

Oggetto: PROGRAMMA DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA PER AMMINISTRATORI E TITOLARI D'IMPRESA – Contribuzione anno 2016

Si comunica che per l'anno 2016 è confermato l'importo della contribuzione dovuta per la copertura sanitaria integrativa a favore degli **Amministratori, Titolari d'Impresa e dei relativi nuclei familiari**.

I “piani sanitari” e la relativa modulistica (richiesta di iscrizione, questionario sanitario, richiesta di rimborso, procedure operative, modulo variazione dati, ecc.) sono disponibili sul sito www.fasdapi.it, nell'area “PROGRAMMA DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA”.

Si ricorda che con la risoluzione n. 107, datata 3/12/2014, l'Agenzia delle Entrate ha chiarito che non concorrono alla formazione del reddito i contributi versati per un importo non superiore a € 3.615,20, esclusivamente dall'azienda e dagli aventi diritto. In attuazione di contratti, accordi o regolamenti aziendali"

Pertanto la contribuzione volontaria effettuata in favore degli Amministratori e Titolari d'impresa non è fiscalmente deducibile.

RINNOVI

Per il pagamento del contributo a rinnovo delle prestazioni in oggetto, le aziende sono tenute ad **effettuare il pagamento della contribuzione anno 2016 dal 1° al 10 gennaio 2016**, utilizzando il modulo Fasdapi “SANINT” per l'anno 2016.

Il mancato o ritardato pagamento comporterà la mancata attivazione delle prestazioni sanitarie che potranno essere riattivate solo il 1° gennaio dell'anno successivo a quello del mancato rinnovo.

NUOVE ISCRIZIONI

Per le nuove iscrizioni, si ricorda che l'Azienda deve **trasmettere al Fondo, tramite raccomandata a.r. oppure anche a mezzo fax o posta elettronica, il modulo “Richiesta d'iscrizione”, debitamente compilato e sottoscritto unitamente al “Questionario sanitario” da compilare a cura di ciascun interessato e di ogni componente il nucleo familiare che si intende inserire nel “Programma di assistenza sanitaria integrativa”.**

I “Questionari Sanitari” saranno verificati dalla Compagnia che ne darà riscontro al FASDAPI.

Il FASDAPI comunicherà l'esito delle valutazioni e, in caso di esito positivo, richiederà il pagamento del contributo dovuto.

Il diritto a poter usufruire delle prestazioni sanitarie decorrerà dalle ore 00 del giorno successivo a quello di valuta di accredito del contributo che dovrà essere bonificato a favore del FASDAPI sulle seguenti coordinate bancarie:

IBAN IT80P0503503303096570615885 – causale pagamento: Contributo sanità integrativa Cognome Nome aderente.

La contribuzione prevista per l'assistenza sanitaria integrativa è pari a:

€ 1.200,00 per ciascun iscritto se l'attivazione dell'assistenza sanitaria avviene nel primo semestre;

€ 720,00 per ciascun iscritto se l'attivazione dell'assistenza sanitaria avviene nel secondo semestre.

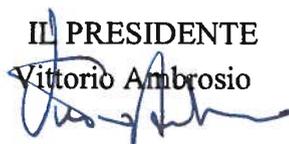
Per maggiori chiarimenti si rimanda all'Allegato 1.

Le prestazioni cesseranno il 31 dicembre dell'anno di cessazione della carica e l'Azienda ne deve dare comunicazione al FASDAPI entro i 15 giorni.

Per eventuali ulteriori chiarimenti gli uffici del FASDAPI sono a Vostra disposizione ai numeri 06/4871448-9.

Cordiali saluti.

Roma, dicembre 2015

IL PRESIDENTE

Vittorio Ambrosio

ALLEGATO 1

MODIFICHE IN CORSO D'ANNO

A - AMMINISTRATORI / TITOLARI D'IMPRESA

Per i nuovi Amministratori – Titolari d'Impresa nominati è possibile aderire entro 60 giorni dalla data di nomina, inviando al FASDAPI il modulo “Richiesta d'iscrizione” entro il termine di cui sopra, anche a mezzo fax o posta elettronica, unitamente al “Questionario Sanitario” (Allegato 2) che deve essere presentato per ogni componente il nucleo familiare.

Si precisa che la decorrenza delle prestazioni è subordinata all'accettazione da parte della Compagnia nonché al pagamento del contributo dovuto.

Coloro che non esercitano l'opzione entro il termine sopra riportato e coloro che escono dall'assicurazione alla scadenza dell'anno assicurativo, potranno aderire o essere riammessi solo il 1° gennaio dell'anno successivo alla data di nomina, di assunzione o di recesso, inviando quanto previsto al comma precedente entro il 31 ottobre.

Per i nuovi componenti dei nuclei familiari già assicurati l'iscritto dovrà trasmettere al FASDAPI il modulo “Richiesta di variazione”, unitamente al relativo “Questionario Sanitario”, entro 60 giorni dall'evento (convivenza, matrimonio, nascita) e la garanzia decorrerà dal giorno dell'evento. Superato tale termine la decorrenza delle prestazioni sarà dalle ore 24.00 del giorno di ricevimento da parte del FASDAPI del suddetto modulo.

In caso di cessazione del rapporto di collaborazione la garanzia cessa alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso.



ALLEGATO 2

L'INFORMATIVA PRIVACY DA SOTTOSCRIVERE È RIPORTATA SUL RETRO

**REALE
MUTUA**
ASSICURAZIONI

Società Reale Mutua di Assicurazioni - Fondata nel 1828
Sede Legale: Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino (Italia)
Reg. Imp. Torino, Codice Fiscale e N. Partita IVA 00875360018
R.E.A. Torino N. 9906
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni e norma
dell'articolo 65 del r.d.l. 29/4/1923 N. 969

Agenzia _____ Polizza n. _____ della quale forma parte integrante.

QUESTIONARIO SANITARIO (RISERVATO) DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

È necessario che a tutte le domande del questionario vengano date dettagliate risposte. Il presente questionario deve essere redatto personalmente dall'Assicurato o, se minore, dalla persona esercente la patria potestà, senza omettere circostanze od informazioni concernenti il proprio stato di salute anche se non espressamente previste nel questionario medesimo.

Nome e cognome dell'Assicurando _____ Data di nascita _____
Domicilio _____ Professione _____

A Sports: partecipa a gare organizzate o svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni sportive? _____
In caso affermativo quali? _____

B Qual è il Suo peso abituale e la Sua altezza? Kg. _____ m. _____

C È affetto da miopia o astigmatismo? _____ Fa o ha fatto uso di lenti correttive? _____

D Fuma? (In caso affermativo indichi il numero delle sigarette al giorno) _____
Fa uso abituale di vino o alcolici? (In caso affermativo indichi la quantità giornaliera) _____
Assume abitualmente farmaci? (In caso affermativo, quali e per quale motivo) _____

E Indichi i valori della pressione arteriosa se Le sono noti: minima _____ massima _____ data dell'ultima misurazione _____
Si tratta di pressione arteriosa controllata da terapia medica? _____ Segue dieta apposita? _____

F RISERVATA ALLE ASSICURANDE

È attualmente in stato di gravidanza? _____ In caso affermativo da quanti mesi? _____
Ha avuto dei parti cesarei? _____ Quanti? _____ Quando? _____
Ha avuto aborti? _____ Quanti? _____ Quando? _____

G È affetto da difetti fisici, malformazioni o alterazioni funzionali? (In caso affermativo indichi quali e da quando) _____

H Ha subito infortuni? (In caso affermativo indichi quando, le lesioni subite, se è stato ricoverato con o senza intervento chirurgico, eventuali esiti o conseguenze) _____

I Soffre o ha sofferto di malattie? (In caso affermativo indichi quando o da quando, se segue o ha seguito terapie, se permangono conseguenze e quali. Tralasciare malattie esantematiche dell'infanzia) _____

L È stato ricoverato in Istituto di cura? (In caso affermativo indichi quando, dove, con quale diagnosi e se vi sia stato o meno intervento chirurgico) _____

M Ha effettuato accertamenti diagnostici nell'ultimo triennio? (In caso affermativo indichi quali sono e a quando risalgono, per quali motivi sono stati effettuati e quali ne sono stati gli esiti) _____

N Ha in corso od ha stipulato in passato altre polizze malattie? (In caso affermativo indichi con quale Compagnia, scadenza e tipo di garanzia se ancora in corso; motivo dell'annullamento se la polizza non è più in corso) _____

sottoscritto il _____

FIRMA DELL'ASSICURANDO (o di chi ne esercita la potestà)

VISTO DELL'AGENTE PROCURATORE _____

Il sottoscritto Assicurando, consapevole che le notizie e i dati di ordine sanitario costituiscono elemento fondamentale per la valutazione del rischio da parte di Reale Mutua e ne determinano le relative condizioni assuntive, dichiara di aver risposto con esattezza ed in modo completo e veritiero al questionario sopra riportato. Proscioglie dal segreto professionale e legale tutti i medici che possano averlo curato e visitato e le altre persone alle quali Reale Mutua - o suoi incaricati - credesse in ogni tempo rivolgersi per informazioni. Dichiara altresì di essere a conoscenza che le dichiarazioni inesatte e le reticenze sono assoggettate alle disposizioni degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

