



DAL 1° SETTEMBRE 2025

GUIDA 2025

ALLE PRESTAZIONI SANITARIE PER I FIGLI MINORENNI
FISCALMENTE A CARICO DEGLI ISCRITTI AL FONDO EST



FONDO EST
ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

IN QUESTA GUIDA TROVI LE PRESTAZIONI SANITARIE PREVISTE PER I FIGLI MINORENNI FISCALMENTE A CARICO DEGLI ISCRITTI, GESTITE DAL FONDO EST IN FORMA DIRETTA O EROGATE ATTRAVERSO UNISALUTE

A partire dal 1° settembre 2025, il Fondo EST garantisce le prestazioni sanitarie previste nella presente Guida ai figli minorenni fiscalmente a carico dell'iscritto, identificato come capo-nucleo, e censiti nei sistemi di Fondo Est.

Le prestazioni potranno essere richieste solo se fruito a partire dal 1° settembre 2025, per prenotazioni e fatture dal 1° settembre 2025, e saranno erogate esclusivamente a seguito del censimento del figlio nell'area riservata. La possibilità di accedere alle prestazioni è vincolata alla regolare attivazione della copertura dell'iscritto capo-nucleo nel mese in cui viene effettuata la prestazione.

Se entrambi i genitori sono iscritti e censiti come capo-nucleo, solo uno dei due potrà richiedere le prestazioni.

Per informazioni sul censimento, sugli aventi diritto e sulle modalità di rinnovo o modifica del nucleo familiare si rimanda al Regolamento e alle FAQ presenti sul sito www.fondoest.it

4 PRESTAZIONI GESTITE DAL FONDO EST IN FORMA DIRETTA

8 LENTI E OCCHIALI

- 9 Cosa si intende per massimale per fattura?
- 10 Documentazione richiesta ai fini del rimborso

14 PRESTAZIONI EROGATE ATTRAVERSO UNISALUTE

- 16 Presentazione
- 16 Servizi on line su www.fondoest.it
- 17 Introduzione
- 18 Come utilizzare le prestazioni del Piano Sanitario
- 18 Per prima cosa consultare Fondo Est
- 18 Prestazioni in strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Est

20 PRESTAZIONI DI ORTODONZIA

- 21 Come è possibile attivare la garanzia?
- 22 Servizi di Consulenza
- 23 Casi di non operatività del piano
- 24 Alcuni chiarimenti importanti
- 24 Validità Territoriale
- 25 Strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Est

26 REGOLAMENTO

28 REGOLAMENTO SULLE PRESTAZIONI SANITARIE DI FONDO EST PER I FAMILIARI



GUIDA 2025

ALLE PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE
DA FONDO EST



PRESTAZIONI GESTITE DAL FONDO EST IN FORMA DIRETTA

A Fondo Est possono aderire le aziende che applicano ai propri dipendenti, full time o part time (ad esclusione dei dirigenti e dei quadri), uno dei seguenti contratti:

CCNL Terziario, distribuzione e servizi;
CCNL Pubblici esercizi, Ristorazione Collettiva e Commerciale, Turismo;
CCNL Imprese di Viaggi e Turismo;
CCNL Aziende Ortofrutticole e Agrumarie;
CCNL Aziende Farmaceutiche Speciali;
CCNL Impianti e Attività Sportive profit e no profit;
CCNL Autoscuole e Studi di Consulenza Automobilistica;
CCNL Imprese esercenti Attività Funebre;
CCNL della Distribuzione Moderna Organizzata (DMO);
CCNL Fiori Recisi;
CCNL Assistenziale socio-sanitario.

Per informazioni sulle prestazioni sanitarie e sulle richieste di rimborso è possibile collegarsi al sito www.fondoest.it

In alternativa è possibile contattare il numero **06 51 03 11** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.30 oppure puoi inviare una e-mail all'indirizzo info@fondoest.it



LENTI E OCCHIALI



Possono beneficiare della copertura sanitaria i figli minorenni fiscalmente a carico dell'iscritto, identificato come capo-nucleo, e censiti nei sistemi di Fondo Est. Se entrambi i genitori sono iscritti e censiti come capo-nucleo, solo uno dei due potrà richiedere le prestazioni.

Fondo Est provvede al pagamento delle spese sostenute per l'acquisto di lenti e occhiali per difetti visivi sia da vicino che da lontano senza alcuna limitazione sulla patologia riscontrata dall'oculista. È ammesso a rimborso anche l'acquisto di lenti prismatiche.

È possibile effettuare l'acquisto in qualsiasi esercizio commerciale.

Il rimborso viene concesso ogni 18 mesi, su una singola fattura per lenti o occhiali **intestata al figlio minorenne fiscalmente a carico dell'iscritto capo-nucleo e censito nei sistemi di Fondo Est.**

Una nuova richiesta di rimborso potrà essere presentata solo al termine di questo periodo.



L'importo rimborsabile per fattura è di € 90,00 ogni 18 mesi.



COSA SI INTENDE PER IMPORTO RIMBORSABILE PER FATTURA (MASSIMALE)?

Si intende che il contributo viene erogato una sola volta nei limiti di € 90,00 a fronte di una fattura per l'acquisto di lenti, lenti a contatto e occhiali intestata al figlio minorenne fiscalmente a carico dell'iscritto capo-nucleo e censito nei sistemi di Fondo Est. L'acquisto della sola montatura non sarà ammesso a rimborso. In nessun caso il massimale potrà essere raggiunto sommando più richieste nel corso dei 18 mesi.



Non saranno ammessi a rimborso occhiali e/o lenti per finalità estetiche



Documentazione richiesta ai fini del rimborso

1. Copia della prescrizione del medico oculista attestante le diottrie sferiche e/o cilindriche mancanti. Saranno ritenute valide le prescrizioni rilasciate fino a 3 mesi antecedenti la data della fattura. Non saranno accettate prescrizioni emesse successivamente alla data di acquisto né prescrizioni di ortottici e ottici;
2. Copia della fattura attestante l'acquisto del presidio **intestata al figlio minorennе fiscalmente a carico dell'iscritto capo-nucleo e censito nei sistemi di Fondo Est**.

La documentazione deve essere trasmessa dall'iscritto capo-nucleo in via telematica tramite accesso alla propria area MyFondoEst "Richiedi un rimborso" sul sito www.fondoest.it.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo all'acquisto del presidio



Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.



GUIDA 2025

ALLE PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE
ATTRAVERSO UNISALUTE



PRESTAZIONI EROGATE ATTRAVERSO UNISALUTE

A Fondo Est possono aderire le aziende che applicano ai propri dipendenti, full time o part time (ad esclusione dei dirigenti e dei quadri), uno dei seguenti contratti:

CCNL Terziario, distribuzione e servizi;
CCNL Pubblici esercizi, Ristorazione Collettiva e Commerciale, Turismo;
CCNL Imprese di Viaggi e Turismo;
CCNL Aziende Ortofrutticole e Agrumarie;
CCNL Aziende Farmaceutiche Speciali;
CCNL Impianti e Attività Sportive profit e no profit;
CCNL Autoscuole e Studi di Consulenza Automobilistica;
CCNL Imprese esercenti Attività Funebre;
CCNL della Distribuzione Moderna Organizzata (DMO);
CCNL Fiori Recisi;
CCNL Assistenziale socio-sanitario.

Per informazioni sulle prestazioni sanitarie è possibile collegarsi al sito **www.fondoest.it**
In alternativa è possibile contattare il numero verde **800-016648** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30



1 | PRESENTAZIONE

Con questa Guida intendiamo offrirLe un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo del Piano. Il nostro obiettivo è di fornirLe un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della Sua collaborazione.

All'interno della guida troverà quindi l'indicazione delle modalità da seguire qualora debba utilizzare il Piano. La preghiamo di attenersi scrupolosamente a queste modalità, così da poterLa assistere con la sollecitudine che ci è propria.

1.1 | Servizi on line su www.fondoest.it

Fondo Est propone un'area riservata ricca di comodi servizi per velocizzare e semplificare al massimo tutte le operazioni connesse alle prestazioni sanitarie. Collegandosi al sito www.fondoest.it e accedendo all'Area Riservata è possibile:

- consultare le prestazioni del proprio piano sanitario;
- consultare l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate.

2 | INTRODUZIONE

Scopo di questa guida è quello di illustrare nel dettaglio le prestazioni che fornisce il Piano Sanitario del Fondo Est, in modo da consentire a tutti di utilizzare al meglio le opportunità in esso contenute. È interesse di tutti, infatti, evitare situazioni di incertezza che potrebbero, da un lato, portare a richiedere prestazioni in realtà non previste (quindi servizi che non si possono fornire o rimborsi che non si possono effettuare) e dall'altro ad utilizzi non corretti che potrebbero, in futuro, incidere negativamente sull'andamento economico generale del Piano. Vi segnaliamo che, a tal fine, il Fondo Est ha deciso di affidare il servizio di gestione della copertura sanitaria a società leader in questo campo, in grado non solo di garantire da subito gli strumenti più appropriati per un'efficace ed efficiente gestione ma anche, e soprattutto, di contribuire alla generale crescita del Fondo e delle persone che in essa operano. Il Fondo Est, nell'ottica di agevolare quanto più possibile l'Isritto, si avvale della rete di accordi, sviluppata dalla Società UniSalute, con gran parte dei soggetti che operano nella sanità (case di cura, laboratori di analisi, ecc.) allo scopo di offrire le prestazioni sanitarie mantenendo il totale costo a proprio carico ed evitando così che l'Isritto anticipi alcuna somma di denaro, ad eccezione di minimi non indennizzabili previsti dalla garanzia.

3 | COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

3.1 | Per prima cosa consultare Fondo Est

Quando il figlio minorenni fiscalmente a carico dell'iscritto capo-nucleo e censito nei sistemi di Fondo Est ha bisogno di prestazioni di ortodonzia, occorre consultare il sito internet www.fondoest.it o contattare preventivamente il numero verde gratuito 800-016648 (dall'estero: prefisso per l'Italia +0516389046) orari: 8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì. Gli Operatori e i Medici della Centrale Operativa sono a disposizione per verificare la compatibilità delle prestazioni richieste con il Piano Sanitario. Nel caso in cui motivi di urgenza impediscano il preventivo ricorso alla Centrale Operativa sarà bene farlo al più presto.

3.2 | Prestazioni in strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Est

UniSalute ha predisposto per i figli minorenni fiscalmente a carico dell'iscritto capo-nucleo e censiti nei sistemi di Fondo Est un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private mediante proprio personale specializzato. I convenzionamenti prevedono una serie di standard qualitativi che la struttura sanitaria è tenuta a garantire alla Società e, dunque, ai figli minorenni fiscalmente a carico dell'iscritto capo-nucleo e censiti nei sistemi di Fondo Est. L'elenco sempre aggiornato delle strutture convenzionate è disponibile su www.fondoest.it. I figli minorenni fiscalmente a carico dell'iscritto capo-nucleo e censiti nei sistemi di Fondo Est, per la prestazione che lo prevede, utilizzando le strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Est conseguono alcuni vantaggi rilevanti:

- I pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra il Fondo Est, la Società e la struttura convenzionata, ad eccezione di somme minime non indennizzabili prevista dalla garanzia.
- Contattando il numero verde della Centrale Operativa di Unisalute 800-016648 dal lunedì al venerdì dalle ore 08.30 alle ore 19.30 l'iscritto capo-nucleo verificherà con l'operatore il centro e il medico convenzionato e gli verrà spiegato l'iter di prenotazione.
- L'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi e in presidi sanitari di cui la Società, e dunque il Fondo Est, garantiscono i livelli di qualità e di efficienza.
- All'atto dell'effettuazione della prestazione, si dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante l'identità del figlio minorenni fiscalmente a carico dell'iscritto capo-nucleo.
- Il Fondo Est, per il tramite della Società, provvederà a pagare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate, con i limiti poc'anzi enunciati.

L'iscritto capo-nucleo per conto del figlio minorenni fiscalmente a carico dovrà sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano Sanitario, o nel caso di garanzie che prevedono specifici minimi non indennizzabili, argomenti che affronteremo in dettaglio più avanti.

ATTENZIONE Per avvalersi delle prestazioni in una struttura convenzionata, si può consultare il sito www.fondoest.it nella sezione **MyFondoEst**.

PRESTAZIONI DI ORTODONZIA



In deroga a quanto previsto al paragrafo 6. “Casi di non operatività del piano”, Fondo Est provvede al pagamento delle spese per prestazioni ortodontiche.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui ci si avvalga di strutture sanitarie e del personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Est. Le spese per le prestazioni erogate al figlio minorenne fiscalmente a carico dell'iscritto capo-nucleo e censito nei sistemi di Fondo Est vengono liquidate direttamente da Fondo Est, per il tramite di UniSalute, alle strutture stesse senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto.



Il massimale assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 350,00 per figlio minorenne fiscalmente a carico dell'iscritto capo-nucleo e censito nei sistemi di Fondo Est ed è concesso ogni 24 mesi nelle seguenti modalità:

massimale di € 350,00 da settembre 2025 al 31 dicembre 2025.

A partire dal 2026:

massimale biennale di € 350,00 per il biennio di calendario 2026–2027.



Come è possibile attivare la garanzia?

Contattando il numero verde della Centrale Operativa di Unisalute 800-016648 dal lunedì al venerdì dalle ore 08.30 alle ore 19.30.

Si precisa che le richieste devono pervenire dall'iscritto capo-nucleo per conto del figlio minorenne fiscalmente a carico e censito nei sistemi di Fondo Est.

Se entrambi i genitori sono iscritti e censiti come capo-nucleo, solo uno dei due potrà effettuare le richieste.

5 | SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-016648** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia **+0516389046**.

a) Informazioni generiche sul contratto

Le prestazioni incluse nelle garanzie, massimali e franchigie o scoperti.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Est.

c) Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia il figlio minorenni fiscalmente a carico dell'iscritto capo-nucleo necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà all'iscritto capo-nucleo tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

6 | CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Il Piano Sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di garanzia prevista; nel nostro caso non tutte le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano Sanitario.

Il piano sanitario non è operante per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del contratto;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche;
- tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;
- le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale.

*Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

** Per malformazione si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

La Centrale Operativa è in ogni caso a disposizione per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in merito a situazioni di non immediata definibilità.

7 | ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

7.1 | Validità territoriale

Il Piano Sanitario ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia.

8 | STRUTTURE CONVENZIONATE DA UNISALUTE PER IL FONDO EST

Le case di cura e i centri di analisi convenzionati sono continuamente in evoluzione, grazie all'attività di un nostro staff specializzato nella ricerca delle migliori strutture; per questo occorrerà fare sempre riferimento al sito internet www.fondoest.it oppure telefonare al numero verde gratuito della Centrale Operativa 800-016648.

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, devono essere inoltrati per iscritto a: UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami – Via Larga, 8 – 40138 Bologna – fax 0517096892 – e-mail reclami@unisalute.it. Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it. Per poter dare seguito alla richiesta nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) dell'assicurato. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e della Società, contengono:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Società www.unisalute.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financialdispute-resolution-network-fin-net_it chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.



Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

- procedimento di mediazione innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti le controversie insorte in materia di contratti assicurativi o di risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista. In relazione alle controversie inerenti all'attivazione delle garanzie o la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.





REGOLAMENTO



REGOLAMENTO SULLE PRESTAZIONI SANITARIE DI FONDO EST PER I FAMILIARI



Art. 1 – Ambito di Applicazione

A decorrere dal 1° settembre 2025, in via sperimentale, Fondo Est ha previsto di estendere alcune prestazioni sanitarie riservandole ai figli minori fiscalmente a carico delle lavoratrici e dei lavoratori regolarmente iscritti.

Art. 2 – Definizione di Figlio Minore Fiscalmente a Carico

Ai fini del presente regolamento, per “minore fiscalmente a carico” si intendono i figli – inclusi quelli naturali, riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati – con età inferiore ai 18 anni, a carico dei genitori o di chi ne ha la tutela/affidamento.

Art. 3 – Procedure per l’Accesso alle Prestazioni

Per usufruire delle prestazioni previste per i figli, il lavoratore o la lavoratrice iscritto/a a Fondo Est (cd. “capo-nucleo”) dovrà effettuare, ogni anno, il censimento del proprio nucleo familiare, inserendo esclusivamente i figli minori a carico. Per il primo anno il censimento potrà avvenire a far data dal 15 luglio 2025.

Il censimento potrà essere effettuato esclusivamente on line, accedendo alla propria area riservata ed inserendo i dati anagrafici e di residenza che verranno richiesti.

Nel caso in cui entrambi di genitori siano iscritti al Fondo, ambedue possono censire i minori ma uno soltanto potrà richiedere le prestazioni previste dal Piano Sanitario per i familiari.

Art. 4 – Documentazione Fiscale Richiesta

La documentazione fiscale necessaria per attestare il carico dei minori è sostanzialmente costituita dalla dichiarazione dei redditi del genitore e, in particolare, dal solo prospetto “familiari a carico”, presente nella Certificazione Unica (CU) e la Dichiarazione dei Redditi (Modello 730 o Modello Unico Persone Fisiche).

In via del tutto eccezionale, e solamente nel caso in cui la documentazione fiscale disponibile al momento della registrazione, non sia idonea a rappresentare la condizione attuale di carico fiscale del minore – ad esempio in presenza di una nascita recente, di una variazione intervenuta dopo l’ultima dichiarazione utile o nei casi in cui il genitore abbia recentemente iniziato un’attività lavorativa e non disponga ancora di alcuna documentazione fiscale – è consentito trasmettere un’autocertificazione.

Art. 5 – Validazione del Censimento

Dopo aver completato le procedure di censimento è necessario attendere la validazione da parte del Fondo della corretta registrazione dei familiari e dei documenti



caricati. Nel caso in cui si riscontrassero problemi (ad esempio: documento illeggibile o discrepanze nel codice fiscale), verrà inviata una comunicazione via email al capo-nucleo per la rettifica dell'errore.

Art. 6 - Modifiche ai Dati del Censimento

È possibile modificare i dati inseriti in qualsiasi momento, ad esempio per censire un nascituro o in caso di adozione o affidamento di un minore. Tuttavia ogni modifica comporterà un nuovo censimento che sarà oggetto di validazione da parte del Fondo secondo le modalità previste.

Art. 7 - Controlli sulla Documentazione

La documentazione inviata sarà soggetta a controlli al fine di verificarne la coerenza con i dati e con la documentazione inseriti per il censimento. Fondo Est si riserva, in caso di dichiarazioni mendaci o documentazione non veritiera, di procedere alla segnalazione agli enti competenti, oltre alla sospensione dell'eventuale copertura attivata in modo irregolare.

Art. 8 - Copertura Sanitaria dei Minori

La copertura sanitaria dei minori seguirà quella del capo-nucleo, ovvero della lavoratrice o del lavoratore iscritto e regolarmente in copertura a Fondo Est. Conseguentemente, in caso di sospensione del rapporto lavorativo del capo-nucleo (es. aspettativa) o di sua cessazione, la copertura sanitaria per il minore non sarà attiva. Tale copertura segue in tutto e per tutto quella del capo-nucleo, ovvero della lavoratrice o del lavoratore iscritto in copertura a Fondo Est.

La decorrenza, la durata e la validità della copertura per i minori sono pertanto disciplinate secondo le medesime modalità previste dal Regolamento del Fondo per il capo-nucleo, incluse eventuali condizioni di carenza, sospensione o cessazione della copertura riferita al capo-nucleo stesso.

Nel caso in cui un minore sia stato iscritto da entrambi i genitori (capo-nucleo) la copertura del minore stesso sarà garantita anche se solo uno dei due capo-nucleo dovesse risultare regolarmente in copertura sanitaria.

Art. 9 - Cessazione della Copertura del minore

La copertura sanitaria prevista per il minore cessa al compimento del diciottesimo anno di età o nel caso in cui lo stesso non sia più a carico (totale o parziale) del lavoratore o della lavoratrice iscritto al Fondo.

Art. 10 - Richieste e Rimborsi

La prenotazione delle prestazioni o la richiesta di rimborsi per il minore potranno essere effettuate, a partire dal 1° settembre 2025, esclusivamente dal capo-nucleo, ossia dalla lavoratrice o dal lavoratore iscritto in copertura a Fondo Est.

Nel caso in cui entrambi i genitori siano iscritti, solo uno dei due potrà effettuare le richieste.



Via Cristoforo Colombo, 137 | 00147 Roma
www.fondoest.it | info@fondoest.it

