ed alle conseguenze di tali infermità;
- h) Tutte le prestazioni afferenti ad una fecondazione non fisiologica (assistita);
- i) Infortuni derivanti da atti dolosi dell'Isritto (è operante invece per gli infortuni derivanti da imprudenze e negligenze anche gravi);
- l) Infortuni ed intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- m) Aborto volontario non terapeutico;
- n) Prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio)e/o non conseguenti a patologia;
- o) Trattamenti sclerosanti;
- p) I trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali, medicinali e vaccini (salvo quanto previsto al punto 6 "Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio sul lavoro" e al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lettera f) "Post-ricovero");
- q) Le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o trasmutazione dell'atomo, naturali o provocate e di accelerazioni di particelle atomi-

che (fissione e fusione nucleare, isotopi radio-attivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.)

- r) Le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- s) Le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

## 14. LIMITI DI ETÀ

Il Fondo può offrire le garanzie di cui al presente regolamento fino al raggiungimento del **75° anno di età dell'Isritto**, cessando alla prima scadenza annuale di polizza. In tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il 75° anno di età, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo iscritto.

Resta inteso che la garanzia della presente polizza è subordinata alla corretta retribuzione da parte dell'azienda per la quota di sua competenza.

## 15. RICHIESTA DI RIMBORSO

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute l'Isritto deve inviare, direttamente alla sede operativa del Fondo FASA, Via Flavia, 3 – 00187 ROMA, la documentazione necessaria insieme al **modulo per la richiesta di rimborso**, debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte, scaricabile dal sito [www.fondofasa.it](http://www.fondofasa.it) – sezione Modulistica;

In base alla tipologia di rimborso richiesto, l'Isritto dovrà inviare:

- **In caso di ricovero:** unitamente alla copia della cartella clinica (completa della scheda di dimissione ospedaliera SDO) tutta la documentazione medica e relative spese sostenute nel periodo precedente e successivo al ricovero e a esso connesso;
- **In caso di prestazioni extra ricovero:** copia della ricevuta di spesa (in cui risulti inequivocabilmente: il numero, la data, l'importo regolarmente quietanzato e il titolo di specializzazione del medico chirurgo che ha effettuato la visita o il dettaglio della prestazione sostenuta) e copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa;

- **In caso di terapie post infortunio sul lavoro:** copia della ricevuta di spesa, copia della richiesta del medico curante con la specifica del numero di sedute e il tipo di fisioterapia richiesta, copia del certificato di Pronto Soccorso e copia della denuncia di infortunio INAIL;
- **In caso di interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero:** copia dei ticket sanitari, radiografie originali, referto radiologico, referto istologico (solo in caso di cisti), prescrizione medica contenente la patologia e il “modulo interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero” compilato dal medico curante;
- **In caso di cure odontoiatriche conseguenti ad infortunio:** copia dei ticket sanitari, copia del certificato di Pronto Soccorso, radiografie originali e referti radiologici;
- **In caso del pacchetto maternità:** copia dei ticket sanitari e prescrizione medica;
- **In caso di altre spese:** copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo pagamento;
- **In caso di stati di non autosufficienza:** documentazione relativa alle spese sostenute, certificato attestante lo stato “consolidato” di non autosufficienza e il “modulo di denuncia sinistro per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza permanente”.

Il Fondo avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Inoltre l'iscritto a fronte di specifica richiesta da parte del Fondo dovrà produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

L'invio parziale della documentazione, il rifiuto di presentare la documentazione richiesta o l'opposizione agli eventuali accertamenti decisi dal Fondo comportano la decadenza del diritto al rimborso.

## 15.1 TERMINI DI PRESCRIZIONE

La documentazione per la richiesta di rimborso deve essere inviata entro 6 mesi dalla data risultante sulla documentazione attestante

**la spesa per cui si richiede il rimborso.** La richiesta di rimborso per retta giornaliera di degenza deve essere inviata entro sei mesi dalla data in cui si è stati dimessi.

Il rimborso delle spese relative le prestazioni inerenti il ricovero sostenute durante la degenza, 150 giorni pre-ricovero e 180 giorni post-ricovero, sarà soggetto al termine di cui sopra, ma con decorrenza dal 181° giorno dalle dimissioni.

## 16. SERVIZI DI CONSULENZA

L'Iscritto potrà contattare la Centrale Operativa di UniSalute telefonando al **numero verde 800.009.619** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30 per i seguenti servizi di consulenza:

### a) Informazioni sanitarie telefoniche

- Strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazione
- Indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzioni ticket, assistenza diretta in Italia e all'estero)
- Centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero
- Farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

### b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

Prenotazione presso le strutture convenzionate di UniSalute, per il Fondo FASA, per le prestazioni previste in polizza in forma diretta.

### c) Pareri medici immediati

Qualora a seguito di infortunio o malattia si necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico.

All'occorrenza è possibile staccare e compilare i seguenti moduli.

**MODULO PER INTERVENTI CHIRURGICI  
ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO**

**MODULO PER LA RICHIESTA  
DI CONTRIBUTO ASSISTENZIALE**

**MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO  
PRESTAZIONI SANITARIE**

**MODULO RICHIESTA RIMBORSO PER  
PRESTAZIONI IN CONVENZIONE EFFETTUATE  
NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**







## **INFORMATIVA ALL'ISCRITTA/O SULL'USO DEI SUOI DATI E SUI SUOI DIRITTI**

***Art. 13 D. Lgs. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali***

Gentile Iscritta/o,

per fornirLe il trattamento assistenziale in Suo favore previsto dal Ccnl Industria Alimentare, il Fondo Fasa, in qualità di Titolare del trattamento, ha necessità di utilizzare alcuni dati che La riguardano.

### **QUALI DATI RACCOGLIAMO E COME LI TRATTIAMO**

Si tratta di dati comuni (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso ci fornisce; tra questi ci sono anche dati di natura sensibile(1) indispensabili per fornirLe il citato trattamento assistenziale.

In assenza di tali dati non saremo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati comuni ulteriori (relativi ai Suoi recapiti) può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

### **PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI**

I dati personali saranno utilizzati dal Fondo per finalità strettamente connesse all'attività e alla prestazione fornite.

### **COME TRATTIAMO I SUOI DATI**

I dati così acquisiti non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato della struttura del Fondo preposto alla gestione del servizio assistenziale e da eventuali soggetti esterni di nostra fiducia(2).



**INFORMATIVA AL CLIENTE SULL'USO DEI SUOI DATI E SUI SUOI DIRITTI**  
**Art. 13 D. Lgs. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali**  
**e artt. 183 e 191 del d.lgs. 209/05 – Codice Assicurazioni Private**

**Gentile Cliente,**

per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi in Suo favore previsti il Fondo FASA e Unisalute S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento, ha necessità di utilizzare alcuni dati che La riguardano.

**QUALI DATI RACCOGLIAMO E COME LI TRATTIAMO**

Si tratta di dati comuni (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti(1) ci fornisce; tra questi ci sono anche dati di natura sensibile<sup>2</sup> (idonei, in particolare, a rivelare il Suo stato di salute), indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il rilascio della polizza e per la gestione dell'attività assicurativa e, in alcuni casi, obbligatorio per legge od in base alle disposizioni impartite dalle autorità di vigilanza del settore<sup>3</sup>. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati comuni ulteriori (relativi ai Suoi recapiti) può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

Inoltre, i suoi dati, per le sole finalità di assistenza sanitaria legata alla fornitura dei servizi previsti dal Piano Sanitario in essere, saranno trattati anche dal Fondo FASA con sede legale in Viale Luigi Pasteur, n. 10 – 00144 ROMA.

**PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI**

I dati personali saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti<sup>4</sup>, ove necessario potranno essere utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo<sup>5</sup> e potranno essere inseriti in un archivio clienti di Gruppo. I dati personali di natura sensibile (relativi al Suo stato di salute) potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso della persona interessata (Cliente o Suo eventuale familiare/convivente).

I dati personali potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi richiesti od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa<sup>6</sup>.

**COME TRATTIAMO I SUOI DATI**

I dati così acquisiti non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato dalle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa<sup>7</sup>.

**QUALI SONO I SUOI DIRITTI**

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.



**INFORMATIVA AL CLIENTE SULL'USO DEI SUOI DATI E SUI SUOI DIRITTI**  
**Art. 13 D. Lgs. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali**  
**e artt. 183 e 191 del d.lgs. 209/05 – Codice Assicurazioni Private**

**Gentile Cliente,**

per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi in Suo favore previsti il Fondo FASA e Unisalute S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento, ha necessità di utilizzare alcuni dati che La riguardano.

**QUALI DATI RACCOGLIAMO E COME LI TRATTIAMO**

Si tratta di dati comuni (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti(1) ci fornisce; tra questi ci sono anche dati di natura sensibile<sup>2</sup> (idonei, in particolare, a rivelare il Suo stato di salute), indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il rilascio della polizza e per la gestione dell'attività assicurativa e, in alcuni casi, obbligatorio per legge od in base alle disposizioni impartite dalle autorità di vigilanza del settore<sup>3</sup>. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati comuni ulteriori (relativi ai Suoi recapiti) può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

Inoltre, i suoi dati, per le sole finalità di assistenza sanitaria legata alla fornitura dei servizi previsti dal Piano Sanitario in essere, saranno trattati anche dal Fondo FASA con sede legale in Viale Luigi Pasteur, n. 10 – 00144 ROMA.

**PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI**

I dati personali saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti<sup>4</sup>, ove necessario potranno essere utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo<sup>5</sup> e potranno essere inseriti in un archivio clienti di Gruppo. I dati personali di natura sensibile (relativi al Suo stato di salute) potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso della persona interessata (Cliente o Suo eventuale familiare/convivente).

I dati personali potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi richiesti od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa<sup>6</sup>.

**COME TRATTIAMO I SUOI DATI**

I dati così acquisiti non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato dalle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa<sup>7</sup>.

**QUALI SONO I SUOI DIRITTI**

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.





Titolare del trattamento dei Suoi dati comuni e sensibili sono Unisalute S.p.A. ([www.unisalute.it](http://www.unisalute.it)), con sede in Via Larga, n.8 – 40138 Bologna e UnipolSAI Assicurazioni S.p.A. ([www.unipol Sai.it](http://www.unipol Sai.it)), con sede in Via Stalingrado, n.45 – 40128 – Bologna.

Per il solo trattamento per finalità assistenziali è Titolare il Fondo FASA con sede legale in Viale Luigi Pasteur, n. 10 – 00144 ROMA. Per ogni eventuale dubbio o chiarimento, nonché per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali comunichiamo i dati e l'elenco dei Responsabili potrà consultare i siti [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) o rivolgersi al Responsabile per il riscontro agli interessati all'indirizzo sopra indicato – e-mail: [privacy@unisalute.it](mailto:privacy@unisalute.it).

#### Note

- 1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) chiediamo informazioni commerciali; organismi associativi e consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.
- 3) Come, ad esempio, gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione finanziaria.
- 4) Ad esempio, per predisporre o stipulare polizze assicurative, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; l'analisi di nuovi mercati assicurativi; la gestione ed il controllo interno; attività statistico-tariffate.
- 5) Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. ed UnipolSAI Assicurazioni S.p.A., cui è affidata la gestione di alcuni servizi condivisi per conto della altre società appartenenti al Gruppo Unipol.
- 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati in Italia o anche all'estero (ove richiesto), da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; periti, legali; società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri (quali le Centrali Operative), servizio di quietanzamento, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza; medici, strutture sanitarie o cliniche convenzionate da Lei scelti; nonché ad enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (indicati nell'elenco disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).
- 7) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

**Intervento ambulatoriale oculistico/dermatologico**

- copia prescrizione medica con indicazione della motivazione;
- copia fatture e/o ricevute fiscali di pagamento;
- copia fatture e/o ricevute fiscali di pagamento;
- copia referto specialista (es. diottrie, esame istologico, etc...)

**Prestazioni di alta diagnostica radiologica**

- copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata;
- copia fatture e/o ricevute fiscali di pagamento

**Visite specialistiche e accertamenti diagnostici**

- copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata;
- copia fatture e/o ricevute fiscali di pagamento

\* in caso di Day Hospital oncologico inviare anche il calendario del trattamento chemioterapico

NUMERO FATTURA	DATA	IMPORTO***

**Protesi/Ausili medici ortopedici ed acustici**

- copia prescrizione medica con indicazione della motivazione;
- copia fatture e/o ricevute fiscali di pagamento

**Lenti**

- Copia prescrizione medica oculistica o certificazione ottico optometrista;
- Copia fattura o ricevuta fiscale di pagamento

**Stato di non autosufficienza\*\***

- certificazione che attesti uno stato di non autosufficienza "consolidato" il "modulo di denuncia sinistro per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza permanente" scaricabile dal sito <http://www.fondofasa.it>

\*\* solo per l'iscritto

\*\*\* importo senza l'imposta di bollo

NUMERO FATTURA	DATA	IMPORTO***

Si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta, il Fondo FASA avrà sempre la facoltà di richiedere la produzione degli originali di spesa, esercitare ogni controllo ed ogni accertamento tramite medici di propria fiducia o istituzioni pubbliche o private. Il rifiuto di presentare la documentazione richiesta o l'opposizione agli eventuali accertamenti decisi dal Fondo comportano la decadenza del diritto alle prestazioni di rimborso.

SI  NO  Dichiaro di possedere altre polizze malattia /infortuni con la compagnia assicuratrice \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, per l'espletamento della pratica, delega il patronato/sindacato \_\_\_\_\_

sito in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Cod. IBAN

Il Codice IBAN è composto obbligatoriamente da 27 caratteri alfanumerici e si trova in alto nel documento dell'estratto conto bancario - NB: l'iscritto deve essere l' intestatario o cointestatario del conto

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma dell'iscritto \_\_\_\_\_

Titolare del trattamento dei Suoi dati comuni e sensibili sono Unisalute S.p.A. ([www.unisalute.it](http://www.unisalute.it)), con sede in Via Larga, n.8 – 40138 Bologna e UnipolSAI Assicurazioni S.p.A. ([www.unipol Sai.it](http://www.unipol Sai.it)), con sede in Via Stalingrado, n.45 – 40128 – Bologna.

Per il solo trattamento per finalità assistenziali è Titolare il Fondo FASA con sede legale in Viale Luigi Pasteur, n. 10 – 00144 ROMA. Per ogni eventuale dubbio o chiarimento, nonché per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali comunichiamo i dati e l'elenco dei Responsabili potrà consultare i siti [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) o rivolgersi al Responsabile per il riscontro agli interessati all'indirizzo sopra indicato – e-mail: [privacy@unisalute.it](mailto:privacy@unisalute.it).

#### Note

- 1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi e consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.
- 3) Come, ad esempio, gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione finanziaria.
- 4) Ad esempio, per predisporre o stipulare polizze assicurative, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; l'analisi di nuovi mercati assicurativi; la gestione ed il controllo interno; attività statistico-tariffate.
- 5) Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. ed UnipolSAI Assicurazioni S.p.A., cui è affidata la gestione di alcuni servizi condivisi per conto della altre società appartenenti al Gruppo Unipol.
- 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati in Italia o anche all'estero (ove richiesto), da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; periti, legali; società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri (quali le Centrali Operative), servizio di quietanzamento, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza; medici, strutture sanitarie o cliniche convenzionate da Lei scelti; nonché ad enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (indicati nell'elenco disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).
- 7) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.



## QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolare del trattamento dei Suoi dati comuni e sensibili è il Fondo Fasa con sede in Via Flavia, n. 3 00187 Roma.

Per ogni eventuale dubbio o chiarimento potrà consultare il sito [www.fondofasa.it](http://www.fondofasa.it).

## ASSOGGETTAMENTO FISCALE DEL CONTRIBUTO

Il contributo di sostegno alla maternità/paternità integra il reddito dell'iscritto e come tale la base imponibile assoggettata alla tassazione IRPEF. Si ricorda che l'IRPEF è una tassa progressiva la cui percentuale (aliquota) di prelievo aumenta all'aumentare dei redditi percepiti in base alle cinque fasce reddituali. Pertanto maggiore sarà il reddito maggiore sarà la sua tassazione. Onde evitare una maggiore tassazione o una errata dichiarazione dei redditi, l'iscritto dovrà indicare la scelta dell'aliquota IRPEF da applicare al contributo erogato dal fondo, coerente con il suo scaglione reddituale presunto.

Per una corretta tassazione si deve individuare quale è il reddito presunto che si percepirà nell'anno, di seguito la tabella attualmente in vigore.

Reddito imponibile	Aliquota	Irpef (lorda)
• fino a 15.000 euro:	23%	23% del reddito = 3.450
• da 15.001 a 28.000 euro:	27%	3.450 + 27% sulla parte oltre i 15.000 euro
• da 28.001 a 55.000 euro:	38%	6.960 + 38% sulla parte oltre i 28.000 euro
• da 55.001 a 75.000 euro:	41%	17.220 + 41% sulla parte oltre i 55.000 euro
• oltre 75.000 euro:	43%	25.420 + 43% sulla parte oltre i 75.000 euro

## Note

- 1) Sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute, convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.
- 2) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione e società di supporto alle attività di gestione.

Documentazione obbligatoria da allegare in caso di:

**OSTEITI MASCELLARI CHE COINVOLGANO  
ALMENO UN TERZO DELL'OSSO**

- Radiografie originali pre-trattamento
- Referti radiologici
- Dettaglio delle prestazioni eseguite

**CISTI FOLLICOLARI**

- Radiografie originali pre-trattamento
- Referti radiologici
- Referti istologici
- Dettaglio delle prestazioni eseguite

**CISTI RADICOLARI**

- Radiografie originali pre-trattamento
- Referti radiologici
- Referti istologici
- Dettaglio delle prestazioni eseguite

**ADAMANTINOMA**

- Radiografie originali pre-trattamento
- Referti radiologici
- Dettaglio delle prestazioni eseguite

**ODONTOMA**

- Radiografie originali pre-trattamento
- Referti radiologici
- Dettaglio delle prestazioni eseguite

**ASCESSO DENTARIO DA STRUMENTO  
ENDODONTICO ENDOCANALARE**

- Radiografie originali pre-trattamento
- Referti radiologici
- Dettaglio delle prestazioni eseguite

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del medico odontoiatra \_\_\_\_\_

**N.B.:** Il presente modulo, e la relativa documentazione, dovrà essere allegato al “modulo per la richiesta di rimborso” ed inviato dall’iscritto alla sede operativa del Fondo FASA sita in Via Flavia, 3 - 00187 Roma. Il rifiuto di presentare la documentazione richiesta o l’opposizione agli eventuali accertamenti decisi dal Fondo comporta la decadenza del diritto al rimborso.



**SOSTEGNO ALLA  
MATERNITÀ  
E PATERNITÀ**



## 1. PERSONE ASSICURATE

A decorrere dal 1° Gennaio 2013 il sostegno alla maternità e paternità è prestato a favore dei lavoratori dipendenti assunti con **contratto a tempo indeterminato** (inclusi part-time ed apprendisti, esclusi dirigenti) per i quali si applica il C.C.N.L. dell'Industria Alimentare.

Tale prestazione assistenziale integrativa è destinata a coloro che si avvalgono dell'astensione facoltativa dal lavoro per maternità/paternità.

I lavoratori sono iscritti di diritto, il Fondo è un costo contrattuale a carico dell'azienda, secondo quanto previsto dal C.C.N.L. Industria Alimentare firmato il 27/10/2012 in attuazione dell'art. 1-bis.

Nota Bene: il contributo assistenziale alla maternità/paternità può essere richiesto solo dal titolare della polizza. Nessun componente del nucleo familiare ha diritto ad usufruire del contributo.

## 2. PRESTAZIONI OFFERTE DAL FONDO

Il Fondo, in linea con le disposizioni vigenti in materia di astensione facoltativa, fermi restando i necessari criteri di accettabilità previsti dal paragrafo successivo, fornisce un contributo assistenziale integrativo all'indennità di legge erogata dall'INPS, per le lavoratrici madri/lavoratori padri che decidessero di avvalersi dell'astensione facoltativa dal lavoro per maternità/paternità.

Il contributo liquidato sarà stabilito periodicamente dal Consiglio di Amministrazione del Fondo, l'iscritto potrà conoscere l'importo del semestre di competenza consultando il sito [www.fondofasa.it](http://www.fondofasa.it).

Il Fondo provvederà a liquidare un **acconto a partire dal mese di settembre in relazione a tutte le richieste che ricadono nel primo semestre dell'anno (gennaio-giugno), a partire dal mese di marzo dell'anno successivo in relazione a tutte le richieste che ricadono nel secondo semestre dell'anno (luglio-dicembre)**. A seguire il Fondo provvederà a liquidare eventuali conguagli in relazione a tutte le richieste avanzate nell'anno precedente (gennaio-dicembre).

## 3. CRITERI DI ACCETTABILITÀ

Nel presupposto della regolarità contributiva della posizione del lavoratore, l'iscritto può fare richiesta del contributo se:

- l'astensione facoltativa per maternità/paternità riconosciuta dall'INPS preveda **un'assenza continuativa di un minimo di 30 giorni fino al massimo di 180 giorni (compresi sabato, domenica e giorni festivi)**;
- L'invio della richiesta del contributo sia stato effettuato **entro 60 giorni decorrenti dal primo giorno del mese successivo a quello in cui è stata presentata all'INPS la richiesta di congedo facoltativo.**
- la richiesta venga effettuata una sola volta l'anno;

Nota Bene: Il periodo di astensione facoltativa per maternità/paternità potrà iniziare da qualsiasi giorno del mese - non necessariamente dal 1° - purché il periodo sia continuativo pari o superiore a 30 giorni effettivi.

#### 4. ASSOGGETTAMENTO FISCALE DEL CONTRIBUTO

L'importo erogato dal Fondo, sommato a quanto percepito dall'INPS, non potrà essere superiore al 100% della retribuzione mensile di fatto.

Il contributo liquidato viene assoggettato alle ritenute fiscali in base all'aliquota IRPEF di tassazione scelta dall'Iscritto (in assenza di scelta verrà applicata la tassazione minima vigente al momento dell'erogazione) pertanto il Fondo invierà il modello CUD, con la certificazione dell'importo percepito e delle ritenute subite nell'anno fiscale di competenza. A tale scopo, è fondamentale la comunicazione di un indirizzo di posta elettronica valido al quale il Fondo potrà inviare tutte le comunicazioni del caso.

ATTENZIONE: il modello CUD verrà rilasciato per permettere all'Iscritto di ottemperare agli obblighi di legge redigendo una corretta dichiarazione dei redditi.

#### 5. RICHIESTA CONTRIBUTO ASSISTENZIALE

Per la richiesta del contributo, l'Iscritto deve inviare direttamente alla sede operativa del **FONDO FASA-SOSTEGNO MATERNITÀ/PATERNITÀ** sita in Via Flavia, 3 - 00187 Roma, i seguenti documenti:

- Modulo per la richiesta del contributo assistenziale, debita-

mente compilato e sottoscritto in ogni sua parte, scaricabile dal sito [www.fondofasa.it](http://www.fondofasa.it) – sezione Sostegno Maternità;

- **Copia della domanda completa** inoltrata all'INPS e al datore di lavoro per usufruire del congedo facoltativo per maternità/paternità;
- Copia delle **buste paga** riferite all'intero **periodo di astensione facoltativa** in cui risulti il trattamento erogato dall'INPS.

**ATTENZIONE:** nel caso di richiesta di astensione per più mesi, l'iscritto dovrà inviare entro il termine perentorio di 60 giorni decorrenti dal primo giorno del mese successivo a quello in cui è stata presentata all'INPS la richiesta di congedo facoltativo, il modulo FASA per la richiesta del contributo assistenziale e copia della domanda completa inoltrata all'INPS.

Successivamente, con cadenza mensile, l'iscritto invierà le copie delle buste paga.



# **CASSA RISCHIO VITA**



## 1. PERSONE ASSICURATE

Sono iscritti al Fondo i lavoratori assunti con **contratto a tempo indeterminato** a cui viene applicato il **C.C.N.L. dell'Industria Alimentare**, di età compresa tra i 16 e i 70 anni, per i quali l'azienda abbia versato la regolare e obbligatoria contribuzione mensile. In fase di liquidazione del capitale, l'età dell'Assicurato verrà calcolata in anni interi, considerando come unità la frazione d'anno uguale o superiore a sei mesi.

## 2. PRESTAZIONI OFFERTE DAL FONDO

La Cassa Rischio Vita eroga un capitale ai beneficiari dell'Assicurato in caso di decesso, qualunque possa esserne la causa, compreso il suicidio, senza alcun periodo di carenza e senza limiti territoriali; ad eccezione delle casistiche elencate al punto 5 "Esclusioni dall'assicurazione". In assenza di eredi legittimi ai sensi di legge, l'iscritto potrà indicare uno o più beneficiari anche con percentuali diverse. I beneficiari potranno essere indicati dall'Assicurato con apposito modulo, scaricabile dal sito [www.cassavita.it](http://www.cassavita.it). Nel caso in cui il lavoratore deceduto non abbia eredi legittimi e non abbia provveduto precedentemente alla comunicazione di un beneficiario, il capitale sarà erogato dall'Assicurazione alla Cassa Rischio Vita.

## 3. CAPITALI ASSICURATI

I capitali assicurati in caso di morte dell'Assicurato sono quelli indicati nella tabella che segue, distinti per fasce di età:

ETÀ	Capitali assicurati fino al 30.06.2015*	Capitali assicurati dal 01.07.2015*
Fino a 29 anni	30.000 €	35.000 €
Da 30 a 44 anni	31.000 €	33.000 €
Da 45 a 54 anni	23.000 €	26.000 €
Da 55 a 59 anni	18.000 €	22.000 €
Da 60 a 70 anni	13.000 €	17.000 €

\* Fa fede la data del decesso dell'assicurato al fine del conteggio del capitale.

## 4. TEMPI E DOCUMENTI NECESSARI PER LA RICHIESTA DEL CAPITALE ASSICURATO

I beneficiari, legittimi o designati dall'Assicurato, avranno tempo dieci anni dal decesso del *de cuius* per avanzare la richiesta di liquidazione del capitale assicurato. I beneficiari dovranno provvedere a consegnare alla Cassa Rischio Vita i seguenti documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento ed ad individuare con esattezza gli aventi diritto:

- Certificato di morte dell'Assicurato;
- Testamento in copia autenticata(in caso esista tale documento);
- Fotocopia, fronte retro, di un documento d'identità valido di ciascun avente diritto indicato nella dichiarazione Sostitutiva dell'Atto notorio (o del Testamento)
- Copia autenticata del Decreto del Giudice Tutelare che autorizza la riscossione e dispone sul reimpiego delle somme in caso di beneficiari minori.

## 5. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- dolo del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato delitti dolosi;
- uso da parte dell'Assicurato di veicoli o natanti in competizioni - non di regolarità pura - e alle relative prove o allenamenti;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra o missioni di pace, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta della Cassa Rischio Vita, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- incidente di volo, se l'Assicurato 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;

In questi casi la Cassa Rischio Vita paga il solo importo della riserva calcolato al momento del decesso.

**ALIFOND**



## 1. COS'È ALIFOND

**ALIFOND** è un'associazione senza fini di lucro il cui obiettivo è quello di realizzare, per i lavoratori associati, **una pensione complementare al trattamento pensionistico pubblico** obbligatorio, usufruendo di tutte le agevolazioni previste dalla legge, attraverso i versamenti contributivi e la loro rivalutazione nel tempo. I lavoratori e le aziende che aderiscono ad ALIFOND entrano a far parte degli organismi paritetici di gestione del Fondo (Assemblea, Consiglio di Amministrazione, Revisori contabili). Tale organizzazione del Fondo permette di ridurre al minimo i costi di gestione e di conseguire una elevata redditività delle risorse investite.

ALIFOND opera in conformità alle direttive generali emanate dal Ministero del Lavoro di intesa col Ministero del Tesoro. È inoltre soggetto al controllo della Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione - COVIP, istituita presso il Ministero del Lavoro. A tutela e garanzia degli associati, la Legge ha stabilito una fitta rete di controlli affidata alla attività incrociata di un insieme di Organi.

- COVIP (Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione);
- Collegio dei Sindaci (controlla l'amministrazione del fondo e vigila sull'osservanza della legge e dello statuto);
- Società di revisione (controllo contabile);
- Controllo Interno (controllo gestione e procedure interne);
- Funzione Finanza (controllo gestione finanziaria).

## 2. PERCHÉ SCEGLIERE ALIFOND

Il sistema pensionistico italiano ha subito diversi cambiamenti con le riforme avvenute a partire dagli anni '90 e gradualmente gli importi erogati saranno meno generosi di quelli percepiti in passato. **La pensione "pubblica" che i lavoratori riceveranno in futuro sarà determinata dalla somma dei contributi versati dal lavoratore nel corso della sua vita lavorativa**, il cosiddetto metodo contributivo. L'ammontare della pensione dipenderà inoltre da altre variabili: gli anni di contribuzione, l'età e l'anno di pensionamento, l'andamento del PIL nominale, il valore del reddito medio nel cor-

so della vita lavorativa e la sua crescita nel tempo. Di conseguenza, rispetto ai pensionati attuali, sarà più basso il livello di copertura delle pensioni rispetto alle ultime retribuzioni poiché **senza una rivalutazione dei contributi versati il potere d'acquisto del capitale accantonato diminuisce ogni anno**. La legge prevede che il TFR accantonato abbia un rendimento annuo pari al 75% dell'inflazione più l'1,5% fisso. Pertanto il rendimento reale del TFR (cioè al netto dell'inflazione) è sempre molto contenuto, e diventa negativo se l'inflazione supera il 6% annuo.

**Scegliendo ALIFOND, la pensione del lavoratore sarà calcolata dalla somma di due diverse forme di previdenza:** quella INPS determinata dall'ammontare dei contributi versati (tramite il **metodo contributivo**) e quella **complementare** (definita dall'insieme delle risorse investite dal lavoratore).

Le quote di TFR, insieme ai versamenti dell'azienda e del lavoratore, affidati ad ALIFOND, verranno investiti sul mercato finanziario tramite società specializzate: gli investimenti saranno opportunamente bilanciati per ottenere rendimenti più elevati e quindi migliori prestazioni.

I vantaggi dell'adesione:

- Il lavoratore potrà costituirsi una pensione aggiuntiva a quella pubblica che lo aiuti a tutelare, da pensionato, il suo tenore di vita;
- Grazie ad accordi contrattuali, al contributo del lavoratore, aggiuntivo al TFR, verrà corrisposto anche un contributo dell'azienda che in altre forme di risparmio previdenziale (Fondi Aperti e PIP) non è dovuto;
- Il lavoratore diventa associato e non semplice iscritto di ALIFOND, come tale partecipa alla vita del Fondo eleggendo i suoi rappresentanti;
- L'Associato si avvale di una gestione finanziaria effettuata da società specializzate e di un elevato grado di controllo sulla gestione stessa;
- L'Associato può scegliere il comparto d'investimento tra più soluzioni, ponderando il rapporto rischio-rendimento, potendolo anche cambiare nel corso della sua permanenza nel fondo;
- L'Associato può investire anche in un comparto con la garanzia di restituzione del capitale versato;
- Maturati determinati requisiti, l'Associato può richiedere prestazioni anche prima del pensionamento.

### 3. CHI PUO ADERIRE AL FONDO

L'adesione ad ALIFOND è volontaria ed è rivolta ai lavoratori il cui rapporto di lavoro è disciplinato dal CCNL dell'Industria Alimentare e dei "settori affini"- a seguito di appositi accordi stipulati dalle relative Associazioni sindacali e datoriali. Possono aderire al Fondo i lavoratori a tempo indeterminato, anche part-time, con contratto d'apprendistato, lavoratori a tempo determinato (della durata continuativa di 4 mesi o 6 mesi presso la stessa azienda nell'arco dell'anno).

### 4. COME SI ADERISCE AD ALIFOND

Per aderire ad ALIFOND è sufficiente consegnare alla direzione del personale dell'Azienda presso la quale si lavora, l'apposito modulo di adesione che si trova a disposizione:

- Presso la stessa Azienda
- Presso le sedi delle Organizzazioni Sindacali
- Nella sezione modulistica del sito [www.alifond.it](http://www.alifond.it)

Sarà incarico dell'azienda, dopo aver inserito anche i suoi dati, inviare il modulo al Fondo.

Aderendo ad ALIFOND il lavoratore versa una quota associativa annuale di € 24,00 (a copertura delle spese di gestione) senza nessun costo d'iscrizione.

In caso di richieste di prestazioni individuali prima del pensionamento, il Fondo prevede ulteriori costi, a copertura degli oneri amministrativi, di € 25,00 per la richiesta di anticipazione e di € 15,00 per la richiesta di riscatto.

### 5. COME FUNZIONA ALIFOND

Con l'adesione, il lavoratore è titolare di un proprio "conto pensionistico individuale" sul quale sono accreditati:

- Un contributo del lavoratore, trattenuto in busta paga a partire dall'1% della retribuzione mensile lorda;

- Un contributo dell'azienda pari al 1,20% della retribuzione mensile lorda;
- Quota annua del TFR versata mensilmente.

L'Associato può scegliere di non versare alcun contributo a suo carico e di partecipare versando solo la quota del TFR. In questo caso l'Azienda è esonerata dalla contribuzione in favore del lavoratore.

La normativa prevede che il lavoratore associato al Fondo possa determinare liberamente la percentuale a proprio carico anche in misura superiore a quanto deducibile (che dal 1 gennaio 2007 diventa il limite assoluto annuo di euro 5.164,57) potendo sospendere o modificare la percentuale a suo carico previa comunicazione al Fondo con apposito modulo consegnato in Azienda.

### ALIMENTAZIONE DEL CONTO PENSIONISTICO INDIVIDUALE

TFR		CONTRIBUTO* LAVORATORE	CONTRIBUTO* AZIENDA
Lavoratori prima occupazione <b>prima il 28/04/1993</b>	possono versare il <b>28,94%</b> o il <b>100%</b>	1% minimo contrattuale.  Tale contribuzione, aggiunta a quella a carico azienda potrà essere aumentata fino al raggiungimento della soglia annua di euro 5.164,57	1.20% minimo contrattuale
Lavoratori prima occupazione <b>dopo il 28/04/1993</b>	verseranno il <b>100%</b>		

I contributi sono versati dal datore di lavoro sia per la sua quota che per quella a carico dell'Associato (previa trattenuta del corrispondente importo sulla retribuzione in busta paga) nonché del TFR. I versamenti vengono effettuati con periodicità mensile a decorrere dal primo giorno del mese successivo a quello di ricevimento da parte dell'azienda del modulo di adesione del lavoratore.

Per costruire una rendita pensionistica complementare adeguata, l'Associato sceglierà il comparto d'investimento considerando alcune variabili:

- L'età anagrafica al momento dell'adesione;
- Il tempo di permanenza nel fondo;
- La propria situazione professionale;
- La disponibilità al rischio di perdite sul capitale e il rendimento che si desidera ottenere

Tre sono le linee di investimento tra cui scegliere:

- COMPARTO GARANTITO
- COMPARTO BILANCIATO
- COMPARTO DINAMICO

La scelta del comparto è esclusivamente personale e può essere modificata più volte nel corso del periodo di adesione al fondo purché vi sia una permanenza di almeno 12 mesi nella medesima linea di investimento. Ogni Associato compra alcune delle quote del comparto scelto consultando il valore della quota nella home page del fondo, [www.alifond.it](http://www.alifond.it).

Il Fondo investe le somme versate dagli Associati nel mercato finanziario ricorrendo a società specializzate (i cosiddetti gestori finanziari selezionati con gara pubblica in base alla loro capacità, affidabilità e solidità secondo le regole dettate dalla COVIP).

L'Associato, all'atto dell'uscita dal Fondo, riceverà quindi una prestazione personalizzata (rendita e/o capitale), frutto di quanto effettivamente versato con il suo contributo, quello dell'azienda, il TFR e tutti i rendimenti ottenuti dal montante nel corso degli anni.

## **5.1 FISCALITÀ AGEVOLATA**

Il contributo che il lavoratore ha versato durante l'anno non si cumula ai redditi da lavoro e agli altri redditi. In questo modo non si aggiunge alle altre somme che regolarmente vengono tassate in busta paga o in dichiarazione dei redditi, fino al limite annuo di € 5.164,57.

I rendimenti maturati sul capitale versato, sono tassati con un'aliquota agevolata dell'11% in modo definitivo, pertanto su tali somme non verrà più applicata altra forma di tassazione.

I montanti maturati dal primo gennaio 2007, verranno tassati con un'aliquota agevolata del 15% per i primi 15 anni di adesione al fondo, aliquota ridotta di un ulteriore 0,30% per ogni anno di partecipazione successivo al 15° fino ad un minimo del 9%, rispetto all'ordinaria tassazione IRPEF con scaglioni a partire dal 23%.

## 6. LE POSSIBILITÀ D'INVESTIMENTO

L'impiego dei contributi versati avviene sulla base della scelta dell'Associato tra i vari comparti d'investimento. I contributi versati, al netto degli oneri trattenuti al momento del versamento, sono investiti in strumenti finanziari (azioni, titoli di stato ed altri titoli obbligazionari, quote di fondi comuni d'investimento), sulla base della politica di investimento definita per ciascun comparto del fondo, e producono nel tempo un rendimento variabile in funzione degli andamenti dei mercati e delle scelte di gestione.

ALIFOND effettua una continua verifica dei rendimenti dei capitali in gestione ed è legittimato a sostituire un gestore insoddisfacente. Inoltre il Fondo, nell'assegnare i mandati di gestione, verificherà la massima diversificazione dell'investimento per garantire un rendimento stabile, non condizionato da visioni di breve periodo o da investimenti in singole Società o Istituti di credito. Gli Organi del Fondo sono soggetti ad un forte controllo per garantire la salvaguardia dei diritti dei lavoratori.

Il rendimento che si può attendere dall'investimento è strettamente legato al livello di rischio che si decide di assumere. In via generale, è consigliabile scegliere comparti con maggior rischio/rendimento all'inizio della propria carriera lavorativa e prediligere invece comparti con garanzia di restituzione del capitale se si è prossimi al pensionamento. Il comparto bilanciato è la soluzione preferibile per i lavoratori che hanno già molti anni di attività ma sono lontani dal pensionamento.

## 6.1 IL COMPARTO GARANTITO (95% OBBLIGAZIONI - 5% AZIONI)\*

È il comparto che investe principalmente in obbligazioni, ha un basso profilo di rischio, un rendimento contenuto e la garanzia della restituzione del capitale versato.

È adatto ai lavoratori prossimi al pensionamento ed a coloro che vogliono avere un rendimento moderato ma stabile nel tempo, con valori superiori o analoghi a quelli del TFR. Sono destinati a questo comparto anche i versamenti di TFR conferiti tacitamente al fondo.

### CARATTERISTICHE

<b>Orizzonte temporale:</b>	breve periodo fino a 2/3 anni
<b>Grado di rischio:</b>	basso
<b>Rendimenti attesi:</b>	pari o superiori al TFR
<b>Garanzia:</b>	restituzione di tutto il montante versato

## 6.2 IL COMPARTO BILANCIATO (67% OBBLIGAZIONI - 33% AZIONI)\*

È il comparto adatto a coloro che volendo aumentare il proprio capitale, desiderano però avere un rendimento medio delle somme investite e una certa continuità dei risultati e sono disposti ad accettare una media propensione al rischio.

Sono lavoratori che sanno di aderire per lunghi periodi e guardano ai risultati pluriennali del comparto e non soltanto all'andamento del singolo periodo.

La politica di investimento del fondo prevede una composizione di titoli maggiormente orientata verso il mercato obbligazionario.

Pur nell'unicità del comparto la gestione del patrimonio è affidata a gestori diversi, il rendimento del comparto è determinato dal valore medio dei rendimenti delle diverse gestioni.

\* dal 1° agosto 2015

## CARATTERISTICHE

<b>Orizzonte temporale:</b>	medio periodo fino a 3/5 anni
<b>Grado di rischio:</b>	medio
<b>Rendimenti attesi:</b>	medio - alti
<b>Garanzia:</b>	Non c'è la garanzia di restituzione totale del montante

### 6.3 IL COMPARTO DINAMICO (40% OBBLIGAZIONI - 60% AZIONI)

È il comparto adatto a coloro che ricercano rendimenti più elevati, assumendo una maggiore esposizione al rischio delle oscillazioni dei risultati nel tempo.

È adatto a coloro che hanno un'aspettativa di lunga permanenza nel fondo e per i lavoratori giovani che sono ai primi anni della propria attività lavorativa. L'obiettivo è incrementare notevolmente il valore del capitale nel lungo periodo. Ha un rischio più elevato con una composizione di titoli maggiormente azionaria.

## CARATTERISTICHE

<b>Orizzonte temporale:</b>	lungo periodo oltre i 5 anni
<b>Grado di rischio:</b>	alto
<b>Rendimenti attesi:</b>	alti
<b>Garanzia:</b>	Non c'è la garanzia di restituzione totale del montante

## 7. PRESTAZIONI OFFERTE DA ALIFOND PRIMA DEL PENSIONAMENTO

Dal momento in cui si aderisce, è importante fare in modo che la costruzione della pensione complementare giunga effettivamente a compimento. La "fase di accumulo" si conclude quindi - di norma - al momento del pensionamento, quando inizierà la "fase di erogazione" (cioè il pagamento della pensione). Ma in alcuni casi, di seguito indicati, l'Associato può fare affidamento sulle somme accumulate.

### 7.1. ANTICIPAZIONE

Aderendo ad ALIFOND l'Associato può, nei casi indicati in tabella, **richiedere un'anticipazione sull'intero valore della posizione maturata nel fondo** (data dalla somma del TFR, del contributo del lavoratore del contributo azienda e degli interessi maturati). Differentemente, lasciando il TFR in azienda il lavoratore può richiedere un'anticipazione solo sul valore del TFR e solo una volta. Anche le anticipazioni beneficiano di una tassazione agevolata.

MOTIVO	IMPORTO ANTICIPABILE	IN QUALI CASI PUÒ ESSERE RICHIESTO	TASSAZIONE
Spese sanitarie per situazioni gravissime ed urgenti dell'aderente, del coniuge o dei figli, documentate dalle strutture competenti.	75% posizione maturata	in qualsiasi momento	15% - 9%
Acquisto o ristrutturazione della prima casa per sé o per i propri figli	75% posizione maturata	dopo 8 anni di iscrizione	23%
Ulteriori esigenze dell'aderente	30% posizione maturata	dopo 8 anni di iscrizione	23%

Nota bene: la percezione di somme a titolo di anticipazione riduce la posizione individuale e, conseguentemente, le prestazioni che potranno essere erogate successivamente. In qualsiasi momento, tuttavia, l'Associato può reintegrare le somme percepite a titolo di anticipazione effettuando versamenti aggiuntivi al Fondo.

Gli Associati ad ALIFOND possono fare richiesta di anticipazioni anche in presenza di una cessione del quinto dello stipendio presso una società finanziaria, ma dovranno presentare al Fondo una liberatoria da parte della finanziaria stessa sull'importo richiesto. In assenza di tale documentazione la richiesta non sarà accettata dal Fondo. Nel caso di richiesta di anticipazione per spese sanitarie, diversamente da quanto previsto per questo tipo di anticipazione, il Fondo potrà erogare unicamente i 4/5 della posizione richiesta all'aderente, lasciando vincolato 1/5 a favore della società finanziaria.

## 7.2 RISCATTO

In presenza di situazioni di particolare delicatezza e rilevanza, L'Associato può inoltre riscattare, in tutto o in parte, la posizione maturata, indipendentemente dagli anni che ancora mancano al raggiungimento della pensione, nei casi indicati di seguito:

<b>Riscatto totale (100%)</b>	<b>Tassazione</b>
In caso di decesso dell'aderente prima del pensionamento	15% - 9%
Per invalidità permanente con riduzione della capacità a meno di 1/3	15% - 9%
Cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per più di 48 mesi	15% - 9%
<b>Riscatto immediato (100% oppure 60%)</b>	<b>Tassazione</b>
Per volontà delle parti (licenziamento, dimissioni, nomina a dirigente)	23%
Cause indipendenti dalla volontà delle parti (mobilità, fallimento azienda)	23%

Riscatto parziale (50%)	Tassazione
CIG o CIGS a zero ore per un periodo non inferiore a 12 mesi consecutivi	15% - 9%
Mobilità o inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 12 mesi e inferiore a 48 mesi	15% - 9%

### 7.3 TRASFERIMENTO AD ALTRO FONDO NEGOZIALE

L'Associato può trasferire la sua posizione individuale in un'altra forma pensionistica complementare o fondo pensione negoziale. Il trasferimento è totalmente gratuito e consente al lavoratore di conservare l'anzianità associativa maturata presso il Fondo.

## 8. QUALI PRESTAZIONI OFFRE ALIFOND AL PENSIONAMENTO

Le prestazioni pensionistiche possono essere erogate dal momento in cui l'Associato matura i requisiti di pensionamento previsti dalla normativa vigente, a condizione che abbia partecipato a forme pensionistiche complementari per almeno cinque anni. L'importo della prestazione pensionistica dipenderà dall'ammontare dei versamenti effettuati, dagli anni d'iscrizione al Fondo e dai rendimenti realizzati nel tempo.

In base a determinati fattori, l'Associato potrà percepire la prestazione pensionistica in forma di rendita (pensione complementare) o in capitale.

- **RENDITA:** 100% della posizione maturata viene erogata in forma di vitalizio.
- **RENDITA + CAPITALE:** il 50% della posizione maturata viene erogata in capitale il restante 50% in vitalizio.
- **100% Capitale:** viene erogato l'intero ammontare della posizione maturata:
  - se convertendo il 70% della posizione maturata in rendita, questa è inferiore al 50% del assegno sociale;
  - quando l'Associato non ha maturato i 5 anni di permanenza nel Fondo;

- quando l'Associato è iscritto alla previdenza complementare prima del 28 aprile 1993.

Maturare i requisiti per il pensionamento non vuole però dire, necessariamente, richiedere la prestazione al Fondo. Sarà l'Associato a decidere se chiedere la prestazione pensionistica complementare o proseguire la contribuzione (anche oltre il raggiungimento dell'età pensionabile) o interrompere la contribuzione continuando a maturare gli interessi fino a quando lo riterrà opportuno e richiedere la prestazione più avanti.

## 8.1 LE RENDITE DI ALIFOND

Alifond ha stipulato apposite convenzioni, per l'erogazione delle prestazioni pensionistiche complementari in forma di rendita, con Compagnie di Assicurazioni scelte in base a rigidi parametri e criteri quali stabilità, trasparenza, certezza e sicurezza per garantire l'erogazione e la continuazione della forma previdenziale scelta.

Al momento del pensionamento, l'Associato potrà optare tra diverse forme di rendita/vitalizio per garantire a se stesso, ed eventualmente ai propri cari, lo stesso tenore di vita. L'importo annuo della rendita si otterrà calcolando il montante maturato per l'età e il sesso dell'Assicurato, nonché in base alla rateizzazione e alla tipologia di rendita prescelta.

In caso di rendita reversibile, il calcolo viene determinato anche con riferimento all'età e al sesso del beneficiario e alla percentuale di reversibilità della rendita stessa. L'età dell'Assicurato principale e dell'eventuale beneficiario sono calcolate alla data di decorrenza della rendita.

- **RENDITA SEMPLICE:** Tale rendita è adatta per chi desidera avere l'importo più elevato a partire dalla somma trasformata in rendita, senza alcun tipo di protezione per eventuali beneficiari.
- **RENDITA REVERSIBILE:** Tale rendita è adatta a chi desidera proteggere uno o più i beneficiari dall'eventuale perdita di una fonte di reddito in caso di decesso.
- **RENDITA CERTA PER 5-10 ANNI:** Tale rendita è adatta a chi desidera proteggere i beneficiari dall'eventuale perdita di una fonte di reddito per un periodo determinato nel tempo.
- **RENDITA CONTROASSICURATA:** Tale rendita è adatta a chi deside-

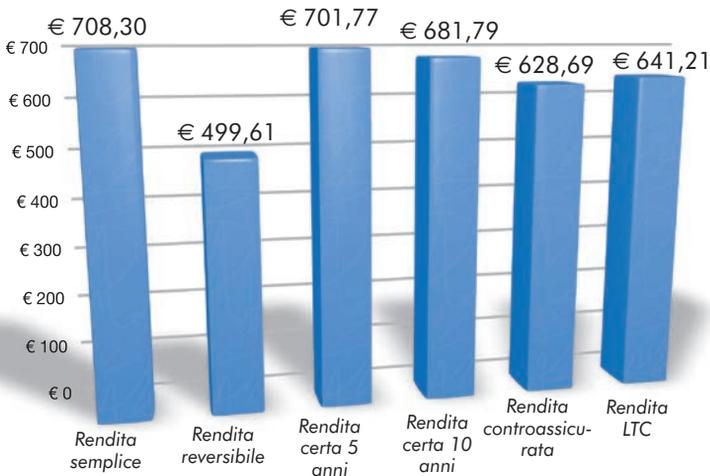
ra proteggere i beneficiari dall'eventuale perdita di una fonte di reddito garantendo che questi possano ricevere la parte residua del capitale accantonato di quanto non è stato percepito sotto forma di rendita.

- **RENDITA LTC:** In caso di perdita dell'autosufficienza l'importo della rendita, se preventivamente indicato, verrà raddoppiato.

*Esempio di calcolo di rendita annua, al lordo delle tasse, per ogni 10.000 euro di montante accumulato.*

Nel grafico sono riportati i valori delle diverse soluzioni di rendite offerte dal fondo:

- nel caso di un pensionato maschio di 67 anni,
- nell'ipotesi di rateazione annuale,
- con aliquota di reversibilità al 100% su beneficiario di sesso femminile, coetaneo del pensionato,
- applicando un tasso tecnico del 2,5%.



*Valori calcolati sulla base delle attuali convenzioni in vigore (sotto l'ipotesi di pensionamento a 67 anni di un iscritto di sesso Maschile e tasso tecnico pari a 2,5%)*

I valori indicati si riferiscono alla prima rata di rendita annuale.

La rendita si rivaluta annualmente in base al rendimento prodotto dalla gestione finanziaria, a cui va sottratto il tasso tecnico che è il ren-

dimento finanziario annuale "anticipato" in quanto già considerato nel calcolo della rendita.

### ESEMPIO DI CONTRIBUTO PER OTTENERE UN DETERMINATO LIVELLO DI RENDITA VITALIZIA

#### Maschi

Rendita mensile	Anni di contribuzione			
	5	10	20	35
€ 250	€ 9.727	€ 4.996	€ 2.319	€ 1.129
€ 500	€ 19.437	€ 9.975	€ 4.624	€ 2.245
€ 750	€ 29.147	€ 14.954	€ 6.929	€ 3.362
€ 1.000	€ 38.856	€ 19.933	€ 9.234	€ 4.478

#### Femmine

Rendita mensile	Anni di contribuzione			
	5	10	20	35
€ 250	€ 11.212	€ 5.759	€ 2.673	€ 1.301
€ 500	€ 22.404	€ 11.498	€ 5.330	€ 2.588
€ 750	€ 33.596	€ 17.237	€ 7.987	€ 3.875
€ 1.000	€ 44.787	€ 22.976	€ 10.644	€ 5.162

#### IPOTESI UTILIZZATE PER LA STIMA

Comparto Bilanciato  
 Pensionamento a 67 anni  
 Rendimento medio annuo composto nominale 4,5%  
 Crescita salariale 1% reale + inflazione  
 Rendita vitalizia immediata IPS55 t.t. 0% e 1,25% spese erogazione rendita (ipotesi Covip utilizzate per la stima del progetto esemplificativo personalizzato)

## 9. OPPORTUNITÀ PER GLI ASSOCIATI

Ogni Associato può partecipare alla vita del fondo, chiedere informazioni e consulenza, controllare la propria posizione ed essere informato sulle novità in materia di previdenza complementare. Completata la procedura di iscrizione, Alifond invia una "lettera di benvenuto" al lavoratore aderente, nella quale sono indicati i dati (numero di iscrizione e password) per accedere e controllare la sua posizione direttamente dal sito web del Fondo. In caso di perdita della password di accesso alla posizione, inserendo il numero di iscrizione ed il codice fiscale nell'apposita sezione dell'area iscritti del sito web del Fondo, l'Associato riceverà immediatamente una nuova password.

### 9.1 COMUNICAZIONE PERIODICA

Entro il 31 marzo di ogni anno Alifond invia ad ogni Associato la comunicazione periodica relativa al 31 dicembre dell'anno precedente contenente l'informativa sulla gestione complessiva del Fondo e l'estratto conto della posizione personale.

Tale comunicazione è disponibile anche in forma telematica all'interno dell'area riservata, accessibile, previa autenticazione (username e password in suo possesso), sul sito web del Fondo. Nell'estratto conto ogni aderente può controllare che l'ammontare dei contributi versati (azienda, lavoratore e TFR) corrisponda a quanto trattenuto nel corso dell'anno.

### 9.2 PROGETTO ESEMPLIFICATIVO

Per elaborare una stima della propria prestazione pensionistica futura l'Associato può utilizzare "il Progetto Esemplificativo", strumento ideato dalla Covip.

È una stima utile per avere un'idea immediata del piano pensionistico che si sta costruendo e di come gli importi delle prestazioni possono modificarsi al variare, ad esempio, della contribuzione, delle scelte di investimento e dell'età di pensionamento. Il progetto esemplificativo è disponibile nel sito [www.alifond.it](http://www.alifond.it), cliccando su "Calcola la tua Pensione".



A seguire un elenco delle risposte alle domande più frequenti con lo scopo di chiarire l'interpretazione delle disposizioni contenute nel regolamento e semplificare le modalità di fruizione delle prestazioni erogate. Per tutte le specifiche tecniche si rimanda al regolamento completo

### **1. Il mio coniuge non è fiscalmente a carico, può usufruire della polizza?**

Si

### **2. La documentazione per la richiesta di rimborso deve essere originale?**

*No, salvo dove espressamente indicato in polizza, la documentazione deve essere in fotocopia. Il Fondo avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione della documentazione originale.*

*Qualora l'Isritto voglia avvalersi della posta elettronica per l'invio della documentazione dovrà provvedere ad inviarla solamente in formato PDF. Altri formati, quali JPG, foto, etc., non saranno considerati validi.*

### **3. La mia pratica è sospesa e viene richiesta la prescrizione medica, ma io non ne sono più in possesso, come posso fare?**

*Dovrà richiedere una certificazione al suo medico - rilasciata su carta semplice con timbro del medico o carta intestata - in cui si indichi la patologia presunta o accertata a giustificazione delle prestazioni sanitarie sostenute in riferimento alla fattura in questione.*

### **4. Dove trovo l'elenco delle strutture convenzionate?**

*Per conoscere le strutture convenzionate potrà contattare la Centrale Operativa di Unisalute telefonando al numero verde nazionale 800-009619 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30 o accedendo al sito [www.fondofasa.it](http://www.fondofasa.it)*

## 5. Il mio dentista non è convenzionato con Unisalute, posso fare lo stesso richiesta di rimborso al fondo?

No, non è previsto alcun rimborso per le prestazioni effettuate privatamente presso centri non convenzionati con Unisalute.

## 6. Sono in gravidanza a rischio e il mio ginecologo non è convenzionato con Unisalute, posso fare lo stesso richiesta di rimborso al fondo?

*Si, in caso di gravidanza a rischio documentata da certificato medico in cui è evidente il motivo clinico del rischio nonché il periodo in cui tale rischio si è manifestato, si potrà fare richiesta di rimborso secondo quanto previsto dalla fattispecie "visite specialistiche e accertamenti diagnostici" effettuati in regime privato.*

*Nota bene: il solo certificato di astensione dal lavoro non è sufficiente. Il fatto che determinati lavori possano essere pericolosi in stato di gravidanza (e pertanto l'astensione da tali mansioni) non rende di fatto la gravidanza a rischio. Senza uno stato patologico le prestazioni eseguite per gravidanza presso centri non convenzionati con Unisalute non saranno rimborsati.*

## 7. Per richiedere il rimborso di viste e accertamenti diagnostici al Fondo FASA cosa devo inviare?

- Prescrizione medica contenente la patologia presunta/accertata o quesito diagnostico;
- ricevuta di pagamento (sulla quale verrà applicata la franchigia);
- modello di richiesta rimborso compilato scaricabile nella sez. modulistica.

## 8. In caso di ricovero il Fondo cosa rimborsa?

*In caso di ricovero il Fondo rimborsa o la diaria giornaliera per i giorni di ricovero o rimborsa le spese al 100% sostenute nei 150 giorni prima del ricovero e 180 giorni dopo tranne le spese per l'intervento sulle quali viene applicata una franchigia pari al 30%.*

*Documenti da inviare in caso di ricovero:*

- la cartella clinica o lettera di dimissioni esaustiva;
- prescrizioni mediche e ricevute di pagamento (se sostenute);
- modello di richiesta rimborso compilato.

## 9. I trattamenti fisioterapici e termali sono rimborsabili?

*Si, ma solo a seguito di intervento chirurgico ed infortunio sul lavoro, previa prescrizione medica contenente il numero delle terapie ed il tipo di trattamento.*

## 10. È previsto il rimborso per le spese dal nutrizionista?

*Il Fondo rimborsa solamente le prestazioni effettuate da medici il cui titolo di specializzazione sia inequivocabile (es. medico chirurgo specialista in scienza dell'alimentazione, dietista, etc.), pertanto nessun rimborso è previsto per prestazioni erogate da biologi nutrizionisti e farmacisti.*

*Nota bene: rientra in garanzia esclusivamente una prima visita al fine di accertare la presenza di una patologia e il piano di cura/regime alimentare. Le successive visite di controllo non sono previste.*

## 11. Ai fini del rimborso, c'è differenza tra l'impegnativa e la prescrizione rilasciata su foglio bianco del medico?

*Ai fini del rimborso, è valida la prescrizione medica rilasciata sia su carta intestata del medico che su impegnativa.*

## 12. Come faccio a registrarmi sul sito [www.fondofasa.it](http://www.fondofasa.it) per accedere ai servizi nell'Area riservata?

*Basta accedere alla sezione "Reg.Iscritto" e compilare la maschera con i dati richiesti. Verrà inviata una Password all'indirizzo di posta elettronica fornita.*

*Per fare il Login all'Area riservata si dovrà solo indicare l'e-mail usata per la registrazione e la Password ricevuta.*

## 13. Che differenza c'è tra prestazioni in forma diretta (strutture convenzionate) e indiretta (forma rimborsuale)?

*La forma rimborsuale viene intesa quando l'Isritto sceglie la struttura pubblica o privata dove effettuare le prestazione, a fronte delle spese sostenute, fa richiesta di rimborso al Fondo il quale, applicando le franchigie ed i massimali del caso, eroga il rimborso di quanto dovuto all'Isritto.*

*Per la forma diretta si intende quando l'Isritto, previa prenotazione presso la Centrale Operativa, sostiene una prestazione in convenzione*

pagando direttamente alla struttura la franchigia prevista. Alcune prestazioni rimangono a carico del Fondo Fasa il quale paga direttamente la struttura convenzionata per la prestazione diretta. A tal proposito invitiamo a verificarle coperture previste per l'utilizzo delle strutture nella definizione delle singole garanzie.

#### **14. Come faccio ad estendere la garanzia della polizza sanitaria anche al mio nucleo familiare?**

Il Fondo Fasa ha provveduto a creare un'apposita sezione nell'area riservata di ogni iscritto.

Invitiamo ad avvalersi dell'autocertificazione dello stato di famiglia predisposto sul sito poiché una corretta e completa ricezione dei dati eviterà attese e renderà tempestiva la fruizione dei servizi.

Un format predisposto è disponibile anche nella sezione modulistica del sito, qualora non si avesse la disponibilità alla compilazione online.

Nota bene: qualora ci siano due coniugi entrambi dipendenti di Aziende iscritte al Fondo, questi non potranno essere in alcun modo inseriti come beneficiari dell'altra copertura; invece i figli fiscalmente a carico di ambedue potranno risultare beneficiari di entrambe le coperture dei genitori.





FEDERALIMENTARE

Federalimentare e le Associazioni firmatarie  
del CCNL 27.10.2012 Industria alimentare:

**AIDEPI**

**AIIPA**

**AIRI**

**ANCIT**

**ANICAV**

**ASSALZOO**

**ASSICA**

**ASSITOL**

**ASSOBIBE**

**ASSOBIRRA**

**ASSOCARNI**

**ASSOLATTE**

**ASSODISTIL**

**FEDERVINI**

**ITALMOPA**

**MINERACQUA**

**UNA**

**UNIONZUCCHERO**