



DAL 1° GIUGNO 2026

GUIDA 2026

**ALLE PRESTAZIONI SANITARIE PER I CONIUGI
(MATRIMONIO, UNIONI CIVILI) E CONVIVENTI DI FATTO
FISCALMENTE A CARICO DEGLI ISCRITTI AL FONDO EST**
Per i dipendenti di aziende con sede operativa nella provincia di Bolzano.



IN QUESTA GUIDA TROVI LE PRESTAZIONI SANITARIE PREVISTE PER I CONIUGI, (MATRIMONIO, UNIONI CIVILI) E CONVIVENTI DI FATTO FISCALMENTE A CARICO DEGLI ISCRITTI, GESTITE DAL FONDO EST IN FORMA DIRETTA O EROGATE ATTRAVERSO EMVA

Questo manuale costituisce una guida alle prestazioni sanitarie per i dipendenti di aziende con sede operativa nella Provincia di Bolzano e si compone di due parti:

- [Guida 2026 alle prestazioni sanitarie gestite da Fondo Est in forma diretta, pag. 4;](#)
- [Piano Sanitario 2026 per la Provincia dell'Alto Adige per le prestazioni erogate da EMVA, pag 30.](#)

Dal **1° gennaio 2026** è attiva una nuova partnership tra **Fondo Est ed EMVA**, l'associazione di mutua previdenza che da oltre 45 anni supporta i lavoratori in Alto Adige. Questo accordo nasce con l'obiettivo di consolidare e sviluppare il percorso intrapreso per offrire un servizio sempre più rispondente alle specifiche esigenze dei **dipendenti delle aziende con sede nella Provincia Autonoma di Bolzano.**

Gli iscritti interessati dal nuovo accordo sono i dipendenti dei seguenti settori (CCNL):

- Terziario, distribuzione e servizi;
- Imprese di Viaggi e Turismo;
- Aziende Ortofrutticole ed Agrumarie;
- Lavoratori dello sport;
- Autoscuole;
- Attività Funebre;
- Settore Assistenziale socio-sanitario.

I dipendenti degli altri settori continueranno a fare riferimento, per le prestazioni intermedie, al gestore UniSalute per Fondo Est.

Per risposte sempre rapide ed efficaci, verifichi se la prestazione di suo interesse è tra quelle erogate da Fondo Est o da EMVA, e contatti in modo diretto l'uno o l'altro con la modalità che preferisce.

Per maggiori informazioni sulle prestazioni erogate direttamente da Fondo Est contatti il Customer Service al numero **06 51 03 18 88** dal lunedì al venerdì oppure invii una e-mail all'indirizzo info@fondoest.it

Per maggiori informazioni sulle prestazioni EMVA è possibile consultare il sito www.emva.it/fondoest e contattare dall'Italia il numero **0471 059 056** oppure dall'estero il numero **0039 0471 059 056** dal lunedì al venerdì. Il servizio telefonico è attivo dal lunedì al giovedì dalle ore 8:00 alle ore 16:00 e il venerdì dalle ore 08:00 alle ore 12:30. In alternativa è possibile scrivere a fondoest@emva.it.

A partire dal 1° giugno 2026, il Fondo EST garantisce le prestazioni sanitarie previste nella presente Guida al coniuge, all'unito civilmente e al convivente di fatto fiscalmente a carico dell'iscritto, identificato come caponucleo, e censito nei sistemi di Fondo Est.

Il soggetto sopra descritto, destinatario delle prestazioni, sarà d'ora in avanti denominato avente diritto.

Le prestazioni potranno essere richieste dall'avente diritto solo se fruito a partire dal 1° giugno 2026, per prenotazioni e fatture dal 1° giugno 2026, e saranno erogate esclusivamente a seguito del censimento dell'avente diritto nell'area riservata. La possibilità di accedere alle prestazioni è vincolata in ogni caso alla validità dell'iscrizione e alla regolare attivazione della copertura dell'iscritto caponucleo.

Per informazioni su censimento, validazione e copertura dei destinatari delle prestazioni, modalità di rinnovo o modifica del nucleo familiare si rimanda al "Regolamento Prestazioni Sanitarie Coniugi 2026" e alle FAQ presenti sul sito www.fondoest.it

6 PRESTAZIONI GESTITE DAL FONDO EST IN FORMA DIRETTA

10 DIAGNOSTICA

11 Documentazione richiesta ai fini del rimborso del ticket SSN

12 AREA DIAGNOSTICA SPECIALISTICA

13 Le prestazioni comprese nell'area Diagnostica

18 TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

19 Documentazione richiesta ai fini del rimborso del ticket SSN

22 VISITE SPECIALISTICHE

23 Documentazione richiesta ai fini del rimborso del ticket SSN

26 ESCLUSIONI DEL PIANO SANITARIO

27 Professione intramuraria

30 PRESTAZIONI EROGATE ATTRAVERSO EMVA

34 Presentazione

34 Servizi on line su www.fondoest.it e www.emva.it/fondoest

35 Introduzione

36 Come utilizzare le prestazioni del Piano Sanitario

36 Per prima cosa consultare Fondo Est

37 Prestazioni in Strutture Private e in Libera Professione

38 Le prestazioni del Piano Sanitario

40 **Accertamenti Diagnostici Odontoiatrici**

42 **Prestazioni di ortodonzia**

44 **Prestazioni di implantologia**

48 **Avulsione (Estrazione denti)**

50 **Prestazioni odontoiatriche particolari (prevenzione)**

52 **Prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione)**

56 **Servizi di Consulenza**

58 CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

60 ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

60 Validità Territoriale

60 Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

62 REGOLAMENTO

64 REGOLAMENTO PRESTAZIONI PER I CONIUGI O CONVIVENTI DI FATTO



GUIDA 2026

ALLE PRESTAZIONI GESTITE DAL FONDO EST
IN FORMA DIRETTA



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 quadri), uno dei seguenti contratti (CCNL):

- Terziario, distribuzione e servizi;
- Imprese di Viaggi e Turismo;
- Aziende Ortofrutticole ed Agrumarie;
- Lavoratori dello sport;
- Autoscuole;
- Attività Funebre;
- Settore 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 **06 51 03 18 88** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.30 oppure puoi inviare una e-mail all'indirizzo info@fondoest.it

Per reclami scrivere a info@fondoest.it.

DIAGNOSTICA



L'avente diritto può beneficiare della copertura sanitaria per prestazioni fruite e documenti di spesa datati a partire dal 1° giugno 2026.

Gli accertamenti diagnostici compresi nella presente garanzia, gestiti direttamente da Fondo Est in forma rimborsuale, sono suddivisi in due sotto-aree, denominate Area Diagnostica Specialistica e Ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso, in funzione della tipologia di prestazione. A ciascuna sotto-area corrispondono massimali distinti.

Per le prestazioni previste nell'area Diagnostica ci si può avvalere di strutture del SSN (Servizio Sanitario Nazionale) e successivamente l'avente diritto potrà richiederne il rimborso.

Le prestazioni sono previste in caso di patologia (presunta o accertata) indicata in prescrizione medica.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso del ticket SSN:

L'avente diritto dovrà trasmettere al Fondo:

- 1.** Copia del Ticket Sanitario **intestato all'avente diritto**, con indicazione della prestazione sostenuta.
- 2.** Copia della prescrizione medica **intestato all'avente diritto** con l'indicazione della patologia presunta o accertata.

La documentazione deve essere trasmessa dall'avente diritto, 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 alla prestazione effettuata.



N.B.: Si ricorda che le prestazioni odontoiatriche sono ricomprese nel Piano Sanitario ad erogazione EMVA

AREA DIAGNOSTICA SPECIALISTICA



Il massimale assicurato dal 1° giugno al 31 dicembre 2026 per il complesso delle prestazioni fruite dall'avente diritto, è di € 6.000,00. Il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari intestati all'avente diritto, nei limiti del massimale suddetto per le prestazioni di seguito indicate.

LE PRESTAZIONI COMPRESSE NELL'AREA DIAGNOSTICA SONO:

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

- Esami radiologici apparato osteoarticolare;
- Mammografia monolaterale e bilaterale (si precisa che per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica senza indicazione della patologia);
- RX colonna vertebrale in toto;
- RX di organo apparato;
- RX esofago;
- RX esofago esame diretto;
- RX tenue seriato;
- RX tubo digerente;
- RX tubo digerente prime vie;
- RX tubo digerente seconde vie.

Radiologia convenzionale (con contrasto)

- Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio);
- Artrografia;
- Cavernosografia;
- Cistografia/doppio contrasto;
- Cisturografia minzionale;
- Clisma opaco e/a doppio contrasto;
- Colangiografia;
- Colecistografia;
- Colpografia;
- Coronarografia (compreso eventuale ricovero in day hospital);
- Dacriocistografia;
- Defecografia;
- Esame urodinamico;
- Fistelografia;

- Flebografia;
- Fluorangiografia;
- Galattografia;
- Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o sonoisterografia;
- Linfografia;
- Mammografia monolaterale e bilaterale (si precisa che per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica senza indicazione della patologia);
- RX esofago con contrasto opaco/doppio contrasto;
- RX piccolo intestino con doppio contrasto;
- RX stomaco con doppio contrasto;
- RX tenue a doppio contrasto con studio selettivo;
- RX tubo digerente completo compreso esofago con contrasto;
- Scialografia con contrasto;
- Uretrocistografia;
- Urografia;
- Vesciculodeferentografia.

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

- Ecografia mammaria;
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale;
- Ecografia prostatica anche transrettale;
- Ecografia addome superiore;
- Ecografia addome inferiore;
- Ecografia muscolo tendinea;
- Ecografia osteoarticolare;
- Ecografia parti molli;
- Ecografia tiroidea;
- Ecografia transrettale;
- Ecografia oculare;
- Ecografia cardiaca.

Ecocolordopplergrafia

- Ecodoppler cardiaco compreso color;
- Ecocolordoppler arti inferiori e superiori;
- Ecocolordoppler aorta addominale;
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici.

Tomografia computerizzata (TC)

- Angio TC;
- Angio TC distretti eso o endocranici;
- TC spirale multistrato (64 strati);
- TC con e senza mezzo di contrasto.
- OCT.

Risonanza magnetica (RM)

- Angio RM con contrasto;
- Cine RM Cuore;
- RMN con e senza mezzo di contrasto.

PET

- Tomografia ad emissione di positroni (PET) per organodistretto-apparato.

Scintigrafia

- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia);
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate;
- Tomoscintigrafia (SPET) cerebrale;
- Tomoscintigrafia SPET miocardica.

Diagnostica strumentale

- Campimetria;
- ECG dinamico con event recorder esterno;
- Elettrocardiogramma (ECG);
- Elettrocardiogramma (ECG) dinamico con dispositivi analogici (holter);
- Elettrocardiogramma (ECG) sotto sforzo;
- Elettroencefalogramma;
- Elettroencefalogramma (EEG) con privazione sonno;
- Elettroencefalogramma (EEG) dinamico 24 ore;
- Elettromiografia (EMG);
- Elettroretinogramma;
- Monitoraggio continuo (24 ore) della pressione arteriosa;
- Pap – Test con esami microbiologici;
- Phmetria esofagea gastrica;
- Potenziali evocati;
- Spirometria;

- Tomografia mappa strumentale della cornea.

Biopsie

- Tutte.

Endoscopie diagnostiche ed operative

- Cistoscopia;
- Esofagogastroduodenoscopia;
- Isteroscopia (compreso eventuale ricovero in day hospital per l'isteroscopia operativa);
- Pancolonscopia;
- Rettoscopia;
- Rettosigmoidoscopia;
- Tracheobroncoscopia.

Varie

- Biopsia del linfonodo sentinella;
- Emogasanalisi arteriosa;
- Lavaggio bronco alveolare endoscopico;
- Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere (compreso eventuale ricovero in day hospital).

Per le prestazioni previste nell'Area Diagnostica Specialistica ci si può avvalere di strutture del SSN (Servizio Sanitario Nazionale) e successivamente l'avente diritto, potrà richiederne il rimborso.

Le prestazioni sono previste in caso di patologia (presunta o accertata) indicata in prescrizione medica.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso del ticket SSN:

L'avente diritto dovrà trasmettere al Fondo:

1. Copia del Ticket Sanitario **intestato all'avente diritto**, con indicazione della prestazione sostenuta.
2. Copia della prescrizione medica **intestata all'avente diritto** con l'indicazione della patologia presunta o accertata.

La documentazione deve essere trasmessa dall'avente diritto in via telematica tramite accesso alla propria area MyFondoEst 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 alla prestazione effettuata



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

N.B.: Si ricorda che le prestazioni odontoiatriche sono ricomprese nel Piano Sanitario ad erogazione EMVA

TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO



Il massimale assicurato dal 1° giugno al 31 dicembre 2026 per il complesso delle prestazioni fruite dall'avente diritto è di € 500,00. Il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari nei limiti del massimale suddetto.

Rientrano in questa garanzia tutti gli accertamenti diagnostici non compresi nell'elenco della garanzia Area Diagnostica Specialistica sopra indicata.

Esempi di prestazioni che rientrano in copertura:

- Esami ematochimici (esami del sangue, delle urine e delle feci);
- Pronto Soccorso;
- Test allergologici.

Per le prestazioni previste nell'area Ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso, ci si può avvalere di strutture del SSN (Servizio Sanitario Nazionale) e successivamente l'avente diritto potrà richiederne il rimborso.

Le prestazioni sono previste in caso di patologia (presunta o accertata) indicata in prescrizione medica.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso del ticket SSN:

L'avente diritto dovrà trasmettere al Fondo:

1. Copia del Ticket Sanitario **intestato all'avente diritto**, con indicazione della prestazione sostenuta.
2. Copia della prescrizione medica **intestata all'avente diritto** con l'indicazione della patologia presunta o accertata.

*La documentazione deve essere trasmessa dall'avente diritto in via telematica tramite accesso alla propria area MyFondoEst sul sito www.fondoest.it.
Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di un anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione fruita.*



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

N.B.: Si ricorda che le prestazioni odontoiatriche sono ricomprese nel Piano Sanitario ad erogazione EMVA



VISITE SPECIALISTICHE



L'avente diritto può beneficiare della copertura sanitaria per prestazioni fruite e documenti di spesa datati a partire dal 1° giugno 2026.

Fondo Est gestisce direttamente il rimborso dei Ticket SSN per visite specialistiche. Per le prestazioni previste nell'area Visite Specialistiche ci si può avvalere di strutture del SSN (Servizio Sanitario Nazionale) e successivamente l'avente diritto, potrà richiederne il rimborso.

Le prestazioni sono previste in caso di patologia (presunta o accertata) indicata in prescrizione medica intestata all'avente diritto.



Il massimale assicurato dal 1° giugno al 31 dicembre 2026 per il complesso delle prestazioni fruite dall'avente diritto, è di € 700,00.

Il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari nei limiti del massimale suddetto.



Documentazione richiesta ai fini del rimborso del ticket SSN:

L'avente diritto dovrà trasmettere al Fondo:

- 1.** Copia del Ticket Sanitario **intestato all'avente diritto** con indicazione della prestazione sostenuta.
- 2.** Copia della prescrizione medica **intestata all'avente diritto** con l'indicazione della patologia presunta o accertata.

La documentazione deve essere trasmessa dall'avente diritto 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 alla prestazione effettuata.



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

N.B.: Si ricorda che le prestazioni odontoiatriche sono ricomprese nel Piano Sanitario ad erogazione EMVA





ESCLUSIONI DEL PIANO SANITARIO



SONO ESCLUSE DALL'OPERATIVITÀ DEL PIANO SANITARIO DI FONDO EST:

- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche;
- le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale (FIVET);
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'avente diritto;
- le visite effettuate da personale sanitario non in possesso di specializzazioni riconosciute dalla vigente legislazione.

Professione intramuraria

Le prestazioni erogate a pagamento dai medici negli ospedali pubblici (regime intramoenia o libera professione intramuraria), non sono rimborsabili, tranne che per le garanzie nelle quali è ammesso il rimborso di prestazioni effettuate privatamente.



Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, il Fondo ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.





GUIDA 2026

ALLE PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE ATTRAVERSO EMVA

per i coniugi (matrimonio, unioni civili) e conviventi di fatto fiscalmente a carico



PRESTAZIONI EROGATE ATTRAVERSO EMVA

Gli iscritti interessati dal nuovo accordo sono i dipendenti dei seguenti settori (CCNL):

- Terziario, distribuzione e servizi;
- Imprese di Viaggi e Turismo;
- Aziende Ortofrutticole ed Agrumarie;
- Lavoratori dello sport;
- Autoscuole;
- Attività Funebre;
- Settore Assistenziale socio-sanitario.

Per prestazioni di Odontoiatria e Diagnostica Particolare (prevenzione). Per tutte le altre prestazioni vige il Piano Sanitario ad erogazione Fondo Est.

I dipendenti degli altri settori continueranno a fare riferimento, per le prestazioni intermedie, al gestore UniSalute per Fondo Est.

Possono beneficiare della copertura sanitaria gli aventi diritto.

Per maggiori informazioni sulle prestazioni EMVA è possibile consultare il sito **www.EMVA.it/fondoest** e contattare dall'Italia il **0471 059 056** oppure dall'estero il **0039 0471 059 056** dal lunedì al venerdì; il servizio telefonico è attivo dal lunedì al giovedì dalle ore 8:00 alle ore 16:00 e il venerdì dalle ore 08:00 alle ore 12:30.

In alternativa è possibile scrivere a **fondoest@emva.it**

1 | PRESENTAZIONE

Con questa Guida "Piano Sanitario per la Provincia dell'Alto Adige" 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 e www.emva.it/fondoest

EMVA propone un'area riservata ricca di comodi servizi per velocizzare e semplificare al massimo tutte le operazioni connesse alle prestazioni sanitarie e alle richieste di rimborso. Collegandosi al portale www.fondoest.it oppure al sito www.EMVA.it/fondoest e accedendo all'Area Riservata tramite username e password è possibile:

- monitorare lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso inviate;
- stampare in qualsiasi momento il riepilogo delle prestazioni rimborsate.

Direttamente sul sito www.EMVA.it/fondoest, senza dover accedere alle proprie pagine personali, è possibile consultare le prestazioni del piano sanitario.

Per accedere ai servizi è necessario registrarsi al portale EMVA.

Come è possibile iscriversi all'area riservata di EMVA?

Gli aventi diritto riceveranno automaticamente un link con validità di 30 giorni per registrarsi nell'area riservata; scaduto il periodo indicato gli aventi diritto potranno richiedere l'accesso tramite email all'indirizzo fondoest@emva.it

Qualora gli aventi diritto non ricevessero alcun invito o si trattasse di una prima registrazione, sarà possibile rivolgersi direttamente via email all'indirizzo fondoest@emva.it, indicando nell'oggetto Nuovo accesso al portale e nel testo i propri dati anagrafici, i contatti telefono ed email, data e luogo di nascita e l'indirizzo di residenza.

Una volta verificati i dati, gli aventi diritto riceveranno via email l'invito di accesso al portale.

2 | INTRODUZIONE

Scopo di questa guida è quello di illustrare nel dettaglio le prestazioni che fornisce il Piano Sanitario per la Provincia dell'Alto Adige, in modo da consentire a tutti di utilizzare al meglio le opportunità in esso contenute.

3 | COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

3.1 | Per prima cosa consultare www.fondoest.it o www.EMVA.it/fondoest

Quando l'aveute diritto ha bisogno di prestazioni di Odontoiatria e dei pacchetti di prevenzione, può consultare sia il sito www.fondoest.it che il sito www.EMVA.it/fondoest oppure può contattare dall'Italia il numero **0471 059 056** oppure dall'estero il **0039 0471 059 056**; il servizio telefonico è attivo dal lunedì al giovedì dalle ore 8:00 alle ore 16:00 e il venerdì dalle ore 08:00 alle ore 12:30.

Le prestazioni previste dal Piano Sanitario, che verranno successivamente illustrate in modo dettagliato, prevedono differenti modalità di utilizzo qui di seguito riportate.

3.2 | Prestazioni nel servizio sanitario nazionale

Nel caso in cui l'aveute diritto utilizzi strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N. e per il quale si sostengano spese per ticket sanitari, il Piano Sanitario rimborsa integralmente quanto anticipato, salvo quanto previsto dalle singole garanzie.

Si precisa che se si vuole prenotare in una struttura pubblica (SSN) non è necessario contattare la Centrale Operativa, basta recarsi al CUP e prenotare.

Per ottenere il rimborso delle spese l'aveute diritto dovrà collegarsi all'Area Riservata tramite il sito www.EMVA.it/fondoest e inviare una richiesta di rimborso in forma indiretta entro un anno dalla data del documento di spesa. Si dovrà allegare tutta la documentazione necessaria (copia delle fatture e/o ricevute fiscali intestate all'aveute diritto).

Le richieste di rimborso devono essere inviate entro il termine di un anno dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione fruita esclusivamente tramite il portale raggiungibile dal sito www.emva.it/fondoest.

3.3 | Prestazioni in Strutture Private e in Libera Professione

Per garantire la più ampia facoltà possibile di determinare l'iter di cura per l'aveute diritto, il Piano Sanitario prevede di avvalersi di Strutture Sanitarie Private e in Libera Professione.

Il rimborso potrebbe non essere integrale ma con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti.

Per ottenere il rimborso, l'aveute diritto dovrà caricare i documenti dalla propria area riservata, tramite il sito www.emva.it/fondoest.it, entro un anno dalla data del documento di spesa allegando:

- la prescrizione in copia, intestata all'aveute diritto, contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico di base o dallo specialista;
- documentazione di spesa (distinte e ricevute) intestata all'aveute in copia.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, EMVA avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

EMVA potrà richiedere che l'aveute diritto sia sottoposto a specifici controlli medici e, comunque, sarà tenuto a fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

EMVA provvederà a rimborsare direttamente sul conto corrente dell'aveute diritto, tenendo conto delle limitazioni (cioè parti della spesa a suo carico) che il Piano prevede.

COME VISUALIZZARE LO STATO DEI RIMBORSI

Il modo più veloce per verificare lo stato dei propri rimborsi è tramite l'area riservata nel sito www.emva.it/fondoest (portal.emva.it) accessibile tramite username e password. L'aveute diritto potrà verificare lo stato di lavorazione delle sue pratiche.



4 | LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano Sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuti dopo la data di effetto del Piano stesso per le seguenti prestazioni:

- Accertamenti diagnostici odontoiatrici;
- Prestazioni di ortodonzia;
- Prestazioni di implantologia;
- Avulsione (estrazione denti);
- Prestazioni odontoiatriche particolari (prevenzione);
- Prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione);
- Servizi di consulenza

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ODONTOIATRICI



4.1| Accertamenti Diagnostici Odontoiatrici

A partire dal 1° giugno 2026, per prestazioni e prenotazioni dal 1 giugno 2026, in deroga a quanto previsto al paragrafo 6 “Casi di non operatività del Piano” al punto 3, EMVA provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- Ortopantomografia;
- Radiografie endorali;
- Dentscan.

Per l’attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione del dentista contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso in cui l’avente diritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, EMVA rimborsa integralmente i ticket sanitari ammessi a rimborso nei limiti del massimale.

Nel caso di utilizzo di Strutture Sanitarie Private e in libera professione è previsto il rimborso integrale delle prestazioni con un limite massimo di rimborso pari a € 40,00 per singola prestazione.

Le richieste di rimborso possono essere inviate dall’area riservata alla quale si accede dal sito www.EMVA.it/fondoest. Ogni richiesta deve essere completa di tutta la documentazione necessaria.



Il massimale assicurato dal 1 giugno 2026 al 31 dicembre 2026 per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 400,00,

PRESTAZIONI DI ORTODONZIA



4.2 | Prestazioni di Ortodonzia

A partire dal 1° giugno 2026, per prestazioni e prenotazioni dal 1° giugno 2026, in deroga a quanto previsto al paragrafo 6 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, EMVA provvede al pagamento delle spese per prestazioni ortodontiche per apparecchi fissi, mobili e invisibili.

La presente garanzia è prestata nel caso in cui l'avente diritto si avvalga di Strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari ammessi a rimborso nei limiti del massimale annuo previsto.

Utilizzo di Strutture Sanitarie Private e in Libera Professione

Il Fondo rimborsa integralmente le spese sostenute dall'avente diritto, senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto e nei limiti del massimale annuo previsto. Le richieste di rimborso devono essere inviate tramite il portale raggiungibile dal sito www.emva.it/fondoest



Il massimale assicurato dal 1° giugno al 31 dicembre 2026 per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 700,00.



PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA



4.3 | Prestazioni di implantologia

A partire dal 1° giugno 2026, per prestazioni e prenotazioni dal 1° giugno 2026 in deroga a quanto previsto al paragrafo 6 “Casi di non operatività del Piano” al punto 3, EMVA provvede al pagamento delle prestazioni per impianti osteointegrati e le relative corone fisse.

La garanzia opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

La presente garanzia è prestata nel caso in cui l'avente diritto si avvalga di Strutture sanitarie Private e in libera professione o in strutture del Servizio Sanitario Nazionale

In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate, nei limiti del massimale previsto dalla garanzia, senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

Per ottenere il rimborso della spesa dovranno essere prodotti:

- copia della scheda anamnestica debitamente compilata dal dentista;
- copia della fattura intestata all'avente diritto con indicazione dettagliata delle prestazioni fruitive.

Le richieste di rimborso devono essere inviate tramite il portale raggiungibile dal sito www.emva.it/fondoest



La disponibilità per la presente garanzia è di € 5.100,00

dal 1° giugno al 31 dicembre 2026.

Viene previsto un sottomassimale annuo di € 4.300,00 nel caso di applicazione di cinque impianti, un sottomassimale pari a € 3.800,00 nel caso di applicazione di quattro impianti, un sottomassimale pari a € 3.300,00 nel caso di applicazione di tre impianti, un sottomassimale pari a € 2.200,00 nel caso di applicazione di due impianti e un sottomassimale pari a € 1.100,00 nel caso di applicazione di un impianto.





Si precisa che, qualora nella medesima annualità assicurativa, dopo la prima applicazione di uno o più impianti, dovesse subentrare l'esigenza di effettuare ulteriori impianti, questi ultimi verranno liquidati nell'ambito del sottomassimale relativo al numero complessivo di impianti effettuati, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

Ad esempio, qualora nella medesima annualità assicurativa, dopo l'applicazione di due impianti si rendesse necessario l'innesto di un terzo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottomassimale di € 3.300,00 al netto di quanto già autorizzato o liquidato.



AVULSIONE (ESTRAZIONE DENTI)



4.4 | Avulsione (Estrazione denti senza successiva applicazione di impianti)

A partire dal 1° giugno 2026, per prestazioni e prenotazioni dal 1° giugno 2026 in deroga a quanto previsto al paragrafo 6 “Casi di non operatività del Piano” al punto 3, EMVA provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione) fino ad un massimo di 4 denti l’anno.

La presente garanzia è prestata nel caso in cui l’avente diritto si avvalga di Strutture Sanitarie Private e in Libera Professione o in strutture del Servizio Sanitario Nazionale

In questo caso il rimborso è previsto nel limite di n. 4 avulsioni all’anno complessive per un massimo di € 400,00 dal 1° giugno al 31 dicembre 2026.

Per ottenere il rimborso della spesa dovranno essere prodotti:

- le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all’avulsione;
- copia del diario clinico debitamente compilato dal dentista;
- copia della scheda anamnestica (all. 1) debitamente compilata dal dentista.

Le richieste di rimborso devono essere inviate esclusivamente tramite il portale raggiungibile dal sito www.emva.it/fondoest.

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (PREVENZIONE)



4.5 | Prestazioni odontoiatriche particolari (prevenzione)

A partire dal 1° giugno 2026, per prestazioni e prenotazioni dal 1° giugno 2026 il Fondo Est provvede al pagamento del seguente pacchetto di prevenzione odontoiatrica, fruibile dall'avente diritto una volta:

- ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo mediante l'utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Strutture Sanitarie Private e in Libera Professione

In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 75% e con un massimo di € 80,00 dal 1° giugno al 31 dicembre 2026.

Qualora a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'avente diritto, il medico, riscontri la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno, sarà applicata la seguente procedura:

- in caso di utilizzo di Strutture Sanitarie Private e in Libera Professione, il Fondo provvederà a liquidare la seconda seduta nella misura dei limiti sopra indicati. Il Fondo si riserva di chiedere, qualora lo ritenesse opportuno, la documentazione che comprovi l'effettiva necessità di effettuare la seconda ablazione.

Restano invece a carico dell'avente diritto, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

Le richieste di rimborso devono essere inviate esclusivamente tramite il portale raggiungibile dal sito www.emva.it/fondoest



PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (PREVENZIONE)



4.6 | Prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione)

A partire dal 1° giugno 2026, per prestazioni e prenotazioni dal 1° giugno 2026 Fondo Est provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate dall'avente diritto in strutture sanitarie Private e in Libera professione.

Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.


Ogni pacchetto deve essere effettuato in un'unica soluzione ed è fruibile una volta dal 1° giugno al 31 dicembre 2026. Nel corso dell'anno è altresì possibile fruire di più pacchetti, fermo restando l'accesso per fasce d'età.

Le spese relative vengono rimborsate secondo quanto indicato in ogni singolo pacchetto.

Le richieste di rimborso devono essere inviate esclusivamente tramite il portale raggiungibile dal sito www.emva.it/fondoest

Prevenzione: prestazioni previste per gli uomini e per le donne una volta dal 1° giugno al 31 dicembre 2026 per un massimo di € 90.

- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT);
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT);
- Azotemia (Urea);
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL;
- Creatininemia;
- Emoglobina glicata;
- Esame delle urine;
- Esame emocromocitometrico completo;
- Gamma GT;
- Glicemia;
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale);
- PT (Tempo di protrombina);
- Trigliceridi;
- Velocità di eritrosedimentazione (VES).



Prevenzione cardiovascolare: prestazioni previste per gli uomini e le donne dai 40 anni di età una volta dal 1° giugno al 31 dicembre 2026 per un massimo di € 120.

- Visita specialistica cardiologica ed ECG.

Prevenzione oncologica Colon-Retto: prestazioni previste per gli uomini e le donne dai 45 anni di età una volta dal 1° giugno al 31 dicembre 2026 per un massimo di € 120.

- Visita specialistica gastroenterologica + ricerca sangue occulto fecale.

Prevenzione malattie respiratorie: prestazioni previste per gli uomini e le donne dai 40 anni di età una volta dal 1° giugno al 31 dicembre 2026 per un massimo di € 100.

- Visita specialistica pneumologica.

Prevenzione oncologica cute: prestazioni previste per gli uomini e le donne una volta dal 1° giugno al 31 dicembre 2026 per un massimo di € 100.

- Visita specialistica dermatologica.

Prevenzione oncologica prostata: prestazioni previste per gli uomini dai 45 anni di età una volta dal 1° giugno al 31 dicembre 2026 per un massimo di € 130.

- Visita specialistica urologica + Antigene Prostatico Specifico (PSA).

Prevenzione oncologica utero: prestazioni previste per le donne dai 40 anni di età una volta dal 1° giugno al 31 dicembre 2026 per un massimo di € 130.

- Visita specialistica ginecologica + pap test.

Prevenzione oncologica seno:

- a. prestazioni previste per le donne dai 40 anni di età una volta dal 1° giugno al 31 dicembre 2026 per un massimo di € 170.

Visita specialistica senologica + Ecografia Mammaria

- b. prestazioni previste per le donne dai 50 anni di età una volta dal 1° giugno al 31 dicembre 2026 per un massimo di € 190.

Visita specialistica senologica + **Mammografia con obbligo di prescrizione medica per quest'ultima prestazione.**

Con riferimento alla lettera b, le donne dai 50 anni di età dovranno scegliere se effettuare l'ecografia mammaria oppure la Mammografia.

SERVIZI DI CONSULENZA



4.7 | Servizi di Consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di EMVA telefonando al **0471 059 056** dal lunedì al giovedì dalle 8.00 alle 16.00 e venerdì dalle 08.00 alle 12.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia **0039 0471 059 056**.

Informazioni generiche sul contratto

- le prestazioni incluse nelle garanzie, massimali, franchigie o scoperti, eventuale documentazione per attivare la copertura;
- stato di valutazione delle pratiche di rimborso;
- modalità di richiesta di rimborso.

5 | 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 spese sostenute per 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;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 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 mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'avente diritto di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati;
- da condizioni fisiche dell'avente diritto che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- infortuni causati da azioni dolose compiute dall'avente diritto;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;

- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
- le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave.

*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.

5 | ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

6.1 | Validità territoriale

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

Tutti i documenti devono essere presentati in lingua italiana o tedesco o inglese. Eventuali traduzioni da altre lingue sono a carico dell'assistito e devono essere effettuate da un ufficio di traduzione accreditato in Italia.

6.2 | Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

Prestazioni in Strutture Sanitarie Private e in Libera Professione

La documentazione di spesa ricevuta in copia viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge.

Qualora EMVA dovesse richiedere all'avente diritto la produzione degli originali, la documentazione di spesa in originale viene trasmessa dall'avente diritto al seguente indirizzo: [via Cavour 23E, 39100 Bolzano](#).

La documentazione allegata alla richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, cartelle cliniche, ecc.) deve essere inviata in copia entro un anno dalla data del documento di spesa. Per le garanzie che prevedono l'indennità sostitutiva, la documentazione richiesta deve essere inviata entro un anno dalla data delle dimissioni.

Le richieste di rimborso devono essere inviate esclusivamente tramite il portale raggiungibile dal sito www.emva.it/fondoest

EMVA potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, EMVA ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.



Per tutte le informazioni previste dal Piano Sanitario diverse dall'odontoiatria e dalla prevenzione consulti esclusivamente: www.fondoest.it

In applicazione delle nuove disposizioni del Decreto Legislativo 209/2005 art. 185 "Informativa al contraente" la Società informa che:

- la legislazione applicata al contratto è quella italiana.

Eventuali reclami riguardanti la gestione dei sinistri, e relativi alle decisioni relativamente a prestazioni non erogate o erogate parzialmente, possono essere inviati, per iscritto ed entro 60 giorni dalla chiusura della pratica, a: emva@pec.it o tramite lettera raccomandata a **EMVA Körperschaft für wechselseitige Unterstützung – ETS, via Cavour 23 a 39100 Bolzano (BZ)**. EMVA ETS comunicherà al socio la propria decisione definitiva entro 60 giorni dalla ricezione del ricorso e della relativa documentazione. Il reclamo dovrà contenere le seguenti informazioni:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.



REGOLAMENTO



REGOLAMENTO SULLE PRESTAZIONI SANITARIE DI FONDO EST PER I CONIUGI (MATRIMONIO, UNIONI CIVILI) E CONVIVENTI DI FATTO FISCALMENTE A CARICO DEGLI ISCRITTI AL FONDO EST



Art. 1 – Ambito di applicazione e decorrenza

A decorrere dal 1° giugno 2026, Fondo Est estenderà l'accesso gratuito ad alcune prestazioni sanitarie in favore dei **coniugi (matrimonio, unioni civili) e conviventi di fatto fiscalmente a carico dell'iscritto al Fondo Est** il cui reddito non superi 2.840,51 euro, delle lavoratrici e dei lavoratori regolarmente iscritti.

Art. 2 – Definizione di coniuge/convivente di fatto fiscalmente a carico

Ai fini del presente regolamento, per "**coniuge fiscalmente a carico**" si intende il **soggetto legato all'iscritto da vincolo matrimoniale o unione civile** che risulti fiscalmente a carico della lavoratrice o del lavoratore iscritto al Fondo (di seguito definito "caponucleo"). Allo stesso modo è considerato "**fiscalmente a carico**" il **soggetto legato da convivenza di fatto** – ossia "due persone maggiorenni unite stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale, non vincolate da rapporti di parentela, affinità o adozione, da matrimonio o da un'unione civile" ai sensi della legge 76 del 2016, art. 1, c. 36, il cui reddito non superi 2.840,51 euro – **all'iscritta o all'iscritto** al Fondo (di seguito definito "caponucleo").

Art. 3 – Censimento e procedure di iscrizione

Per attivare le prestazioni sanitarie il caponucleo è tenuto a effettuare **annualmente** il censimento on line tramite la propria Area riservata.

La procedura sarà disponibile a partire dal **1° aprile 2026**.

Per gli anni successivi, il censimento dovrà essere rinnovato obbligatoriamente tra il 1° aprile e il 31 maggio.


In assenza di rinnovo entro tali termini, la copertura sanitaria verrà sospesa e le prestazioni potranno essere riattivate solo a partire dal mese di avvenuta trasmissione e validazione della documentazione, senza possibilità di recupero del periodo pregresso.

Il caponucleo, accedendo alla propria Area riservata, dovrà inserire tutti i dati anagrafici richiesti e caricare la documentazione comprovante lo stato di "familiare a carico".

Art. 4 – Documentazione fiscale richiesta per i coniugi (matrimonio, unioni civili) e conviventi di fatto fiscalmente a carico dell'iscritto al Fondo Est

Il caponucleo è tenuto a caricare uno dei seguenti documenti, riferiti ai redditi dell'anno solare precedente:

- **Certificazione Unica (CU):** esclusivamente il prospetto "**Familiari a carico**";
- **Dichiarazione dei redditi (Modello 730 o Modello redditi persone fisiche):** esclusivamente il prospetto "**Dati relativi al coniuge e ai familiari a carico**".



In via del tutto eccezionale e residuale, previa valutazione e autorizzazione del Fondo, qualora la documentazione fiscale non sia ancora disponibile al momento della registrazione, si potrà utilizzare la **dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (autocertificazione)**. Il caponucleo dovrà comunque inserire uno dei documenti richiesti appena in suo possesso. In ogni caso l'autocertificazione non potrà essere utilizzata per più di una volta, a meno che questa non sia stata sostituita, nei tempi previsti, da uno dei summenzionati documenti fiscali.

Art. 5 – Documentazione anagrafica e fiscale richiesta per conviventi di fatto (L. 76/2016)

Il caponucleo è tenuto a caricare il **certificato di stato di famiglia con indicazione di convivenza di fatto dal quale si evinca chiaramente che la persona che si vuole iscrivere sia un "convivente di fatto" come previsto dall'art. 1 (c. 36-37) della legge 76/2016 e successive modifiche e/o integrazioni**. Il caponucleo dovrà inoltre caricare una **dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (autocertificazione) a firma della propria convivente o del proprio convivente nella quale dichiari di non aver percepito redditi nell'anno solare precedente (1° gennaio – 31 dicembre) o comunque che il reddito complessivo lordo annuo non ha superato 2.840,51 euro, allegando anche il proprio documento di riconoscimento in corso di validità**.

Art. 6 – Validazione e modifiche del censimento

L'attivazione della copertura sanitaria è subordinata alla verifica positiva della documentazione da parte del Fondo. Eventuali anomalie (ad esempio: documento illeggibile o discrepanze nel codice fiscale), verranno comunicate tramite e-mail per la necessaria rettifica.

È possibile modificare i dati inseriti in qualsiasi momento.

Art. 7 – Controlli e sanzioni sulla documentazione

La documentazione inviata sarà soggetta a controlli mirati alla verifica della coerenza dei dati forniti.

Fondo Est si riserva, in caso di dichiarazioni mendaci o utilizzo di documentazione non veritiera, di procedere:

- alla segnalazione immediata agli enti competenti;
- alla sospensione o revoca immediata dell'eventuale copertura attivata irregolarmente.

Art. 8 – Copertura sanitaria: decorrenza e durata

La copertura sanitaria del coniuge o del convivente **decorre dal momento della sua validazione e seguirà quella del caponucleo**, ovvero della lavoratrice o del lavoratore iscritto e regolarmente in copertura a Fondo Est. Conseguentemente, in caso di sospensione del rapporto lavorativo del caponucleo (es. aspettativa) o di sua cessazione, oppure in caso di omissione contributiva o irregolarità nei pagamenti da parte dell'azienda, la copertura sanitaria per il coniuge o il convivente non sarà più attiva.

Inoltre, il diritto alle prestazioni cessa qualora il coniuge o il convivente non risulti più fiscalmente a carico.

Per l'anno 2026 le coperture saranno attive dal 1° giugno al 31 maggio 2027 e lo stesso arco temporale sarà utilizzato negli anni successivi.

Art. 9 – Accesso alle prestazioni e rimborsi

A partire dal 1° giugno 2026, il coniuge o il convivente il cui censimento sia stato ritenuto valido, dovrà attivare la propria Area riservata sul portale di Fondo Est, distinta da quella del caponucleo, dalla quale potrà prenotare prestazioni o richiedere rimborsi. La copertura sanitaria, salvo eccezioni, sarà valida fino al 31 maggio 2027.

Per gli anni successivi si veda l'art. 3.

Qualora, nel corso dell'anno, il coniuge o il convivente fiscalmente a carico intraprenda un'attività lavorativa che comporti l'iscrizione a Fondo Est, le tutele in qualità di "familiare" verranno sospese in favore di quelle previste per i lavoratori iscritti.

Tali prestazioni saranno riattivate — previa nuova validazione del censimento — nel caso in cui il coniuge o il convivente perda l'impiego e quindi torni a carico o qualora il reddito percepito durante tale periodo non superi i limiti di legge.



Via Cristoforo Colombo, 137 | 00147 Roma

www.fondoest.it | info@fondoest.it

