

# REGOLAMENTO

Edizione 31/03/2022

**Titolo 2 – 2.1 aggiornato il 27/07/2022 per riflettere la nuova modalità di richiesta attivazione nuove Assistenze**

*Tutti i moduli citati nel Regolamento sono disponibili  
nella sezione del sito [www.assidim.it](http://www.assidim.it) denominata “MODULISTICA”*

## Sommario

|  |           |
|--|-----------|
| <b>TITOLO 1 – DISPOSIZIONI GENERALI</b> .....  | <b>2</b>  |
| DEFINIZIONI .....  | 2         |
| <b>TITOLO 2 – MODALITA’ E TERMINI DI ADESIONE</b> .....  | <b>4</b>  |
| 2.1 – DOMANDA DI ADESIONE E ATTIVAZIONE DELLE ASSISTENZE.....  | 4         |
| 2.2 – ISCRIZIONE DEI BENEFICIARI E DURATA DELLE ASSISTENZE.....  | 4         |
| 2.3 – CONTRIBUZIONE.....   | 4         |
| 2.4 – INFORMAZIONI RELATIVE AGLI ASSOCIATI E AI BENEFICIARI.....   | 4         |
| 2.5 – RINNOVO DELLE ASSISTENZE E CONTRIBUTI ASSOCIATIVI.....   | 5         |
| 2.6 – DISATTIVAZIONE DELLE SINGOLE ASSISTENZE.....   | 5         |
| 2.7 – RISOLUZIONE DEL RAPPORTO ASSOCIATIVO .....   | 5         |
| <b>TITOLO 3 – ASSISTENZA SANITARIA</b> .....   | <b>6</b>  |
| 3.1 – PRESTAZIONI INCLUSE NELL’ASSISTENZA.....   | 6         |
| 3.2 – BENEFICIARI .....  | 6         |
| 3.3 – MODALITÀ DI RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI.....   | 7         |
| 3.4 – PERIODO DI MANCATO RIMBORSO / RICONOSCIMENTO PRESTAZIONI.....  | 8         |
| 3.5 – COMUNICAZIONI DIRETTE TRA ASSIDIM E BENEFICIARI.....   | 8         |
| <b>TITOLO 4 – ASSISTENZE VITA IN CASO DI MORTE, MORTE E INVALIDITA’</b> .....  | <b>9</b>  |
| <b>PERMANENTE, MORTE CON INDENNITA’ SOSTITUTIVA PREAVVISO</b> .....  | <b>9</b>  |
| 4.1 – PRESTAZIONI INCLUSE NELL’ASSISTENZA.....   | 9         |
| 4.2 – FORMALITÀ E DOCUMENTAZIONE RICHIESTA.....  | 9         |
| 4.3 – BENEFICIARI E PRESTAZIONI GARANTITE.....   | 9         |
| 4.4 – DENUNCIA DI MORTE O D’INVALIDITÀ .....   | 10        |
| <b>TITOLO 5 – ASSISTENZE INFORTUNI E INVALIDITA’</b> .....   | <b>11</b> |
| <b>PERMANENTE DA MALATTIA</b> .....  | <b>11</b> |
| 5.1 – PRESTAZIONI INCLUSE NELL’ASSISTENZA.....   | 11        |
| 5.2 – CAPITALI GARANTITI - OPZIONI POSSIBILI.....  | 11        |
| 5.3 – DENUNCIA DI INFORTUNIO O INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA .....   | 12        |
| <b>TITOLO 6 – ASSISTENZE IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA (LONG TERM CARE) – MALATTIE GRAVI (DREAD DISEASE)</b> .....            | <b>13</b> |
| 6.1 – PRESTAZIONI INCLUSE NELL’ASSISTENZA.....   | 13        |
| 6.2 – SOGGETTI CHE POSSONO GODERE DELL’ASSISTENZA .....  | 13        |
| 6.3 – FORMALITÀ E DOCUMENTAZIONE RICHIESTE .....   | 13        |
| 6.4 – PRESTAZIONI GARANTITE .....  | 14        |
| 6.5 – DENUNCIA, ACCERTAMENTO, RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA O INSORGENZA DI UNA DELLE MALATTIE GRAVI ..... | 14        |

## TITOLO 1 – DISPOSIZIONI GENERALI

Il presente Regolamento (“**Regolamento**”) riporta le norme e le indicazioni di carattere generale riguardanti le prestazioni (“**Assistenze**”) garantite agli Associati e ai Beneficiari, così come definiti nello Statuto e nel presente Regolamento.

Il Regolamento, così come previsto dallo Statuto:

- 1) viene approvato dal Consiglio Direttivo per attuare i fini esclusivamente assistenziali e non lucrativi dell’Associazione, avvalendosi eventualmente di terzi sia per gli aspetti assicurativi che per quelli amministrativi;
- 2) disciplina le modalità e i termini di adesione, attivazione, aggiornamento e richiesta delle differenti Assistenze trattati nei successivi Articoli.  
Gli adempimenti richiesti rispondono a:
  - a) contratti, accordi e regolamenti aziendali purché coerenti con le regole associative;
  - b) regole specificamente associative;
  - c) condizioni previste dalle eventuali convenzioni assicurative;
- 3) persegue il fine mutualistico, la sostenibilità e l’accessibilità alle prestazioni, armonizzando convenientemente le diverse esigenze degli Associati e dei Beneficiari;
- 4) può prevedere, in caso d’inosservanza dello stesso e/o dello Statuto da parte degli Associati e/o dei Beneficiari, la non operatività delle Assistenze o la risoluzione del rapporto associativo, fermo restando il pagamento dei contributi associativi conseguenti agli impegni assunti da ASSIDIM per garantire le Assistenze.

### DEFINIZIONI

#### Assistenze

Insieme di prestazioni garantite a favore di Associati e Beneficiari nelle seguenti forme:

- a) indiretta = assicurata, mediante convenzioni assicurative sottoscritte da ASSIDIM;
- b) diretta = autoassicurata, mediante prestazioni erogate direttamente da ASSIDIM e finanziate dagli Associati;
- c) mista = indiretta più diretta.

#### Associati

Ai sensi dell’art. 5 dello Statuto *“Possono associarsi ad ASSIDIM – a titolo esemplificativo e non esaustivo – imprese private o pubbliche, studi professionali, associazioni, fondazioni e altri enti privati o pubblici (“**Associati**”) sempreché siano tenuti a erogare le Assistenze ... nei confronti dei loro dipendenti o degli altri soggetti previsti ... per contratto, accordo o regolamento aziendale ...”*.

#### Beneficiari

Ai sensi dell’art. 7 dello Statuto *“Hanno diritto a fruire delle Assistenze i seguenti soggetti:*

- a) *i dipendenti in servizio degli Associati nonché, per le Assistenze che lo consentono, i loro familiari o soggetti equiparabili appartenenti al medesimo nucleo familiare;*
- b) *i titolari di pensione e i pensionandi contributori volontari o assimilati purché all’atto del pensionamento o del differimento dello stesso risultino alle dipendenze di un Associato;*

*c) i familiari o soggetti equiparabili appartenenti al medesimo nucleo dei dipendenti deceduti mentre si trovavano nelle condizioni di cui ai punti a) e b) finché conservino il diritto di pensione ai superstiti o di reversibilità e sempreché il Regolamento lo consenta.*

*Su richiesta degli Associati e con delibera del Consiglio Direttivo, possono altresì beneficiare delle Assistenze:*

*d) i loro titolari e i loro legali rappresentanti nonché gli altri soggetti ritenuti idonei (a titolo esemplificativo e non esaustivo: collaboratori, affiliati, soci) sempreché i Titoli del Regolamento relativi alle Assistenze in atto lo consentano.”*

## TITOLO 2 – MODALITA' E TERMINI DI ADESIONE

### 2.1 – DOMANDA DI ADESIONE E ATTIVAZIONE DELLE ASSISTENZE

I soggetti che soddisfano i requisiti previsti dagli artt. 5 e 7 dello Statuto, per aderire ad ASSIDIM, devono compilare online e inviare allo stesso il modulo elettronico di adesione, disponibile sul sito [www.assidim.it](http://www.assidim.it).

I soggetti già associati che desiderano attivare nuove Assistenze devono farlo mediante l'area riservata agli Associati, sul sito [www.assidim.it](http://www.assidim.it).

### 2.2 – ISCRIZIONE DEI BENEFICIARI E DURATA DELLE ASSISTENZE

L'iscrizione del Beneficiario:

- è subordinata alla corretta comunicazione dei dati da parte dell'Associato e all'accettazione degli stessi da parte di ASSIDIM;
- è condizionata al rispetto delle scadenze di pagamento richieste da ASSIDIM per il versamento dei corrispondenti contributi associativi;
- dura fino alla scadenza prevista per l'Assistenza prescelta eccetto in caso di risoluzione del rapporto di lavoro / collaborazione tra l'Associato e il Beneficiario o in caso di cancellazione dell'assistenza in corso d'anno.

In risposta a particolari contratti, accordi o regolamenti aziendali, ASSIDIM può prevedere soluzioni assistenziali con modalità di adesione e durata differenti, oggetto di comunicazioni separate.

### 2.3 – CONTRIBUZIONE

Al fine di godere delle Assistenze, gli Associati e i Beneficiari devono essere in regola con il versamento dei contributi associativi richiesti da ASSIDIM.

I contributi associativi sono determinati annualmente dal Consiglio Direttivo e includono un margine di contribuzione minimo per garantire il funzionamento dell'Associazione e l'erogazione delle Assistenze. Gli Associati con contributi associativi che – dedotti i relativi costi – non raggiungono tale minimo, sono assoggettati a conguaglio, che potrebbe variare in corso d'anno in caso di modifiche allo stato di rischio-anagrafico.

Per le sole assistenze che lo prevedono, la risoluzione del rapporto di lavoro / collaborazione tra l'Associato e il Beneficiario e la cancellazione dell'assistenza in corso d'anno danno diritto al rimborso della frazione di contributo associativo relativo al periodo residuale a fine anno.

### 2.4 – INFORMAZIONI RELATIVE AGLI ASSOCIATI E AI BENEFICIARI

La trasmissione e l'aggiornamento dei dati degli Associati e dei Beneficiari avviene:

- mediante l'area riservata agli Associati sul sito [www.assidim.it](http://www.assidim.it);
- a cura del referente per i rapporti con ASSIDIM, cioè la persona autorizzata dall'Associato a trattare i dati personali dei Beneficiari ai sensi del Codice della Privacy per garantire le Assistenze e/o a ricevere comunicazioni da ASSIDIM.

Modalità alternative di trasmissione e aggiornamento delle informazioni dovranno essere preventivamente concordate con ASSIDIM, nel rispetto delle norme previste per la privacy e la sicurezza dei dati.

## **2.5 – RINNOVO DELLE ASSISTENZE E CONTRIBUTI ASSOCIATIVI**

Ogni anno ASSIDIM richiede agli Associati i contributi associativi in base alle Assistenze richieste e ai dati dei Beneficiari.

Entro la scadenza annuale, comunicata da ASSIDIM, gli Associati devono versare i contributi associativi a titolo di anticipo per l'anno di rinnovo, in difetto le Assistenze verranno sospese.

In caso d'inadempimento di cui al precedente punto, ASSIDIM non si assume alcuna responsabilità per le conseguenze nei riguardi degli Associati e/o dei rispettivi Beneficiari e si riserva di riconsiderare la posizione degli Associati inadempienti per deciderne eventualmente l'esclusione d'ufficio, fermo il diritto, in virtù del principio di mutualità, di riscuotere i contributi associativi dovuti.

## **2.6 – DISATTIVAZIONE DELLE SINGOLE ASSISTENZE**

Gli Associati che desiderano rinnovare il rapporto associativo ma disattivare una o più Assistenze, devono comunicarlo entro il 31 ottobre dell'anno in corso o, in caso di scadenza infrannuale delle Assistenze, entro 60 giorni dalla scadenza, compilando e inviando l'apposito modulo con modalità che comprovi l'invio entro la suddetta data.

La disattivazione avrà effetto dalle ore 24:00 del 31 dicembre dello stesso anno o, in caso di scadenza infrannuale delle Assistenze, dalle ore 24:00 della data di scadenza, altrimenti l'Assistenza s'intende automaticamente prorogata e il rinnovo per l'anno successivo s'intende confermato.

La disattivazione di tutte le Assistenze comporta automaticamente la risoluzione del rapporto associativo.

## **2.7 – RISOLUZIONE DEL RAPPORTO ASSOCIATIVO**

Gli Associati che desiderano recedere da ASSIDIM devono comunicarlo entro il 31 ottobre dell'anno in corso o, in caso di scadenza infrannuale delle Assistenze, entro 60 giorni dalla scadenza, compilando e inviando l'apposito modulo con modalità che comprovi l'invio entro la suddetta data.

Il recesso avrà effetto dalle ore 24:00 del 31 dicembre dello stesso anno o, in caso di scadenza infrannuale delle Assistenze, dalle ore 24:00 della data di scadenza, altrimenti l'adesione ad ASSIDIM s'intende automaticamente prorogata e i rinnovi delle Assistenze per l'anno successivo s'intendono confermati.

In caso di rilevanti variazioni dei contributi associativi – aumenti superiori al 10% comunicati dopo il 31 ottobre dell'anno in corso o, in caso di scadenza infrannuale delle Assistenze, meno di 60 giorni prima della scadenza, il recesso dall'Associazione e/o la disattivazione dell'Assistenza è posticipato e può avvenire entro 15 giorni dalla data in cui l'Associato viene informato di tali variazioni.

## TITOLO 3 – ASSISTENZA SANITARIA

### 3.1 – PRESTAZIONI INCLUSE NELL'ASSISTENZA

Possono essere integrative oppure parzialmente o totalmente sostitutive rispetto a quelle erogate dal Servizio Sanitario Nazionale “SSN” o da altri fondi assistenziali o enti assimilati, cioè nelle seguenti forme:

- **complete:** per coloro che non fruiscono di altre forme di assistenza sanitaria integrativa mediante altro ente;
- **integrative:** per coloro che sono già iscritti a un altro ente di assistenza sanitaria integrativa.

Le prestazioni variano in funzione delle soluzioni assistenziali / opzioni scelte e possono prevedere il rimborso delle spese sostenute in caso di:

- a) cure per malattie e/o lesioni derivanti da infortunio;
- b) ricovero in istituto di cura con / senza intervento chirurgico, parto cesareo e non cesareo, day hospital e intervento ambulatoriale;
- c) alta diagnostica;
- d) visite specialistiche;
- e) cure dentarie;
- f) specifiche prestazioni di medicina preventiva;
- g) altre prestazioni.

Le prestazioni possono altresì essere erogate attraverso strutture convenzionate.

Le soluzioni assistenziali / opzioni sono sintetizzate nelle schede prestazioni pubblicate sia nell'area riservata agli Associati che nell'area riservata ai Beneficiari.

### 3.2 – BENEFICIARI

Ai fini dell'Assistenza, il nucleo familiare beneficiario delle prestazioni può comprendere:

- a) solo e unicamente il capo nucleo, cioè:
  - il dipendente in servizio dell'Associato;
  - il titolare di pensione e il pensionando contribuente volontario o assimilato purché all'atto del pensionamento o del differimento dello stesso risulti alle dipendenze di un Associato e finché permane il rapporto associativo;
  - su richiesta dell'Associato e con delibera del Consiglio Direttivo, il titolare e il legale rappresentante nonché gli altri soggetti ritenuti idonei (a titolo esemplificativo e non esaustivo: collaboratori, affiliati, soci, ...) sempreché le assistenze in atto lo consentano;
- b) una o più altre persone considerate “familiari” ai fini della presente Assistenza secondo quanto previsto dall'Assistenza/ opzione di riferimento.

Con riferimento alle prestazioni sanitarie erogate in forma indiretta i beneficiari sono quelli previsti dalle relative convenzioni assicurative, che possono prevedere a titolo esemplificativo e non esaustivo esclusioni in caso di patologie o raggiunti limiti di età.

### 3.3 – MODALITÀ DI RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI

#### CONVENZIONAMENTO DIRETTO

Consente al Beneficiario di fruire delle prestazioni pagando solo la quota a suo carico purché siano convenzionati sia la struttura sia il medico / l'equipe medica.

Nell'area riservata alle persone assistite sul sito [www.assidim.it](http://www.assidim.it) è possibile:

- a) VEDERE condizioni, modalità e riferimenti per attivare il servizio;
- b) ATTIVARE direttamente il servizio.

#### MODALITÀ A RIMBORSO

##### 1) RICHIESTA DI RIMBORSO ONLINE

Modalità consigliata per ottimizzare i tempi di liquidazione, verificare in ogni momento lo stato delle pratiche e poter attivare il servizio per ricevere anche tramite SMS o e-mail lo stato delle pratiche.

È sufficiente accedere all'area riservata alle persone assistite sul sito [www.assidim.it](http://www.assidim.it).

##### 2) RICHIESTA DI RIMBORSO IN FORMA CARTACEA

Chi intende presentare la richiesta di rimborso in forma cartacea, deve stamparla e inviarla, insieme alla copia dei documenti di spesa, esclusivamente alla **casella postale 111 – 20098 San Giuliano Milanese (MI)**, utilizzando unicamente i servizi garantiti da Poste Italiane: posta prioritaria, posta raccomandata, posta assicurata (l'uso di servizi privati e comunque diversi tra quelli elencati non sarà ritenuto idoneo e la documentazione così spedita si considererà come mai pervenuta).

Per informazioni su richieste di rimborso da inoltrare o già inoltrate è possibile contattare il numero telefonico dedicato, disponibile nella sezione CONTATTI sul sito [www.assidim.it](http://www.assidim.it).

#### Condizioni e termini per presentazione delle richieste di rimborso

- 1) Al completamento del ciclo di cure / visite / accertamenti / ricoveri / interventi è possibile compilare la richiesta di rimborso e inviarla con allegata la copia dei documenti.
- 2) I documenti comprovanti le spese sostenute:
  - a) devono essere conformi alle norme vigenti nei paesi dove essi sono stati rilasciati;
  - b) se in lingua straniera, oltre al giustificativo della spesa, alla richiesta di rimborso devono essere allegati:
    - la traduzione in italiano del giustificativo stesso;
    - se la valuta di pagamento è diversa dall'Euro, la documentazione comprovante il tasso di cambio utilizzato, che deve essere quello relativo alla data di pagamento dell'importo. Il tasso di cambio in vigore in un determinato giorno è reperibile sul sito della Banca d'Italia;
  - c) devono contenere i dati anagrafici del Beneficiario e la ragione sociale della struttura sanitaria o il nominativo del professionista che le ha rilasciate; in caso di visita medica specialistica è richiesto anche il titolo di specializzazione del medico;
  - d) devono contenere indicazioni tali da permettere di:
    - rilevare lo stato di malattia o di infortunio, cioè la diagnosi o il quesito diagnostico;
    - accertare la natura e il tipo delle cure prestate;

- consentire, all'atto della liquidazione, la verifica e la corretta imputazione delle spese ai massimali di competenza. Per i ricoveri fa fede la data del ricovero stesso, mentre per le altre prestazioni si deve far riferimento alle condizioni previste dalla relativa soluzione assistenziale / opzione;
- e) in caso di ricovero con o senza intervento, devono essere corredati dalla copia della cartella clinica, anche per i beneficiari di opzioni integrative.

Salvo quanto previsto espressamente dalla relativa soluzione assistenziale / opzione, non vengono rimborsate le spese sostenute riferite a prestazioni di controllo e/o prevenzione.

Il Beneficiario, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici all'uopo designati e qualsiasi indagine o accertamento che si rendesse necessario, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato il Beneficiario stesso.

- 3) Nei casi in cui i documenti di spesa siano stati parzialmente rimborsati da altri Enti o Fondi, i Beneficiari devono allegare alla richiesta, oltre alle copie dei documenti medesimi, la copia del documento comprovante il rimborso effettuato da altro Ente o Fondo.
- 4) I rimborsi vengono effettuati in euro con accredito sul conto corrente bancario del capo nucleo.
- 5) Termini per la presentazione delle richieste di rimborso: per essere ammesse al rimborso, le richieste devono pervenire ad ASSIDIM entro un anno dalla data della relativa documentazione di spesa, a meno che si dimostri che la ritardata presentazione è stata causata da altro fondo o ente assistenziale.

### **3.4 – PERIODO DI MANCATO RIMBORSO / RICONOSCIMENTO PRESTAZIONI**

Periodo iniziale temporalmente delimitato in cui l'Assistenza o alcune prestazioni non sono rimborsate.

Qualora previsto, varia in base alla soluzione assistenziale / opzione di riferimento scelta dall'Associato ed è precisato nelle aree riservate agli Associati e alle Persone Assistite.

### **3.5 – COMUNICAZIONI DIRETTE TRA ASSIDIM E BENEFICIARI**

L'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria comporta un'interazione tra ASSIDIM e i Beneficiari, che si realizza con scambi di dati, informazioni e documenti mediante posta elettronica, Area riservata agli Assistiti sul sito [www.assidim.it](http://www.assidim.it) o altri strumenti di comunicazione.

## **TITOLO 4 – ASSISTENZE VITA IN CASO DI MORTE, MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE, MORTE CON INDENNITA' SOSTITUTIVA PREAVVISO**

### **4.1 – PRESTAZIONI INCLUSE NELL'ASSISTENZA**

- 1) **CASO MORTE**  
Garantisce l'erogazione di un capitale in caso di morte del Beneficiario.
- 2) **CASO MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE**  
Garantisce l'erogazione di un capitale in caso di morte o di invalidità permanente totale del Beneficiario.
- 3) **CASO MORTE CON INDENNITA' SOSTITUTIVA DEL PREAVVISO**  
Ai sensi dell'articolo 2122 del Codice Civile (Indennità in caso di morte) e degli articoli previsti dai Contratti Collettivi Nazionali Di Lavoro, in caso di morte del Beneficiario in costanza di rapporto di lavoro, il datore di lavoro deve corrispondere ai superstiti aventi diritto l'importo dell'intera indennità sostitutiva del preavviso. Ciò premesso è possibile, in base all'articolo 1919 del Codice Civile (Assicurazione sulla vita propria o di un terzo) e con il consenso scritto da parte degli interessati, garantire a cura e beneficio dell'Associato tale eventualità attraverso l'accensione di un'apposita copertura vita.

In base ai contratti, accordi o regolamenti aziendali ed alle convenzioni assicurative, se previste, possono esserci limitazioni territoriali e/o nelle cause che determinano la morte o l'invalidità.

### **4.2 – FORMALITÀ E DOCUMENTAZIONE RICHIESTA**

- 1) Per capitali che rientrano nel limite di copertura previsto dalla soluzione assistenziale di riferimento non viene richiesta nessuna formalità di carattere sanitario;
- 2) Per capitali superiori al limite di copertura previsto dalla soluzione assistenziale, la documentazione richiesta è specificata in [www.assidim.it](http://www.assidim.it) nell'area riservate agli ASSOCIATI o comunicata in altro modo è dovrà essere trasmessa ad ASSIDIM come segue:
  - i moduli di adesione e i questionari anamnestici, tramite posta elettronica all'indirizzo indicato nel sito [www.assidim.it](http://www.assidim.it) nella sezione "CONTATTI";
  - la restante documentazione, in originale, in Via Pantano, 2 – 20122 Milano.

L'assistenza per i capitali superiori ai limiti di copertura è sospesa finché ASSIDIM e/o la compagnia assicurativa di riferimento, dopo aver valutato la documentazione, esprimano formale accettazione e data di decorrenza o diniego, come evidenziate nello Stato di Rischio-Anagrafico disponibile in [www.assidim.it](http://www.assidim.it) nelle aree riservate agli ASSOCIATI. In tale attesa potrà essere richiesta ulteriore documentazione e comunicate condizioni aggiuntive per l'attivazione dell'assistenza.

### **4.3 – BENEFICIARI E PRESTAZIONI GARANTITE**

Le prestazioni per ciascun Beneficiario vengono comunicate dagli Associati e sono stabilite in base a quanto contenuto nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria oppure nel Contratto, Accordo o Regolamento aziendale. Esse saranno comunque rispondenti a criteri oggettivi uniformi e indipendenti dalla volontà dei singoli Beneficiari.

In caso di morte o invalidità permanente totale del Beneficiario se l'Associato è in regola con il pagamento dei contributi, verrà corrisposta la prestazione.

Le prestazioni saranno corrisposte ai soggetti previsti nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria oppure nel Contratto, Accordo o Regolamento Aziendale.  
In mancanza di previsione, le prestazioni saranno corrisposte agli eredi legittimi o ai soggetti indicati dal Beneficiario stesso.

Le caratteristiche di ciascuna assistenza – limiti d'età, eventi coperti, capitali garantiti, ... – possono variare in base alla soluzione scelta.

#### **4.4 – DENUNCIA DI MORTE O D'INVALIDITÀ**

L'Associato o il Beneficiario devono inviare all'ufficio Rimborsi / Sinistri di MARSH, Viale Bodio 33, 20158 Milano, mediante lettera raccomandata e secondo i termini previsti dalla soluzione assistenziale / convenzione assicurativa:

- 1) in caso di morte:
  - modulo VI04, anticipandolo a [sinistri.infortuni@marsh.com](mailto:sinistri.infortuni@marsh.com);
  - certificato di morte rilasciato dal Comune;
- 2) in caso di invalidità:
  - modulo VI04, anticipandolo a [sinistri.infortuni@marsh.com](mailto:sinistri.infortuni@marsh.com)

L'ufficio Rimborsi / Sinistri – Customer Care richiederà l'ulteriore documentazione medica e legale prevista dalla soluzione assistenziale di riferimento.

L'invalidità viene accertata dalla compagnia assicurativa secondo le modalità e i termini previsti dalla soluzione assistenziale.

## TITOLO 5 – ASSISTENZE INFORTUNI E INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

### 5.1 – PRESTAZIONI INCLUSE NELL'ASSISTENZA

#### INFORTUNI

L'assistenza prevede l'erogazione di un capitale in caso di infortunio subito dal Beneficiario che produca lesioni obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o un'inabilità temporanea.

#### INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

L'assistenza prevede l'erogazione di un capitale in caso di invalidità permanente a seguito di malattia del Beneficiario.

### 5.2 – CAPITALI GARANTITI - OPZIONI POSSIBILI

a) Capitali variabili per categorie senza nominativi e a multipli di retribuzione.

Sono determinati dal monte retributivo totale di tutti i Beneficiari appartenenti alla medesima categoria e non indicati nominativamente.

L'Associato è esonerato dall'obbligo della preventiva comunicazione delle generalità delle persone per le quali viene richiesta l'assistenza.

Per l'identificazione di tali persone, la determinazione dei capitali garantiti e il computo del contributo associativo si farà riferimento alle risultanze dei libri dell'Associato, che si impegna ad esibirli in qualsiasi momento insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a seguito di richiesta di ASSIDIM, del Broker e/o della Compagnia Assicurativa di riferimento.

Per retribuzione s'intende:

- tutto quanto, al lordo delle ritenute, il Beneficiario effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura (escluso quanto corrisposto a titolo di rimborso spese) quando pure abbiano carattere transitorio o di contingenza, la partecipazione agli utili e le provvigioni, nonché l'equivalente in denaro di tutte le corresponsioni in natura purché sul tutto sia conteggiato o conteggiabile il contributo associativo;
- o, in alternativa, quanto definito nel Contratto, Accordo, Regolamento aziendale e/o dalla convezione assicurativa di riferimento.

Entro il 31 gennaio, per le sole Assistenze con categorie senza nominativi e a multipli di retribuzione, gli Associati devono fornire le retribuzioni definitive e il numero di Beneficiari per categoria dell'anno precedente, necessarie per determinare i contributi di conguaglio, mediante l'area riservata agli ASSOCIATI sul sito [www.assidim.it](http://www.assidim.it).

b) Capitali fissi per categorie a nominativi

Sono gli importi determinati dall'Associato per ciascun Beneficiario, che dev'essere indicato nominativamente, e devono essere uguali per ciascuna categoria definita nel Contratto, nell'accordo e/o regolamento aziendale.

Le caratteristiche di ciascuna assistenza – limiti d'età, eventi coperti, capitali garantiti, ... – possono variare in base alla soluzione assistenziale scelta.

### **5.3 – DENUNCIA DI INFORTUNIO O INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA**

In caso d'infortunio o invalidità permanente da malattia, è necessario contattare tempestivamente e, comunque, entro 15 giorni lavorativi dal verificarsi dell'evento, il numero telefonico dedicato, disponibile nella sezione "CONTATTI" sul sito [www.assidim.it](http://www.assidim.it).

## **TITOLO 6 – ASSISTENZE IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA (LONG TERM CARE) – MALATTIE GRAVI (DREAD DISEASE)**

### **6.1 – PRESTAZIONI INCLUSE NELL’ASSISTENZA**

#### **1) NON AUTOSUFFICIENZA – LONG TERM CARE**

L’Assistenza prevede l’erogazione di una rendita / capitale in caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza del Beneficiario.

Lo stato di non autosufficienza si verifica quando, a causa di una malattia e/o infortunio, il Beneficiario non sia più in grado di svolgere autonomamente alcune delle azioni consuete della vita quotidiana definite dalla convenzione assicurativa di riferimento.

La perdita permanente di autosufficienza deve essere certificata da un medico e accertata dalla Compagnia assicurativa. In caso di decesso del Beneficiario, non è prevista alcuna ulteriore prestazione da parte della Compagnia assicurativa.

#### **2) MALATTIE GRAVI – DREAD DISEASE**

L’assistenza prevede l’erogazione di un capitale in caso di riconoscimento dell’insorgenza di una malattia grave nel corso del periodo di copertura. L’elenco delle malattie, il relativo riconoscimento della prestazione e il grado di invalidità sono stabiliti dalla convenzione assicurativa di riferimento.

### **6.2 – SOGGETTI CHE POSSONO GODERE DELL’ASSISTENZA**

I soggetti che possono godere dell’Assistenza sono:

- per NON AUTOSUFFICIENZA – LONG TERM CARE: il Beneficiario finché permarrà in vita in condizioni di non autosufficienza come sopra descritte;
- per MALATTIE GRAVI – DREAD DISEASE: il Beneficiario.

### **6.3 – FORMALITÀ E DOCUMENTAZIONE RICHIESTE**

I rischi inerenti all’assistenza vengono valutati a seguito dell’esame della documentazione sottostante, relativamente all’ammontare della rendita / capitale da garantire per ciascun Beneficiario:

- 1) nessuna formalità / documentazione di carattere sanitario, per capitali che rientrano nel limite di copertura previsto dalla convenzione assicurativa / soluzione assistenziale di riferimento;
- 2) documentazione prevista dalla convenzione assicurativa / soluzione assistenziale di riferimento per i capitali che superano il limite di copertura, da inviare ad ASSIDIM con le seguenti modalità:
  - i moduli di adesione, le dichiarazioni di buona salute e i questionari anamnestici, tramite posta elettronica alle persone dedicate all’assistenza indicate nel sito [www.assidim.it](http://www.assidim.it) nella sezione “CONTATTI”;
  - la restante documentazione, in originale e mediante raccomandata A.R., in Via Pantano, 2 – 20122 Milano.

L’assistenza per i capitali superiori ai limiti di copertura, se prevista dalla convenzione/soluzione assistenziale, è sospesa finché la compagnia assicurativa di riferimento, dopo aver valutato la documentazione, esprime formale accettazione e data di decorrenza, evidenziate nello Stato di Rischio-Anagrafico disponibile in [www.assidim.it](http://www.assidim.it) nelle aree riservate agli ASSOCIATI.

Nelle more l'Associazione potrà:

- richiedere ulteriore documentazione;
- segnalare la variazione delle condizioni economiche e/o normative.

La compagnia assicurativa, al termine dell'istruttoria, potrà anche rifiutare totalmente la prestazione.

#### **6.4 – PRESTAZIONI GARANTITE**

Le prestazioni per ciascun Beneficiario vengono comunicate dagli Associati e sono stabilite in base a quanto contenuto nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria, nel Contratto, Accordo o Regolamento aziendale.

Essi saranno comunque rispondenti a criteri oggettivi uniformi e indipendenti dalla volontà dei singoli dipendenti / collaboratori.

Le caratteristiche delle singole Assistenze variano in base alla soluzione assistenziale scelta.

#### **6.5 – DENUNCIA, ACCERTAMENTO, RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA O INSORGENZA DI UNA DELLE MALATTIE GRAVI**

Al verificarsi della perdita permanente di autosufficienza o dell'insorgenza di una delle malattie gravi, l'Associato o il Beneficiario o altra persona che lo rappresenti devono inviare all'ufficio Rimborsi / Sinistri di MARSH, Viale Bodio 33, 20158 Milano, mediante lettera raccomandata e secondo i termini previsti dalla soluzione assistenziale di riferimento:

##### 1) NON AUTOSUFFICIENZA – LONG TERM CARE:

- modulo LTC02, anticipandolo preferibilmente a [sinistri.infortuni@marsh.com](mailto:sinistri.infortuni@marsh.com);
- certificato del medico curante che attesti la perdita permanente di autosufficienza;
- relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza.

##### 2) MALATTIE GRAVI – DREAD DISEASE:

- modulo DD02, anticipandolo preferibilmente a [sinistri.infortuni@marsh.com](mailto:sinistri.infortuni@marsh.com);
- documentazione medica specifica a seconda della tipologia della malattia insorta.

Dalla data di ricevimento di tale documentazione decorre il periodo di accertamento.

L'ufficio Rimborsi / Sinistri – Customer Care potrebbe richiedere ulteriore documentazione medica e legale, se prevista dalla soluzione assistenziale di riferimento.

Ultimati i controlli medici, entro e non oltre il periodo di accertamento previsto dalla soluzione assistenziale di riferimento, sarà comunicato il riconoscimento o meno dello stato di non autosufficienza o dell'insorgenza di una delle malattie gravi.