



REGOLAMENTO

FASIE

Piazzale Luigi Sturzo 31 - 00144 ROMA

P.IVA 97524520588

www.fasie.it

TITOLO I - LA FONTE ISTITUTIVA	3
Articolo 1 - OGGETTO DEL REGOLAMENTO	3
TITOLO II – ASSOCIAZIONE A FASIE	3
Articolo 2 - ASSOCIATI	3
Articolo 3 - ISCRIZIONE DEI LAVORATORI	4
Articolo 4 - PROSECUZIONE VOLONTARIA DELL’ISCRIZIONE	4
Articolo 5 - ISCRIZIONE DEI FAMILIARI	4
Articolo 6 - DECORRENZA DELL’ISCRIZIONE	5
Articolo 7 - VARIAZIONE DELL’OPZIONE SANITARIA	5
Articolo 8 - ESTINZIONE DELL’ISCRIZIONE	5
Articolo 9 - RIPRISTINO DEL VINCOLO ASSOCIATIVO	6
TITOLO III – CONTRIBUTUZIONI.....	6
Articolo 10 - MISURA E MODALITÀ DI VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO	6
Articolo 11 - IRREGOLARITÀ CONTRIBUTIVE	7
TITOLO IV – PRESTAZIONI E MODALITÀ DI RIMBORSO	8
Articolo 12 - PRESTAZIONI RIMBORSABILI	8
Articolo 13 - ESCLUSIONI	8
Articolo 14 - ACCERTAMENTI AMMINISTRATIVI E CONTROLLI SANITARI	9
Articolo 15 - INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	9
Articolo 16 - COPERTURA RISCHIO MORTE (solo per il Settore Energia e Petrolio)	11
TITOLO V - NORME FINALI	12
Articolo 17 - RECLAMO – FORO COMPETENTE	12
Articolo 18 - PRIVACY E TUTELA DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI	12
Articolo 19 - DOVERI DEGLI ASSOCIATI	12
Articolo 20 - DECORRENZA DEL REGOLAMENTO	12

TITOLO I - LA FONTE ISTITUTIVA

Articolo 1 - OGGETTO DEL REGOLAMENTO

Il presente Regolamento disciplina il funzionamento del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativo al Servizio Sanitario Nazionale per i dipendenti dell'industria settore energia, per brevità denominato FASIE, di seguito definito anche il Fondo, costituito in attuazione dell'accordo sindacale del 19 Dicembre 2007, stipulato tra ASIEP (oggi Confindustria Energia) e le OO.SS.LL. FEMCA CISL, FILCTEM CGIL, UILTEC UIL.

Regola inoltre gli aspetti normativi ed economici del rapporto associativo, articolato in "Opzioni Sanitarie", definite e dettagliate nel "Piano Sanitario", che costituisce parte integrante del presente Regolamento.

Il Regolamento è adottato ai sensi dell'Articolo 18 dello Statuto del Fondo.

TITOLO II – ASSOCIAZIONE A FASIE

Articolo 2 - ASSOCIATI

Possono presentare domanda di iscrizione al FASIE a norma dell'Articolo 3 dello Statuto del Fondo:

- a) tutti i lavoratori a cui si applica il CCNL "Energia e Petrolio", "Gas e Acqua", "Industrie Ceramiche" e "Vetro e Lampade", "Attività Minerarie" assunti con contratto a tempo indeterminato o determinato con durata non inferiore ad un anno e quelli in forza all'estero
- b) tutti i lavoratori delle organizzazioni firmatarie il CCNL di cui all'Articolo 1 dello Statuto del Fondo

Hanno altresì titolo a proseguire il rapporto associativo in qualità di Prosecuratori Volontari, coloro che manifestano la volontà di mantenere senza soluzione di continuità la precedente iscrizione:

- a) tutti i pensionati iscritti all'atto del pensionamento da almeno 36 mesi o che versino in unica soluzione l'intera quota (azienda e lavoratore) pari ai 36 mesi, ad eccezione dei lavoratori dell'area contrattuale Vetro e Lampade.
- b) il coniuge o i figli superstiti che risultino iscritti all'atto del decesso del lavoratore e del pensionato
- c) il coniuge divorziato o separato (anche con causa di divorzio o separazione in corso) che risulti precedentemente iscritto come familiare
- d) i lavoratori che usufruiscono di ammortizzatori sociali, finalizzati all'accesso agevolato/anticipato del pensionamento

Lavoratori e Prosecuratori Volontari sono Titolari del vincolo associativo.

Il Titolare del vincolo associativo può estendere la copertura assistenziale ai seguenti Familiari:

- a) coniuge (incluse le unioni civili come da legge 20 maggio 2016, n.76)
- b) figli (inclusi i figli equiparati a norma di legge, figli di genitori separati o divorziati) di età inferiore ai 26 anni o permanentemente inabili al lavoro senza limiti di età
- c) altri familiari purché conviventi: figli maggiori di 26 anni, conviventi more uxorio, genitori e fratelli del lavoratore o del coniuge

Il Nucleo Familiare si intende costituito dal Titolare del vincolo associativo e dai familiari di cui al precedente comma, lettere a) e b), ai quali il titolare abbia esteso l'assistenza.

Il coniuge iscritto, nel caso intervenga lo scioglimento o la cessazione degli effetti civili dal matrimonio può mantenere l'iscrizione a carico del titolare come familiare, qualora sussista l'obbligo di mantenimento. Il titolare del vincolo deve autocertificare le condizioni suddette, impegnandosi a comunicare le variazioni successive.

I lavoratori previsti dal presente articolo e i pensionati non possono essere iscritti quali familiari o conviventi di altro lavoratore.

Articolo 3 - ISCRIZIONE DEI LAVORATORI

L'adesione dei lavoratori può essere diretta o volontaria ed avviene mediante compilazione di apposito modulo predisposto dal Fondo (disponibile sul sito istituzionale) per l'iscrizione e per la scelta dell'Opzione Sanitaria, da consegnarsi debitamente compilato e sottoscritto dall'azienda, che ne cura la trasmissione al Fondo.

Per i nuovi assunti, il modulo per l'adesione e la scelta dell'Opzione Sanitaria è consegnato dall'Azienda di appartenenza all'atto dell'assunzione; l'Azienda cura il ritiro del modulo e la trasmissione al FASIE nei tempi previsti dall'art. 6.

Articolo 4 - PROSECUZIONE VOLONTARIA DELL'ISCRIZIONE

I Prosecuratori Volontari, di cui all'Articolo 2, possono esercitare il diritto alla prosecuzione volontaria del rapporto associativo mediante compilazione e sottoscrizione dell'apposito modulo predisposto dal Fondo (disponibile sul sito istituzionale).

La domanda deve essere presentata entro il 1° dicembre successivo alla data di acquisizione della titolarità di prosecutore volontario, con effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo. In caso di titolarità acquisita nel mese di dicembre, la domanda deve essere presentata contestualmente e, comunque, entro e non oltre il 31 dicembre. La continuità della copertura è comunque garantita fino alla fine dell'anno solare nel corso del quale si verifica l'evento da cui deriva il venir meno della partecipazione al FASIE.

Con riferimento ai lavoratori iscritti a FASIE che si avvalgano degli ammortizzatori sociali (punto d art.2), è data facoltà di proseguire volontariamente la partecipazione al Fondo. In tale circostanza, la richiesta di prosecuzione volontaria deve essere corredata di autocertificazione attestante la decorrenza prevista per il proprio accesso alla pensione.

Se previsto dall'Opzione Sanitaria prescelta, il diritto può essere esteso anche ai familiari già iscritti al Fondo al momento del pensionamento, del decesso o, nel caso del coniuge divorziato o separato, al momento della cessazione del pagamento delle relative quote da parte del lavoratore iscritto.

Articolo 5 - ISCRIZIONE DEI FAMILIARI

Il lavoratore può iscrivere i propri familiari all'atto della propria adesione o in un tempo successivo alla propria richiesta di adesione.

L'iscrizione dei familiari è volontaria e avviene mediante compilazione di apposito modulo predisposto dal Fondo (disponibile sul sito istituzionale), con specifica dichiarazione di responsabilità, attestante l'esistenza dei requisiti previsti statutariamente e dal presente Regolamento per la loro iscrizione. Il lavoratore lo consegna debitamente compilato e sottoscritto alla propria azienda che ne cura la trasmissione al Fondo.

L'iscrizione del Nucleo Familiare, come qualificato al precedente Articolo 2, per le Opzioni Sanitarie che lo prevedono, non può essere effettuato parzialmente: l'iscrizione di un figlio implica l'obbligatorietà di pari adesione di tutti gli altri. Sono comunque esclusi i beneficiari di una autonoma copertura assicurativa malattia (sia su base individuale che collettiva).

Nel caso celebrazione di matrimonio di nascita/adozione di un figlio, affiliazione, riconoscimento di figli naturali, il lavoratore già aderente al Fondo, può darne comunicazione all'Azienda di appartenenza, mediante compilazione di apposito modulo, entro e non oltre 30 giorni dal verificarsi dell'evento stesso. In tal caso la decorrenza dell'iscrizione come nucleo familiare coincide con la data dell'evento.

Invece, in caso di iscrizione esplicita si applicano le decorrenze di cui al successivo art. 6

In caso di variazione dei requisiti per il mantenimento dell'associazione al Fondo di un familiare iscritto, il Titolare deve darne comunicazione entro e non oltre il 1° dicembre. In caso di variazione dei requisiti

occorsi nel mese di dicembre, la comunicazione deve essere presentata entro e non oltre il 31 dicembre, la variazione avrà decorrenza dal 1 gennaio dell'anno successivo.

Il Fondo si riserva la facoltà di effettuare controlli mirati a verificare i requisiti di iscrivibilità dei familiari. A tal fine, il Fondo può chiedere al Titolare idonea certificazione; nel caso in cui il Titolare non riscontri la richiesta del Fondo, il familiare interessato decade dal diritto all'assistenza sanitaria e il Titolare può incorrere nelle ulteriori conseguenze collegate all'indebito comportamento tenuto, tra le quali l'esclusione dal Fondo.

Articolo 6 - DECORRENZA DELL'ISCRIZIONE

L'iscrizione decorre:

- dal 1° luglio (per le adesioni pervenute entro il 30 aprile)
- dal 1° gennaio (per le adesioni pervenute entro il 31 ottobre)

Un familiare iscritto che nel corso dell'anno acquisisce la qualità di dipendente a cui si applica il CCNL "Energia e Petrolio", "Gas e Acqua", "Industrie Ceramiche" e "Vetro e Lampade", "Attività Mineraria" mantiene fino al 31 dicembre la qualifica di familiare, mentre dal 1° gennaio successivo acquisisce la titolarità del vincolo, in continuità di iscrizione.

Articolo 7 - VARIAZIONE DELL'OPZIONE SANITARIA

L'Opzione Sanitaria può essere variata dal Titolare decorsi tre anni dalla precedente scelta; a tal fine, il lavoratore deve consegnare l'apposito modulo di richiesta debitamente compilato alla propria Azienda di appartenenza che ne cura la trasmissione al Fondo entro il 1° dicembre di ogni anno.

Il prosecutore volontario deve, entro la stessa data, trasmettere il modulo compilato direttamente al Fondo; nel caso in cui la precedente scelta non prevedesse l'iscrizione esplicita dei familiari, non sarà possibile per il prosecutore volontario iscrivere, pur prevedendolo la nuova opzione, i propri familiari.

La nuova Opzione Sanitaria prescelta decorre dal 1° gennaio dell'anno successivo. Nel caso in cui la richiesta di variazione venga presentata fuori termine, si considera come se fosse stata avanzata l'anno successivo.

Articolo 8 - ESTINZIONE DELL'ISCRIZIONE

L'estinzione del vincolo associativo può verificarsi nei seguenti casi:

- a) cessazione del rapporto di lavoro diversa dal pensionamento o dall'utilizzo di ammortizzatori sociali (anche aziendali) finalizzati al raggiungimento dei requisiti pensionistici.
- b) attribuzione della qualifica di dirigente.
- c) rinuncia volontaria, anche per mancata prosecuzione in caso di aspettativa, entro il 1 dicembre; l'uscita deve essere comunicata per iscritto all'azienda di appartenenza che si prenderà carico di comunicarlo al fondo.
- d) recesso di un familiare o dell'intero Nucleo Familiare, su richiesta del Titolare, entro il 1 dicembre.
- e) mancato pagamento della quota prevista per i proscrittori volontari
- f) decesso del Titolare. In tal caso i familiari resteranno iscritti fino al termine dell'anno finanziario in corso. Il coniuge superstite ed eventuali familiari iscritti potranno proseguire l'iscrizione al FASIE per gli anni successivi (art.2)
- g) decesso del familiare o perdita di requisiti
- h) comportamenti fraudolenti o lesivi in qualsivoglia modo dell'interesse e/o dell'immagine del Fondo.

Il recesso del Titolare comporta l'uscita automatica dal Fondo anche dei familiari.

L'uscita dal Fondo ha effetto dal 1° gennaio successivo, permanendo nel periodo di tempo intercorrente sia l'obbligo delle contribuzione sia il diritto alle prestazioni.

Il Consiglio di Amministrazione può disporre l'immediata esclusione dell'Associato a seguito di comportamenti fraudolenti o lesivi dell'interesse e/o dell'immagine del Fondo. Il provvedimento di esclusione dovrà essere notificato mediante lettera raccomandata AR all'assistito, il quale potrà impugnare la delibera, innanzi al Collegio dei Probiviri, entro 30 giorni dal ricevimento della stessa.

Articolo 9 - RIPRISTINO DEL VINCOLO ASSOCIATIVO

Possono ripristinare il vincolo associativo:

- a) i lavoratori e i loro familiari che abbiano rinunciato volontariamente
- b) i lavoratori in aspettativa e in cassa integrazione che non abbiano optato per la prosecuzione volontaria

Tale diritto può essere esercitato una sola volta.

Nel caso di ripristino, di cui al primo comma lettere a), fermo restando l'obbligo contributivo dal mese di iscrizione (1 gennaio o 1 luglio), sarà possibile usufruire delle prestazioni previste dal Fondo trascorsi 12 mesi dalla nuova iscrizione, fatto salvo nel caso di ricoveri determinati da infortunio o per Grandi Interventi, e si intenderanno applicati *ex novo*, le esclusioni previste dal successivo Articolo 13, lettere b) e c).

Per i lavoratori in aspettativa e in cassa integrazione che non abbiano optato per la prosecuzione volontaria, al loro rientro in Azienda, dando comunicazione entro il 1 dicembre, possono ripristinare il vincolo associativo con decorrenza dal 1° gennaio dell'anno finanziario successivo e usufruire delle prestazioni previste dal Fondo trascorsi 12 mesi dalla nuova iscrizione.

Non possono ripristinare il vincolo associativo:

- i proscrittori volontari, nei casi di rinuncia volontaria e/o mancato pagamento della quota prevista entro il 15 dicembre
- in caso di esclusione dal Fondo per accertati comportamenti dolosi

TITOLO III – CONTRIBUTUZIONI

Articolo 10 - MISURA E MODALITÀ DI VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO

Per i lavoratori iscritti, ai sensi dell'Articolo 3 dello Statuto, la misura del contributo è definita in base agli accordi collettivi nazionali stipulati dalle OO.SS.LL. di cui all'Articolo 1 dello Statuto ed è comunicata alle Aziende dal FASIE attraverso le "Circolari Operative", nelle quali è definita anche la modalità del versamento del contributo da parte delle Aziende stesse.

La quota a carico del lavoratore e dei suoi familiari/conviventi è trattenuta mensilmente sul cedolino da parte del datore di lavoro a far data dal mese di iscrizione, in quota di un dodicesimo delle misure di contribuzione.

L'iscrizione al FASIE impegna ai versamenti contributivi per l'intero anno solare in corso; in caso di uscita che avvenga per qualsiasi motivo durante l'anno l'iscritto è tenuto al pagamento di tutte le quote fino al termine dell'anno.

L'iscrizione al FASIE si intende tacitamente rinnovata di anno in anno.

Il versamento comprende la quota a carico del lavoratore iscritto, nonché il contributo per i familiari. E' onere di ciascun iscritto verificare che tale trattenuta venga effettuata dall'Azienda e segnalare al Fondo eventuali omissioni.

Per i proscrittori volontari, il versamento della quota annuale per sé e per i familiari iscritti riferita all'anno in corso, deve essere effettuato in un'unica rata entro il 31 Gennaio di ogni anno. In caso di uscita anticipata dal Fondo, la quota non è rimborsabile. La misura dell'importo del versamento, definita dal

Consiglio di Amministrazione, sarà tempestivamente comunicata insieme alla modalità del versamento del contributo mediante il sito istituzionale.

In tutti i casi di aspettativa (maternità – incarichi sociali – motivi personali etc.), cassa integrazione per i quali le procedure amministrative aziendali non assicurano la riscossione di quanto dovuto, sarà effettuata per la prima annualità, una trattenuta in un'unica soluzione delle mensilità residue con l'ultimo cedolino. Le norme sopra indicate non si applicano nei casi di aspettativa per i quali le procedure amministrative aziendali assicurano la riscossione di quanto dovuto. Per gli anni successivi, l'iscritto in aspettativa che sceglie la prosecuzione volontaria dovrà provvedere al pagamento della quota dell'intero anno entro il 15 dicembre. In caso di mancato ricevimento entro tale data della quota annua, il lavoratore ed i familiari decadono automaticamente dalla iscrizione al FASIE.

Ai sensi dell'Articolo 4 dello Statuto, è prevista una "quota di rimborso" destinata alle OO.SS.LL. di categoria a parziale copertura del servizio di gestione e assistenza dei lavoratori. L'importo di tale quota, determinato annualmente dal Consiglio di Amministrazione del Fondo, si intende incluso nel costo previsto per l'Opzione Sanitaria. Le OO.SS.LL. firmatarie dell'accordo istitutivo del Fondo restituiscono ai propri iscritti qualora l'iscrizione sia diretta, volontaria e onerosa, la suddetta quota di rimborso. La "quota di rimborso" non è prevista per i lavoratori del settore "Vetro e Lampade".

Articolo 11 - IRREGOLARITÀ CONTRIBUTIVE

Nel caso in cui il versamento contributivo effettuato risulti inesatto o incompleto, FASIE informa l'Azienda di appartenenza affinché provveda alla regolarizzazione, che deve avvenire entro e non oltre 30 giorni dalla comunicazione ricevuta.

Qualora tale termine trascorra senza l'adempimento richiesto, FASIE informa l'Azienda di appartenenza, indirizzando la comunicazione per conoscenza anche al lavoratore iscritto, affinché l'Azienda provveda alla regolarizzazione, che deve avvenire entro e non oltre 30 giorni dalla comunicazione ricevuta. Qualora anche tale termine trascorra senza l'adempimento richiesto, il Fondo comunica all'Azienda e ai lavoratori interessati, la sospensione delle prestazioni, che sarà ripristinata solo successivamente alla regolarizzazione della posizione interessata.

In caso di ritardo nel versamento dei contributi superiore a un mese, il Consiglio di Amministrazione, previa valutazione del caso specifico, può disporre l'applicazione degli interessi legali, il cui ammontare è a totale carico dell'Azienda di appartenenza dell'iscritto.

In caso di morosità dell'Azienda che si protragga per 6 mesi, il Fondo intraprende l'iter di esclusione dei Soci. Prima di procedere con l'effettiva esclusione, il Fondo invia un'ultima comunicazione di sollecito all'Azienda e per conoscenza alle Parti istitutive del Fondo, affinché l'Azienda provveda alla regolarizzazione, che deve avvenire entro e non oltre 30 giorni dalla comunicazione ricevuta. Trascorso tale termine senza riscontro positivo, il Fondo informa l'Azienda e i lavoratori interessati dell'avvenuta esclusione.

Il Consiglio di Amministrazione valuta i termini e le modalità dell'eventuale rientro dell'Azienda esclusa per morosità che ne avesse fatto espressa richiesta.

E' comunque facoltà dei lavoratori interessati richiedere la prosecuzione volontaria della propria partecipazione al Fondo.

Il Fondo non è responsabile di eventuali danni derivanti dall'omissione e/o morosità contributiva imputabile all'Azienda di appartenenza.

TITOLO IV – PRESTAZIONI E MODALITÀ DI RIMBORSO

Articolo 12 - PRESTAZIONI RIMBORSABILI

I rimborsi sono effettuati secondo i limiti e le modalità stabiliti dal Consiglio di Amministrazione nel Piano Sanitario. L'elenco delle prestazioni rimborsabili e dei servizi resi disponibili agli Associati sono riportati nelle Opzioni Sanitarie definite e dettagliate nel Piano Sanitario, che costituisce parte integrante del presente Regolamento e, in ogni caso, sono escluse le prestazioni di cui al successivo Articolo 13.

Articolo 13 - ESCLUSIONI

- a) Tutte le prestazioni non espressamente indicate nell'Opzione Sanitaria prescelta
- b) Gli infortuni, le anomalie, i difetti fisici e le mutilazioni occorse ed esistenti prima dell'iscrizione e delle loro conseguenze
- c) Prestazioni effettuate precedentemente all'iscrizione (inclusi i ricoveri per gravidanza)
- d) Prestazioni mediche aventi esclusivamente finalità di ordine estetico salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva e/o funzionale resi necessari da infortunio o conseguenti a patologie oncologiche
- e) Ricoveri e cure presso stabilimenti termali, case di riposo e in clinica aventi finalità dietologiche ed estetiche; le cure dimagranti e dietetiche
- f) Gli accertamenti e i trattamenti sanitari a norma di legge, la cura di patologie psichiatriche e disturbi psichici, le infermità mentali, sono compresi tuttavia il rimborso delle spese o l'indennizzo dei ricoveri solo se curati in ospedali pubblici o convenzionati in A.S.L. abilitati alla cura specifica delle malattie mentali.
- g) i ricoveri presso case di riposo o istituti di ricovero, sia pubblici che privati, per anziani, malati cronici o lungodegenti.
- h) Il trattamento delle malattie e i ricoveri determinati da alcolismo, tossicodipendenze, nonché dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni o psicofarmaci. Gli infortuni derivanti da guida in stato di ebbrezza o ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope
- i) I ricoveri durante i quali vengono effettuati solamente accertamenti clinici e diagnostici e/o terapie (check-up), che per loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio
- j) Le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale, le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo Albo professionale "Ordine dei medici-chirurghi e degli odontoiatri" e/o privi di abilitazione professionale
- k) Tutte le spese non mediche (es. diritti ambulatoriali, bolli, imposte, quota fissa/quota regionale ticket, copia cartella clinica, etc.)
- l) Tutti i medicinali inclusi quelli omeopatici
- m) Tutte le prestazioni e gli interventi afferenti alla cura dell'infertilità sterilità maschile e femminile, fecondazione non fisiologica (assistita), impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi finalizzati alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari
- n) Terapie. (a mero titolo esemplificativo percorsi psicologici, psichiatrici, neurologici, chiroterapiche e agopuntura ecc. (salvo quando espressamente previsto dall'Opzione Sanitaria)
- o) Interventi per la correzione della miopia, astigmatismo, etc.
- p) Spese per fisioterapie, conseguenti anche ad infortuni senza ricovero
- q) Gli infortuni causati da azioni dolose compiute o tentate dal beneficiario, gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi

- r) Le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni, atti violenti aventi movente politico o sociale, atti di terrorismo ai quali l'Assistito abbia preso parte volontariamente, le conseguenze di grandine, inondazioni, alluvioni, maremoti, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche
- s) Le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o trasmutazioni dell'atomo, naturali o provocate e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.)

Inoltre, nell'ambito di quanto previsto dalle singole Opzioni Sanitarie, il Fondo non procederà al rimborso delle spese sostenute per:

- a) Le visite medico generiche, medico-legali, medico-sportive, medicina del lavoro, visite chiropratiche e osteopatiche, visite per il rilascio di certificati di idoneità psicofisica
- b) I ricoveri per le prestazioni odontoiatriche, le visite, le cure e protesi dentarie effettuate dai familiari salvo quanto espressamente previste dall'Opzione Sanitaria
- c) Spese per prestazioni odontoiatriche per gli iscritti ultraottantenni
- d) L'ortodonzia
- e) Gli apparecchi protesici, l'acquisto e il noleggio di apparecchiature
- f) L'indennità di diaria nel caso di ricoveri domiciliari e/o ricoveri in pronto soccorso anche in regime di O.B.I. (Osservazione Breve Intensiva)

Articolo 14 - ACCERTAMENTI AMMINISTRATIVI E CONTROLLI SANITARI

Il Fondo può disporre accertamenti amministrativi e/o controlli sanitari a sua discrezione.

Qualora l'iscritto non intenda sottoporsi ai predetti accertamenti e/o controlli ovvero non risulti veritiera la richiesta dell'assistito, non si procederà all'autorizzazione della prestazione e/o al rimborso richiesto ed il caso sarà esaminato per eventuali provvedimenti da parte del Consiglio di Amministrazione.

Articolo 15 - INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA (ad eccezione del settore Vetro Lampade)

Il Fondo prevede l'erogazione *una tantum* di un indennizzo a seguito di inabilità lavorativa totale permanente (100%) e di invalidità permanente superiori al 66% conseguenti a malattia tale da non consentire al dipendente la prosecuzione di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

L'inabilità e l'invalidità devono essere accertate dall'INPS con espressa esclusione di accertamenti di carattere giudiziario.

Nel caso in cui il lavoratore non abbia il diritto ad accedere alle prestazioni erogate dall'INPS ("pensione di inabilità"), in quanto non ricorrano i requisiti di anzianità assicurativa e contributiva, tempo per tempo fissati dall'INPS, il grado di inabilità e di invalidità permanente è valutato secondo i criteri previsti nella "Tabella delle menomazioni" approvata con Decreto dell'allora Ministero del Lavoro del 12 luglio 2000 e successive modifiche e integrazioni, certificata da relativa perizia medico legale.

Hanno diritto all'indennità, ricorrendo le condizioni di seguito esposte, tutti i lavoratori che al momento della domanda per il riconoscimento dell'inabilità e dell'invalidità civile:

- a) siano dipendenti delle Aziende associate
- b) siano aderenti al FASIE al momento della trasmissione della documentazione di cui al successivo comma
- c) sia stato adottato – anche nelle more dell'accertamento patologico - un provvedimento di risoluzione del rapporto di lavoro ad opera datoriale. In relazione a tale condizione non si ritiene equiparata l'ipotesi delle dimissioni.

Il lavoratore che abbia diritto all'indennità deve farne richiesta al FASIE entro e non oltre 210 giorni da quando sia venuto a conoscenza del riconoscimento dell'inabilità e dell'invalidità, allegando alla domanda:

- a) la documentazione INPS attestante il godimento di pensione di inabilità per assoluta impossibilità a svolgere un qualsiasi lavoro e/o dell'invalidità permanente superiore al 66%
- b) in mancanza di requisiti di accesso alle prestazioni INPS, perizia medico legale specialistica attestante il riconoscimento di una inabilità totale permanente e/o dell'invalidità permanente superiore al 66% in applicazione dei criteri previsti nella "Tabella delle menomazioni" approvata con Decreto dell'allora Ministero del Lavoro 12 luglio 2000 e comportante l'impossibilità per l'iscritto a continuare a svolgere il rapporto di lavoro con l'Azienda. La certificazione dovrà essere rilasciata da struttura sanitaria pubblica a ciò abilitata
- c) dichiarazione dell'Azienda della qualifica di dipendente a tempo indeterminato al momento della presentazione della domanda tendente ad ottenere il riconoscimento patologico e della intervenuta risoluzione del rapporto di lavoro
- d) documentazione medica contenente dettagliate informazioni sulla natura, l'origine, il decorso e le conseguenze della malattia

La predetta documentazione dovrà essere trasmessa, a mezzo lettera raccomandata a/r, in originale e allegata alla richiesta di indennizzo, pena l'inammissibilità della richiesta.

Solo in presenza di tutta la documentazione suddetta, il Fondo procederà all'esame della richiesta per l'eventuale indennizzo.

Il FASIE si riserva di procedere a verifica tramite visita di proprio medico legale e/o di richiedere documentazione integrativa che deve essere trasmessa entro e non oltre 60 giorni dalla ricezione della richiesta stessa, pena la decadenza del diritto all'indennizzo.

Il FASIE comunica l'esito, a mezzo lettera raccomandata A/R, entro 120 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

L'indennizzo è erogato, secondo gli importi previsti di seguito, avendo a riferimento l'età anagrafica compiuta nel mese di risoluzione del rapporto di lavoro tra il lavoratore e l'Azienda:

ETÀ	INDENNIZZO
fino a 25 anni	€ 115.000,00
da 26 fino a 30 anni	€ 100.000,00
da 31 fino a 35 anni	€ 90.000,00
da 36 fino a 40 anni	€ 70.000,00
da 41 fino a 45 anni	€ 60.000,00
da 46 fino a 50 anni	€ 47.000,00
da 51 fino a 55 anni	€ 30.000,00
oltre 55 anni	€ 10.000,00

Il diritto è di carattere personale e non può essere oggetto di disposizione testamentaria o donazione.

Nel caso in cui si verifichi il decesso del lavoratore successivamente all'accoglimento della richiesta di indennizzo da parte del FASIE, la somma prevista è liquidata agli eredi che ne abbiano titolo in base alle

norme della successione testamentaria o legittima e soltanto previa produzione di atto notarile per successione ereditaria.

La copertura non comprende le invalidità permanenti derivanti, anche indirettamente, da:

- stati invalidanti preesistenti alla iscrizione al Fondo o alla data di iscrizione a Fondi confluiti successivamente in FASIE
- malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi anteriormente all'iscrizione al FASIE
- malattie professionali così definite dal D.P.R. n. 1124 del 30 giugno 1965 e successive modifiche
- abuso di alcolici e di psicofarmaci, di stupefacenti, o di allucinogeni a scopo non terapeutico
- guerre ed insurrezioni
- trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche
- malattie conseguenti a situazioni pandemiche dichiarate dall'OMS.

Per il CCNL Energia e Petrolio la seguente copertura sarà gestita esternamente da altra compagnia assicurativa (informativa sul sito istituzionale).

Articolo 16 - COPERTURA RISCHIO MORTE (solo per il Settore Energia e Petrolio)

il CCNL del settore Energia e Petrolio, garantisce a tutti i lavoratori in servizio, a prescindere dalla qualifica di Associato, una copertura per il rischio di morte per malattia, secondo quanto espressamente previsto dall'Accordo sindacale ed eventuali successive modifiche (disponibile sul sito istituzionale).

TITOLO V - NORME FINALI

Articolo 17 - RECLAMO – FORO COMPETENTE

Eventuali reclami avverso le decisioni del Fondo devono essere formulati per iscritto nel termine perentorio di giorni 60 dalla data di comunicazione all'interessato della determinazione oggetto di reclamo, ed indirizzati al Consiglio di Amministrazione del Fasie, per posta raccomandata da indirizzare alla sede legale del FASIE, Piazzale Luigi Sturzo, 31 =00144= Roma, o attraverso l'indirizzo di posta elettronica certificata fondofasie@pec.it

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.

La decisione deve essere adottata dal Consiglio di Amministrazione e comunicata all'interessato nel termine di 90 giorni dalla ricezione del reclamo. L'interessato non può adire l'Autorità Giudiziaria senza avere prima esperito la presente procedura di reclamo ed ottenuto la decisione da parte del Consiglio di Amministrazione del Fondo (condizione di procedibilità).

Avverso il provvedimento negativo anche parzialmente, l'interessato potrà adire l'autorità giudiziaria e competente sarà in via esclusiva il Foro di Roma.

Articolo 18 - PRIVACY E TUTELA DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Tutti i dati relativi agli Associati saranno trattati dagli Organi del Fondo e dagli operatori, secondo le modalità ed entro i limiti previsti dalla normativa vigente in materia di privacy.

Qualsiasi notizia concernente lo stato di salute degli Associati è strettamente riservata. Coloro che ne abbiano notizia per ragioni del proprio mandato sono tenuti al segreto.

Possono essere divulgate informazioni relative al Fondo solo in forma di relazione complessiva, ancorché riferita a singole prestazioni o a dati statistici.

Articolo 19 - DOVERI DEGLI ASSOCIATI

Il Titolare del vincolo associativo, all'atto della propria adesione al Fondo deve, con la sottoscrizione del modulo di iscrizione, dichiarare per se e per i familiari per i quali richiede l'iscrizione di:

- a) impegnarsi a osservare tutte le disposizioni previste dallo Statuto, dal presente Regolamento e dalle loro eventuali modifiche rese pubbliche dal FASIE, attraverso gli strumenti di comunicazione disponibili, ivi compresa la pubblicazione sul sito internet ufficiale del Fondo.
- b) essere responsabile della completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione richiesti, impegnandosi a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati anagrafici dichiarati in fase di iscrizione, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 T.U. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni falsità negli atti, uso o esibizioni di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità.

Articolo 20 - DECORRENZA DEL REGOLAMENTO

Il presente Regolamento annulla e sostituisce ogni altro regolamento operativo in precedenza adottato dal Fondo ed è valido dal 1° gennaio 2020.