

REGOLAMENTO ADESIONI INDIVIDUALI

Art. 1. DISPOSIZIONI GENERALI

- 1.1 Il Regolamento contiene le disposizioni di funzionamento della Fondazione Andi Salute - Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa (nel prosieguo, per brevità, "Fondo"), avuto riguardo alle adesioni individuali.

Art. 2. MODALITÀ DI ADESIONE

- 2.1. Possono aderire al Fondo, su richiesta, i singoli che intendano rendere se stessi - ed eventualmente i loro familiari - fruitori delle prestazioni erogate dal Fondo medesimo, secondo i Piani Sanitari, che esso annualmente approva.
- 2.2. L'adesione al Fondo comporta il versamento dei contributi e di ogni altra somma dovuta per sé e per il nucleo familiare, se beneficiario di prestazioni.
- 2.3. L'adesione al Fondo interviene a tempo indeterminato e non è suscettibile di essere disposta per un periodo temporaneo, fatto salvo il diritto al recesso.
- 2.4. Il Fondo si riserva, a proprio insindacabile giudizio, la facoltà di respingere la richiesta di adesione.
- 2.5. Ricorrendo la fattispecie di cui al comma che precede, il Fondo restituisce la contribuzione e ogni altra somma eventualmente incassata, senza riconoscere interesse alcuno.
- 2.6. L'adesione al Fondo decorre da quando previsto in ciascun Piano Sanitario, da assumere quale specifica fonte di regolamentazione delle prestazioni offerte.

Art. 3. ASSISTITI

- 3.1. Il Fondo assiste ciascun aderente e, se richiesto, il rispettivo nucleo familiare (di seguito, per brevità, anche gli "Assistiti").
- 3.2. Il recesso o l'esclusione dal Fondo dell'aderente comporta la contestuale cessazione delle coperture nei riguardi dei componenti del nucleo familiare, se assistiti.

Art. 4. NUCLEO FAMILIARE

- 4.1. Per nucleo familiare si intendono i parenti (genitori e figli) e affini (suoceri, generi e nuore) di primo grado, il coniuge nonché il convivente *more uxorio* (coppia di fatto) da almeno un anno prima dall'effettiva adesione al Fondo e di secondo grado nonni e nipoti in linea diretta (figli dei figli), fratelli e sorelle, cognati.
- 4.2. La condizione di soggetto facente parte del nucleo familiare dell'aderente, secondo le previsioni del comma che precede, è attestata dall'aderente stesso con la sottoscrizione di specifica autocertificazione e l'assunzione dell'inerente responsabilità, tanto civile quanto penale. Con la predetta autocertificazione l'aderente autorizza altresì il Fondo a compiere gli accertamenti del caso.

Art. 5. DURATA DELL'ADESIONE AL FONDO - RECESSO

- 5.1. È facoltà dell'aderente recedere dal Fondo, con effetto dal 1° gennaio di ciascun anno. Il recesso va comunicato con lettera raccomandata A/R, da far pervenire al Fondo stesso entro il termine perentorio del 31 ottobre dell'anno precedente.
- 5.2. Il recesso è ostativo all'accoglimento della richiesta di nuova adesione al Fondo, salvo che il Consiglio di Amministrazione la autorizzi, in presenza di una situazione che valuti come eccezionale.

Art. 6. ESCLUSIONE DAL FONDO

- 6.1. Il Consiglio di Amministrazione, fatto salvo l'esercizio di eventuali azioni, anche risarcitorie, davanti alle competenti autorità giurisdizionali, dispone l'esclusione dell'aderente e dei suoi familiari in caso di comportamenti contrari alla correttezza e alla buona fede nei rapporti con il Fondo.
- 6.2. L'esclusione di cui al comma che precede è notificata all'aderente mediante lettera raccomandata A.R. .
- 6.3. L'esclusione può essere impugnata dall'interessato entro 30 giorni successivi al ricevimento della comunicazione di cui al precedente comma, con istanza trasmessa al Fondo con lettera raccomandata A/R. Sull'istanza il Fondo si pronuncia entro 45 giorni dal ricevimento.
- 6.4. L'esclusione è ostativa all'accoglimento della richiesta di nuova adesione al Fondo.

Art. 7. PERIODI DI CARENZA

- 7.1. Tutte le prestazioni previste nei singoli Piani Sanitari, ad eccezione di quanto disposto nel successivo comma, sono riconosciute agli Assistiti solo se riferite a sinistri verificatisi successivamente alla data di decorrenza della copertura e in presenza di regolarità contributiva.
- 7.2. La prestazione prevista in caso di perdita di autosufficienza (*Long Term Care*, di seguito, per brevità, anche, "LTC"), secondo le definizioni specifiche dei Piani Sanitari, è riconosciuta agli Assistiti solo se l'insorgere dello stato di non autosufficienza si manifesta, per la prima volta, dopo la data di decorrenza della copertura e in presenza di regolarità contributiva.

Art. 8. CONTRIBUZIONE

- 8.1. L'aderente deve versare in via anticipata i contributi dovuti, secondo le inerenti previsioni dei Piani Sanitari scelti.
- 8.2. Il versamento di cui al comma che precede comprende il contributo relativo all'assistito e, eventualmente, al nucleo familiare, nonché la quota di partecipazione, di cui all'art. 9.
- 8.3. Il versamento va effettuato tramite **SDD (Sepa Direct Debit – Addebito Diretto SEPA)** o bonifico bancario, secondo le indicazioni dei Piani Sanitari prescelti.
- 8.4. In caso di inesattezza, incompletezza o omissione del versamento, il Fondo contatta tempestivamente l'aderente. Trascorsi 10 giorni dalla data ultima in cui va effettuato il versamento, ove ne perduri l'inesattezza, l'incompletezza o l'omissione, anche ove, per qualsiasi causa, non sia stato possibile realizzare il contatto con l'aderente, il Fondo stesso sospende l'erogazione di tutte le prestazioni.

Art. 9. QUOTA DI PARTECIPAZIONE

L'aderente, oltre al pagamento dei contributi previsti dal piano sanitario scelto, deve corrispondere una quota di partecipazione, fissata dal Consiglio di Amministrazione del Fondo, unitamente alle modalità di corresponsione.

Art. 10. EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI E MODIFICA O CANCELLAZIONE DI PIANI SANITARI

- 10.1. Il Fondo eroga prestazioni di assistenza sanitaria integrativa del Servizio sanitario nazionale e/o dei Servizi sanitari regionali, nonché eventuali provvidenze, alle prime connesse, variamente articolate e specificate nei relativi Piani Sanitari. A titolo esemplificativo il Fondo può erogare forme integrative di assistenza per i casi di

- malattia, malattia particolarmente grave, invalidità, infortunio, non autosufficienza (LTC). Le prestazioni/provvиденze sono riconosciute agli Assistiti sulla base di idonea documentazione rilasciata da medici e/o strutture sanitarie abilitati all'esercizio della professione e operanti in qualsiasi parte del mondo.
- 10.2.** Il Fondo riconosce esclusivamente le prestazioni tassativamente elencate nei Piani Sanitari.
 - 10.3.** L'erogazione delle prestazioni interviene con le modalità e i limiti previsti dai Piani Sanitari.
 - 10.4.** Il diritto alle prestazioni in forma di rimborso è subordinato alla condizione che, nel momento in cui la spesa sanitaria da corrispondere sia effettuata, l'interessato risulti assistito dal Fondo, fermo restando il disposto dell'art. 7. La documentazione relativa alle richieste di rimborso (fatture, ricevute) nonché la documentazione sanitaria (cartella clinica, referti, ecc.), vanno presentate secondo le modalità indicate nelle disposizioni operative riportate sul sito internet del Fondo.
 - 10.5.** Il diritto all'erogazione della prestazione di LTC è subordinato alla condizione che, nel momento in cui si verifichi la condizione di non autosufficienza, l'interessato risulti assistito dal Fondo, fermo restando il disposto dell'art. 7. La documentazione relativa va presentata secondo le modalità indicate nelle disposizioni operative riportate sul sito internet del Fondo.
 - 10.6.** Le richieste di prestazioni vanno trasmesse, direttamente dall'aderente, secondo le modalità e le tempistiche previste dalle disposizioni operative dei Piani Sanitari.
 - 10.7.** Le richieste di prestazioni inviate oltre il termine massimo previsto sono improcedibili.
 - 10.8.** La richiesta di prestazioni a favore dei componenti del nucleo familiare va effettuata dall'aderente, a cui è attribuito il rimborso del caso.
 - 10.9.** Il Fondo ha facoltà, sia preventivamente sia successivamente all'erogazione delle prestazioni, di eseguire controlli amministrativi e sanitari nei confronti degli assistiti, anche mediante visite da parte di medici incaricati. Il rifiuto dei controlli determina la decadenza dal diritto all'erogazione delle prestazioni e l'avvio da parte del Fondo stesso di tutte le iniziative, anche giudiziarie, per il rimborso di quanto eventualmente erogato.
 - 10.10.** Le richieste non attinenti alla liquidazione di prestazioni devono essere inoltrate al Fondo mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, a pena di decadenza, entro e non oltre trenta giorni dalla data in cui è avvenuto il fatto oggetto di richiesta.
 - 10.11.** Il Fondo ha facoltà di modificare o cancellare uno o più Piani Sanitari, con avviso da apporre sul sito entro il 30 settembre dell'ultimo anno di applicazione del Piano Sanitario medesimo, che resta comunque operativo fino al 31 dicembre dell'anno di pubblicazione del preavviso.

Art. 11. CONTACT CENTER E PORTALE DEL FONDO

- 11.1.** Il Fondo rende disponibile un servizio di informazioni e di gestione interattiva delle posizioni anagrafico-contributive, nonché la tracciatura dello stato pratica di rimborso, mediante il proprio sito internet: www.andisalute.it
- 11.2.** Il Fondo rende disponibile un servizio di Contact Center (800.911.202 o 065881753) con supporto operatore e con supporto automatizzato negli orari senza presidio umano.

Art. 12. GESTIONE DEI RISCHI CONNESSI ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

- 12.1.** Il Fondo eroga le prestazioni indicate nei Piani Sanitari facendo ricorso al sistema assicurativo, se del caso anche in regime di coassicurazione, mediante la stipula di convenzioni con compagnie autorizzate all'esercizio dell'attività assicurativa (di seguito, per brevità, le "Compagnie").

- 12.2. Le Compagnie possono anche essere delegate allo svolgimento di determinate attività, ivi comprese quelle indicate nell'art. 10.9, secondo le decisioni adottate al riguardo dal Fondo.
- 12.3. Eventuali reclami inerenti alle liquidazioni delle prestazioni (ivi incluse successive richieste di verifica e/o di revisione) vanno inoltrati alle relative Compagnie, secondo le modalità previste da queste ultime e pubblicate anche sul sito internet del Fondo.
- 12.4. Ogni diritto relativo alla valutazione delle prestazioni e alla loro liquidazione a favore degli Assistiti deriva esclusivamente dai contratti assicurativi stipulati dal Fondo con le Compagnie, in adempimento alle proprie finalità. Le Compagnie restano pertanto integralmente responsabili dell'erogazione delle prestazioni previste nei Piani Sanitari, rimanendo esclusa, per qualsiasi titolo, ogni responsabilità del Fondo medesimo.

Art. 13. FORO COMPETENTE

Qualsiasi controversia, relativa alla validità interpretazione ed esecuzione del presente Regolamento è devoluta in via esclusiva al Foro di Roma.

Art. 14. INFORMATIVA E RICHIESTA DI CONSENSO AI SENSI DELLA NORMATIVA PER LA TUTELA DELLA PRIVACY

- 14.1. Gli aderenti, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, rilasciano il consenso, mediante idonea informativa disponibile sul sito www.andisalute.it, a che tutti i dati personali anche sensibili (a titolo esemplificativo: anagrafici, postali, telefonici, fiscali, prestazioni sanitarie erogate, cartella clinica, referti, stato di salute, regolarità dei versamenti, domiciliazione bancaria, etc.) affinché siano registrati nella banca dati del Fondo e utilizzati esclusivamente per la gestione del rapporto con il Fondo stesso e per l'assolvimento degli obblighi di legge.
- 14.2. Gli Assistiti prestano consenso a che i dati personali e sensibili siano comunicati ai seguenti soggetti terzi:
- soggetti esterni con specifici incarichi per conto del Fondo (a titolo esemplificativo: gestione servizi informativi e di prenotazione delle prestazioni, gestione e liquidazione dei rimborsi per prestazioni sanitarie, contabilità, bilanci, questioni fiscali, versamento contributi, etc.);
 - società incaricate dal Fondo per la gestione in tutto o in parte dei servizi inerenti all'offerta dell'assistenza sanitaria;
 - Compagnie che assicurano e gestiscono i rischi connessi con le prestazioni del Fondo;
 - medici consulenti;
 - istituti bancari e servizio postale;
 - altri soggetti previsti da leggi e norme di riferimento.
- 14.3. Gli aderenti hanno diritto di conoscere la natura e il trattamento dei dati che li riguardano. Hanno inoltre diritto di richiedere e ottenere la cancellazione dei dati, la loro trasformazione in forma anonima, ove possibile, ovvero il blocco dei dati gestiti in violazione della legge e opporsi, per motivi legittimi, al loro trattamento.
- 14.4. Per l'esercizio dei diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti a cui i dati sono comunicati o che ne vengano a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, gli Assistiti possono rivolgersi per iscritto al **Responsabile del trattamento dei dati personali nella figura del Direttore.**
- 14.5. Gli Assistiti sciogliono dal segreto professionale i medici chirurghi-odontoiatri, i **medici-consulenti**, il personale paramedico e amministrativo, i quali hanno trattato i dati per le prestazioni erogate e per le finalità oggetto del Fondo.

- 14.6. L'assenza del consenso dell'interessato al trattamento dei dati personali comporta, tra l'altro, l'impossibilità di dar corso alle prestazioni richieste e, in particolare, di dar corso ai pagamenti in forma diretta alle strutture sanitarie convenzionate.

Art. 15. RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA EX D.LGS. 231/01

- 15.1. Il Fondo adotta un Codice di Comportamento ed un modello di organizzazione, gestione e controllo in conformità al D.Lgs. 231/01.
- 15.2. In caso di inosservanza del Codice di Comportamento e delle previsioni del D.Lgs. 231/01 da parte del personale, dei collaboratori e dei soggetti terzi incaricati dal Fondo, l'Aderente potrà segnalare il fatto all'organismo di vigilanza attraverso l'indirizzo di posta elettronica odv@andisalute.it.

Prima emissione Novembre 2015

Aggiornato a Luglio 2016

FONDAZIONE ANDI Salute
Fondo di Assistenza
Sanitaria Integrativa

Sede legale ed
amministrativa
Lungotevere R. Sanzio 9
00153 Roma
Tel. 06 5881.753
Fax 06 5834.8496
segreteria@andisalute.it
www.andisalute.it

C.F. 97849080581