



CONFCOMMERCIO

IMPRESE PER L'ITALIA

FONDO SANITARIO

REGOLAMENTO

Fondo Sanitario Confcommercio
Piazza G.G. Belli , 2 – 00153 Roma
C.F. 97849180589
fondosanitario@confcommercio.it

Ultimo aggiornamento: 24 novembre 2016

Articolo 1 – OGGETTO DEL REGOLAMENTO	3
Articolo 2 – DIRITTO DI ISCRIZIONE (requisiti soggettivi e oggettivi)	3
Articolo 3 – DOMANDA DI ISCRIZIONE	3
Articolo 4 – DECORRENZA DELL'ISCRIZIONE	3
Articolo 5 – DURATA DEL VINCOLO	4
Articolo 6 – RISOLUZIONE DEL VINCOLO (sia per decesso che per recesso)	4
Articolo 7 – QUOTA CONTRIBUTIVA	4
Articolo 8 – MODALITÀ E SCADENZE PER IL VERSAMENTO DELLA QUOTA CONTRIBUTIVA	5
Articolo 9 – DIRITTO ALLE FORME DI ASSISTENZA SANITARIA EROGATE DAL FONDO	6
Articolo 10 – SPESE SANITARIE RIMBORSABILI	6
Articolo 11 – SPESE SANITARIE NON RIMBORSABILI	7
Articolo 12 – MODALITÀ DI RIMBORSO	7
Articolo 13 – MODALITÀ DI ACCESSO ALLA RETE CONVENZIONATA	7
Articolo 14 – MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA RELATIVE AI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI EFFETTUATI PRESSO STRUTTURE CONVENZIONATE	8
Articolo 15 – SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI	8
Articolo 16 – CONTROLLI SANITARI	8
Articolo 17 – PROCEDURA DI RECLAMO	8

Articolo 1 – OGGETTO DEL REGOLAMENTO

Il Fondo Sanitario Confcommercio (di seguito, Fondo) ha per oggetto la promozione e la realizzazione, senza scopo di lucro, di iniziative destinate a garantire agli associati alla Confcommercio - Imprese per l'Italia un sistema di tutele sanitarie a integrazione e/o sostituzione delle prestazioni garantite dal Servizio Sanitario Nazionale.

Il presente Regolamento, in linea con le disposizioni statutarie, disciplina il funzionamento del Fondo.

Per quanto non espressamente previsto, si rinvia alle disposizioni contenute nel Piano Sanitario e nel relativo Nomenclatore Tariffario, che costituiscono parte integrante del presente Regolamento.

Articolo 2 – DIRITTO DI ISCRIZIONE (requisiti soggettivi e oggettivi)

Possono presentare domanda di iscrizione al Fondo, in qualità di Beneficiari, a norma dell'art 6 dello Statuto, gli imprenditori, professionisti, lavoratori autonomi, nonché legali rappresentanti, amministratori con deleghe operative e dirigenti di società, i quali, attraverso l'adesione ai Soci della Confcommercio, fanno parte del cosiddetto "Sistema Confederale".

Possono altresì presentare domanda di iscrizione al Fondo, in qualità di Beneficiari, il coniuge o convivente more uxorio e figli a carico, conviventi o non conviventi, compresi i figli del coniuge o del convivente more uxorio dell'imprenditore e professionista socio della Confcommercio.

Non sono previsti limiti di età per il coniuge o convivente more uxorio. Per i figli a carico, conviventi o non conviventi, compresi i figli del coniuge o del convivente more uxorio è previsto un limite di età di 26 anni.

Per poter presentare domanda di iscrizione al Fondo è necessario che i soggetti di cui al primo comma siano in regola con il versamento dei contributi dovuti alla Confederazione.

Articolo 3 – DOMANDA DI ISCRIZIONE

Per il perfezionamento l'iscrizione devono essere presentati i seguenti documenti:

- a) modello di iscrizione predisposto dal Fondo, debitamente compilato;
- b) certificazione attestante la regolarità contributiva dell'iscrizione alla Confederazione. La regolarità contributiva, qualora ne ricorrano i presupposti, può essere accertata e certificata d'ufficio dalla Confederazione;
- c) documentazione attestante l'avvenuto versamento al Fondo della quota contributiva annuale.

L'invio della domanda di iscrizione avviene mediante procedura telematica consistente nell'inserimento dei propri dati anagrafici, nell'accettazione del Regolamento e nel consenso al trattamento dei dati personali, previa sottoscrizione della stessa domanda presso le organizzazioni territoriali, di categoria, di settore, affiliate e collaterali aderenti a Confcommercio.

Articolo 4 – DECORRENZA DELL'ISCRIZIONE

Il termine iniziale di iscrizione decorre dal primo giorno del mese successivo a quello di

comunicazione all'interessato dell'accoglimento della domanda, previa verifica, da parte del Consiglio Direttivo o da parte dell'organizzazione aderente a Confcommercio presso cui è stata presentata la domanda, della regolare presentazione di tutti i documenti indicati all'articolo 3 del presente Regolamento.

Con la ricezione di tale comunicazione, inviata all'interessato dal Consiglio Direttivo o dall'organizzazione aderente a Confcommercio, si costituisce il vincolo con il Fondo e il richiedente acquisisce natura di Beneficiario.

Qualora la comunicazione dell'accoglimento della domanda di iscrizione venga effettuata dall'organizzazione aderente a Confcommercio, la stessa, contestualmente, informa il Fondo.

Articolo 5 – DURATA DEL VINCOLO

Il vincolo tra il Fondo e il Beneficiario ha una durata iniziale minima di 1 anno e sarà tacitamente rinnovato annualmente.

Per annualità si intende un periodo di 12 mesi con decorrenza a partire dal termine iniziale di cui al precedente art. 4.

Il beneficiario può disdire, quindi comunicare la volontà di non rinnovare il contratto alla sua scadenza, inviando formale comunicazione entro un mese solare prima della scadenza annuale.

In assenza di comunicazione o nel caso in cui la stessa pervenga oltre il termine indicato, il vincolo si intende rinnovato per ulteriori 12 mesi e il Beneficiario è tenuto al versamento della quota contributiva annuale.

In caso di disdetta sarà possibile presentare una nuova domanda di iscrizione, che seguirà le procedure e le condizioni previste dall'articolo 4 e 9.

Articolo 6 – RISOLUZIONE DEL VINCOLO

Il vincolo tra il Fondo e il Beneficiario si estingue per effetto del decesso del beneficiario, o per esercizio del recesso unilaterale da parte del Fondo.

In caso di decesso del Beneficiario, rimane fermo l'obbligo di pagare la quota scaduta ed il diritto ad ottenere le prestazioni sanitarie dovute fino alla data del decesso.

Il Fondo si riserva il diritto di recesso unilaterale qualora ravvisi comportamenti fraudolenti lesivi per gli interessi del Fondo. Il provvedimento di recesso è adottato con delibera del Consiglio Direttivo e deve essere notificato all'interessato mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata.

Articolo 7 – QUOTA CONTRIBUTIVA

Il Consiglio Direttivo determina, entro il mese di Dicembre di ciascun anno, l'ammontare della quota di contribuzione, in funzione dell'andamento economico del Fondo e dei principi di sostenibilità economico-finanziaria dello stesso. L'ammontare aggiornato della quota di contribuzione è costantemente pubblicato sul sito internet del Fondo <http://fondosanitario.confcommercio.it> e sulle eventuali altre pubblicazioni del medesimo Fondo, nonché reso noto tramite le pubblicazioni, anche telematiche, delle Associazioni Territoriali aderenti a Confcommercio.

Articolo 8 – MODALITÀ E SCADENZE PER IL VERSAMENTO DELLA QUOTA CONTRIBUTIVA

Il beneficiario può effettuare il pagamento della quota associativa secondo le modalità alternative che seguono¹:

- a. L'associato Confcommercio può pagare la quota di iscrizione al Fondo all'organizzazione a cui aderisce, la quale riscuoterà per conto del Fondo. La stessa provvederà, mediante bonifico bancario a favore del Fondo, al versamento di tutte le quote di iscrizione riscosse mensilmente, entro i primi 5 giorni del mese successivo a quello di riferimento.
- b. Altrimenti, l'associato Confcommercio può effettuare direttamente il pagamento della quota associativa tramite bonifico bancario sul conto corrente del Fondo Sanitario Confcommercio, quindi recarsi presso l'organizzazione a cui aderisce e fare richiesta di iscrizione. Nella causale di pagamento dovrà essere specificato il numero di tessera associativa Confcommercio (nel caso l'impresa aderisca ad un'organizzazione territoriale) e la denominazione dell'organizzazione di appartenenza.
- c. Pagamento per mezzo MAV (pagamento Mediante Avviso) o RID (Rapporto Interbancario Diretto)
- d. Pagamento con Carta di Credito.

Per gli anni successivi al primo, il versamento della quota annuale deve essere effettuato secondo due modalità alternative²:

- e. Come descritto all'articolo 8, lettera a)
- f. Altrimenti, l'iscritto può pagare il rinnovo della quota associativa mediante bonifico bancario sul conto corrente del Fondo Sanitario Confcommercio, entro 30 giorni successivi dalla scadenza annuale. Nella causale di pagamento dovrà essere specificato il numero di tessera associativa Confcommercio (nel caso l'impresa aderisca ad un'organizzazione territoriale) e la denominazione dell'organizzazione a cui aderisce il beneficiario.
- g. Pagamento per mezzo MAV (pagamento Mediante Avviso) o RID (Rapporto Interbancario Diretto)
- h. Pagamento con Carta di Credito.

Gli estremi identificativi del conto corrente su cui effettuare il pagamento della quota associativa, nonché le eventuali ulteriori modalità per effettuare tale pagamento

¹ Le procedure di pagamento di cui alla lettera "c" e "d" sono in fase di definizione

² Le procedure di pagamento di cui alla lettera "g" e "h" sono in fase di definizione

vengono pubblicati sul sito internet del Fondo di cui al precedente art. 7, sulle eventuali altre pubblicazioni del medesimo Fondo, nonché sulle pubblicazioni, anche telematiche, delle Associazioni Territoriali aderenti a Confcommercio.

Articolo 9 – DIRITTO ALLE FORME DI ASSISTENZA SANITARIA EROGATE DAL FONDO

Le forme di assistenza erogate dal Fondo sono:

- a. il rimborso di spese sanitarie sostenute dal Beneficiario;
- b. Il pagamento diretto di servizi sanitari resi da strutture e da medici convenzionati.

L'iscrizione al Fondo e la conseguente acquisizione dello *status* di beneficiario determina il diritto a usufruire delle forme di assistenza previste dal Piano Sanitario, nei seguenti termini.

Il diritto alle prestazioni decorre:

1. dalla data di iscrizione, per quanto previsto dalle garanzie di cui ai punti c), d), ed e) del Piano Sanitario;
2. decorsi 180 giorni dalla data di iscrizione, per quanto previsto dalle garanzie di cui ai punti a) e b) del Piano Sanitario.

Il Consiglio Direttivo si riserva di ridefinire periodicamente le prestazioni previste e i livelli di rimborso delle spese in funzione dell'andamento economico del Fondo e dei principi di sostenibilità economico-finanziaria dello stesso.

Articolo 10 – SPESE SANITARIE RIMBORSABILI

Sono rimborsabili le spese sanitarie sostenute dal Beneficiario in Italia o all'estero:

- a. **durante il periodo di ricovero** per grandi interventi chirurgici, conseguenti a infortunio o malattia, di cui all'elenco previsto dal Piano Sanitario ed entro i limiti dei massimali in esso specificati, che si intendono comprensivi di tutte le spese sostenute in corso di ricovero.

Se il Beneficiario è soggetto a intervento chirurgico non previsto nel Piano Sanitario, si provvederà, previo parere insindacabile del Comitato Tecnico, a ricondurre l'intervento a quello più simile per tipo di patologia e tecnica chirurgica tra quelli indicati nel Piano.

Se nel corso della stessa seduta operatoria sono effettuati due o più interventi chirurgici, il Fondo corrisponderà al Beneficiario la sola quota facente capo all'intervento che garantisce il maggior livello di rimborso tra quelli previsti dal Tariffario in vigore.

Se il Beneficiario non presenta alcuna richiesta di rimborso per le spese inerenti il periodo di ricovero, acquisisce il diritto a ricevere una **indennità sostitutiva**, la cui misura è indicata nel Piano Sanitario, per ogni giorno di ricovero fino ad un massimo di 30 giorni per evento;

- b. **nei 90 giorni antecedenti e successivi al ricovero** di cui al precedente punto a), in base al Tariffario ed entro il limite dei massimali indicati nel Piano Sanitario. Il rimborso si intende per singolo evento ed è subordinato alla presentazione di documentazione comprovante la stretta correlazione all'intervento eseguito.

Articolo 11 – SPESE SANITARIE NON RIMBORSABILI

Non costituiscono oggetto di rimborso le seguenti spese sanitarie:

- a. gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a norma di legge;
- b. la cura di patologie psichiatriche e disturbi psichici;
- c. il trattamento delle malattie e i ricoveri determinati da alcolismo, tossicodipendenze, nonché dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni o psicofarmaci;
- d. le prestazioni sanitarie aventi esclusivamente finalità di ordine estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva e/o funzionale resi necessari da neoplasia maligna o da infortunio, comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico), dimagranti e fitoterapiche;
- e. le prestazioni sanitarie conseguenti a infortuni derivanti da guida in stato di ebbrezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope;
- f. le prestazioni sanitarie conseguenti a infortuni causati da azioni dolose compiute o tentate dal Beneficiario;
- g. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Articolo 12 – MODALITÀ DI RIMBORSO

Il rimborso delle spese sanitarie sostenute dal Beneficiario, in relazione alle garanzie A e B del Piano Sanitario, di cui al precedente articolo 9, avviene dietro presentazione del modulo di richiesta di rimborso, al quale deve essere allegata tutta la documentazione comprovante la spesa sostenuta ed eventuale altra documentazione richiesta dal Fondo.

La documentazione di cui al comma precedente deve pervenire per via telematica, accedendo all'area riservata agli iscritti nel sito internet del Fondo di cui all'art. 7, entro 120 giorni dalla data di dimissione dalla struttura sanitaria presso la quale è avvenuto il ricovero.

La presentazione fuori termine della documentazione richiesta comporta la decadenza del diritto al rimborso delle spese sanitarie sostenute o alla corresponsione dell'indennità sostitutiva.

I rimborsi potranno avvenire esclusivamente mediante bonifico bancario.

Il rimborso delle spese sanitarie sostenute all'estero, fuori dell'area euro, sarà effettuato in euro al valore del cambio medio mensile pubblicato dalla Banca d'Italia. Il mese di riferimento del cambio corrisponderà a quello della data di presentazione della richiesta di rimborso.

Il versamento sarà eseguito direttamente al Beneficiario sulle coordinate bancarie dallo stesso indicate, entro 60 giorni dalla ricezione di tutta la documentazione prevista nel punto 2.3 e punto 3.2 del Piano Sanitario.

Articolo 13 – MODALITÀ DI ACCESSO ALLA RETE CONVENZIONATA

Il Fondo rilascia al Beneficiario una tessera nominativa con la quale potrà accedere alle strutture in convenzione sul territorio nazionale.

L'elenco delle strutture convenzionate è costantemente aggiornato e pubblicato dal Fondo sul sito internet di cui all'art. 7, sulle eventuali altre pubblicazioni del medesimo

Fondo, nonché reso noto tramite le pubblicazioni, anche telematiche, delle Associazioni Territoriali aderenti a Confcommercio.

Il Beneficiario, esibendo presso le strutture convenzionate la tessera od altro documento comprovante l'iscrizione al Fondo, potrà usufruire delle prestazioni nei termini ed alle condizioni previste dal Piano Sanitario.

Articolo 14 – MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA RELATIVE AI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI EFFETTUATI PRESSO STRUTTURE CONVENZIONATE

In caso di ricovero per grande intervento chirurgico, di cui alla garanzia “A” del Piano Sanitario, all'interno di una struttura convenzionata, è prevista la possibilità di pagamento diretto da parte del Fondo, ovvero di rimborso di quanto anticipato dal beneficiario:

1. Il beneficiario avrà diritto al pagamento diretto da parte del Fondo solo se il ricovero è stato preventivamente autorizzato dal Fondo. La autorizzazione sarà concessa dopo che lo stesso Fondo abbia verificato che tutti i componenti dell'equipe operatoria abbiano aderito alla convenzione. Il Beneficiario deve inviare al Fondo la richiesta di autorizzazione, almeno 10 giorni prima della data presunta di inizio ricovero e ad essa deve essere allegata la richiesta di ricovero del medico da cui risulti il nominativo, la struttura prescelta, il giorno del ricovero, la documentazione sanitaria comprovante le ragioni e la tipologia di intervento da effettuare, la presumibile durata e un recapito telefonico del Beneficiario.

Il Fondo si impegna ad informare il Beneficiario sull'accoglimento o rigetto della richiesta entro e non oltre 5 giorni lavorativi dalla data di ricezione della stessa.

2. Il beneficiario avrà diritto al rimborso, secondo le modalità stabilite dal precedente articolo 12, se l'accesso alla struttura convenzionata è avvenuto senza preventiva autorizzazione.

Articolo 15 – SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI

Le prestazioni relative alle spese di cui al precedente articolo 10 sono sospese in caso di morosità nel versamento della quota annuale di contribuzione e fino a regolarizzazione della posizione contributiva.

Articolo 16 – CONTROLLI SANITARI

Il Fondo si riserva il diritto di chiedere l'integrazione di documentazione e di verificare, anche attraverso sanitari di propria fiducia, lo stato di malattia del Beneficiario nonché la congruità e la pertinenza delle spese per le quali viene chiesto il rimborso e di limitarlo a quelle ritenute giustificate. Il rifiuto del Beneficiario a sottoporsi ai controlli richiesti determina la perdita del diritto al rimborso.

Articolo 17 – PROCEDURA DI RECLAMO

Eventuali reclami devono essere formulati per iscritto al Fondo, nel termine perentorio

di giorni 60 dalla data di comunicazione all'interessato della determinazione oggetto di reclamo, ed indirizzati al Consiglio Direttivo del Fondo Sanitario Confcommercio, alternativamente:

- a) Per posta raccomandata:
Fondo Sanitario Confcommercio
Piazza G.G. Belli 2, 00153 – ROMA
- b) Per posta elettronica certificata: fondosanitario@pec.confcommercio.it
inserendo come oggetto la seguente dicitura: “Reclamo – numero tessera socio del Fondo”.

E' possibile: i) addurre documentazione a sostegno del reclamo; ii) proporre reclamo per il tramite di un legale; iii) avvalersi dell'ausilio di consulente medico; iv) ottenere un'audizione da parte di funzionari del Fondo.

La decisione, previa istruttoria da parte del Comitato Tecnico, deve essere adottata dal Consiglio Direttivo del Fondo e comunicata all'interessato nel termine di 60 giorni dalla ricezione del reclamo. Detto termine può essere prorogato, per non più di una volta e per un massimo di 120 giorni, qualora sia necessario svolgere di particolare complessità. Della proroga è data comunicazione all'interessato prima della scadenza del termine originario.

L'interessato non può adire l'Autorità Giurisdizionale senza avere prima esperito la presente procedura di reclamo ed ottenuto la decisione da parte del Fondo, salvo il caso in cui detta decisione non sia stata comunicata entro il termine, originario o prorogato, sopra indicato.