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

FONDO EST
ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

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 UNISALUTE

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 fruite 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

4 PRESTAZIONI GESTITE DAL FONDO EST IN FORMA DIRETTA

8 DIAGNOSTICA
9 Documentazione richiesta ai fini del rimborso del ticket SSN

12 AREA DIAGNOSTICA SPECIALISTICA
16 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

28 PRESTAZIONI EROGATE ATTRAVERSO UNISALUTE
32 Presentazione
32 Servizi on line su www.fondoest.it e www.fondoest.it
33 Introduzione
34 Come utilizzare le prestazioni del Piano Sanitario
34 Per prima cosa consultare Fondo Est
34 Prestazioni nel servizio sanitario nazionale
35 Prestazioni in strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Est
37 Le prestazioni del Piano Sanitario
38 **Accertamenti Diagnostici Odontoiatrici**
40 **Prestazioni di ortodonzia**
42 **Prestazioni di implantologia**
46 **Avulsione (Estrazione denti)**
48 **Prestazioni odontoiatriche particolari (prevenzione)**
50 **Prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione)**
54 **Servizi di Consulenza**

56 CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

58 ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI
58 Validità Territoriale
58 Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

60 STRUTTURE CONVENZIONATE DA UNISALUTE PER IL FONDO EST

64 REGOLAMENTO

66 REGOLAMENTO PRESTAZIONI PER I CONIUGI O CONVIVENTI DI FATTO

GUIDA 2026

PRESTAZIONI GESTITE DAL FONDO EST IN FORMA DIRETTA

FONDO EST
ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

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;
- Pubblici esercizi, Ristorazione Collettiva e Commerciale;
- Imprese di Viaggi e Turismo;
- Aziende Ortofrutticole ed Agrumarie;
- Farmacie partecipate Enti locali;
- Lavoratori dello sport;
- Autoscuole;
- Attività Funebre;
- Distribuzione Moderna Organizzata (DMO);
- Fiori Recisi;
- 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 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**.

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

Il Fondo si riserva di richiedere, caso per caso, documentazione originale o integrativa (es. referti medici, prescrizioni, fatture dettagliate, documentazione contabile) ai fini della valutazione del rimborso o per verificarne regolarità e autenticità, come da Informativa Privacy. La ricezione di documenti falsi o contraffatti sarà immediatamente comunicata alle Autorità giudiziarie per

l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

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

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 per avente diritto. Il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari intestati all'avente diritto, nei limiti del massimale suddetto per le prestazioni di seguito indicate.

LE PRESTAZIONI COMPRESE 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;
- Cisturetrografia minzionale;
- Clisma opaco e/a doppio contrasto;
- Colangiografia;
- Colecistografia;
- Colpografia;
- Coronarografia (compreso eventuale ricovero in day hospital);
- Dacriocistografia;
- Defecografia;
- Esame urodinamico;
- Fistolografia;

- 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

Il Fondo si riserva di richiedere, caso per caso, documentazione originale o integrativa (es. referti medici, prescrizioni, fatture dettagliate, documentazione contabile) ai fini della valutazione del rimborso o per verificarne regolarità e autenticità, come da Informativa Privacy. La ricezione di documenti falsi o contraffatti sarà immediatamente comunicata alle Autorità giudiziarie per l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

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

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 per avente diritto. 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.

Il Fondo si riserva di richiedere, caso per caso, documentazione originale o integrativa (es. referti medici, prescrizioni, fatture dettagliate, documentazione contabile) ai fini della valutazione del rimborso o per verificarne regolarità e autenticità, come da Informativa Privacy. La ricezione di documenti falsi o contraffatti sarà immediatamente comunicata alle Autorità giudiziarie per l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

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

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 per avente diritto.
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

Il Fondo si riserva di richiedere, caso per caso, documentazione originale o integrativa (es. referti medici, prescrizioni, fatture dettagliate, documentazione contabile) ai fini della valutazione del rimborso o per verificarne regolarità e autenticità, come da Informativa Privacy. La ricezione di documenti falsi o contraffatti sarà immediatamente comunicata alle Autorità giudiziarie per l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

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

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.

GUIDA 2026

ALLE PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE
ATTRAVERSO UNISALUTE

FONDO EST
ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

PRESTAZIONI EROGATE ATTRAVERSO UNISALUTE

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
- Pubblici esercizi, Ristorazione Collettiva e Commerciale
- Imprese di Viaggi e Turismo
- Aziende Ortofrutticole ed Agrumarie
- Farmacie partecipate Enti locali
- Lavoratori dello sport
- Autoscuole
- Attività Funebre
- Distribuzione Moderna Organizzata (DMO)
- Fiori Recisi
- Settore Assistenziale socio-sanitario.

Per informazioni sulle prestazioni sanitarie è possibile collegarsi al sito **www.fondoest.it**

In alternativa è possibile contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero **051 4185748** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

1 | PRESENTAZIONE

Con la "Guida al Piano Sanitario Fondo Est" 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 per gli aventi diritto un'area riservata ricca di comodi servizi per velocizzare e semplificare al massimo tutte le operazioni connesse alle prestazioni sanitarie e alle informazioni sulle richieste di rimborso. Collegandosi al sito www.fondoest.it e accedendo all'Area Riservata MyFondoEst tramite username e password è possibile:

- prenotare direttamente on line presso le strutture convenzionate; questa procedura consente di sapere in modo veloce e immediato se la prestazione richiesta è coperta dal piano sanitario e di conoscere se il medico scelto è convenzionato. A seguito della richiesta di prenotazione on line, l'avente diritto riceverà, a mezzo telefono, mail o sms, comunicazione da parte di UniSalute relativa al buon esito della prenotazione medesima;
- consultare l'estratto conto on line per la verifica dello stato di lavorazione delle richieste di rimborso inviate. Direttamente sul sito, senza dover accedere alle proprie pagine personali, 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'avente diritto, 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 dall'avente diritto venga anticipata alcuna somma di denaro, ad eccezione di minimi non indennizzabili previsti dalle singole garanzie.

3 | COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

3.1 | Per prima cosa consultare Fondo Est

Quando l'avente diritto ha bisogno di cure mediche, occorre consultare il sito internet www.fondoest.it o contattare preventivamente la Centrale Operativa di UniSalute al numero **051 4185748** (dall'estero: prefisso per l'Italia **+051 6389046**) 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. Qualora la prestazione richiesta non fosse compresa nel Piano Sanitario i medici sono a disposizione per aiutare l'avente diritto censito a scegliere percorsi di diagnosi e cura alternativi ed ugualmente soddisfacenti.

Nel caso in cui motivi di urgenza impediscano il preventivo ricorso alla Centrale Operativa sarà bene farlo al più presto, avendo cura nel frattempo di raccogliere la maggior documentazione possibile sugli eventi relativi a quello specifico iter di cura (prescrizioni mediche e fatture). È bene chiarire che 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

Avvalersi di strutture sanitarie private vuol dire godere di notevoli vantaggi, in termini di professionalità tecnica, comfort nell'accoglienza del paziente e qualità del servizio prestato.

Ma non bisogna dimenticare che in Italia anche il servizio pubblico mette a disposizione dei cittadini ottime soluzioni di cura, alcune delle quali veramente convenienti e all'avanguardia.

Nel caso in cui l'avente diritto decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., il Piano Sanitario predispone, per il recupero delle spese che dovessero essere comunque effettuate all'interno delle strutture pubbliche, la seguente soluzione:

- Qualora l'avente diritto sostenga delle spese per ticket sanitari, il Piano Sanitario rimborsa integralmente quanto anticipato, salvo quanto previsto alle singole garanzie.

Se l'avente diritto vuole prenotare in una struttura pubblica (SSN) non è necessario che contatti la Centrale Operativa, basta che si rechi al CUP e prenoti.

Per ottenere il rimborso delle spese, l'avente diritto deve caricare i documenti nell'area riservata MyFondoEst raggiungibile dal sito www.fondoest.it sez. "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con UniSalute".

In alternativa, l'avente diritto può inviare direttamente la documentazione necessaria (copia delle fatture e/o ricevute fiscali) al Fondo Est al seguente indirizzo: UniSalute S.p.A. – Fondo Est – Rimborsi Clienti – Via Larga 8 – 40138 Bologna (BO). Sono esclusi gli invii tramite corriere.

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

UniSalute ha predisposto per l'avente diritto 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, all'avente diritto.
L'elenco sempre aggiornato delle strutture convenzionate è disponibile su www.fondoest.it. L'avente diritto per la prestazione che lo prevede, utilizzando le strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Est consegue 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. ;
- Può utilizzare, per le prenotazioni delle prestazioni garantite dal Piano Sanitario, la funzione di prenotazione on line presente nell'Area Riservata del sito www.fondoest.it che gli permette di sapere immediatamente se la prestazione che l'avente diritto sta prenotando è coperta dal Piano Sanitario e se i medici scelti sono convenzionati. A seguito della richiesta di prenotazione on line, l'avente diritto riceverà, a mezzo telefono, mail o sms, comunicazione da parte di UniSalute relativa al buon esito della prenotazione medesima. Nell'impossibilità di accedere al sito l'avente diritto dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al numero **051 4185748**.
- 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 dell'avente diritto.
- 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'avente diritto 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. Sulle pagine riservate, si potranno cercare le strutture convenzionate e si potrà richiedere la prenotazione on line della prestazione.

A seguito della richiesta di prenotazione on line, l'avente diritto, riceverà, a mezzo telefono, mail o sms, comunicazione da parte di UniSalute relativa al buon esito della prenotazione medesima. Per le prenotazioni è possibile anche contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero 051 4185748.

COME VISUALIZZARE LO STATO DEI RIMBORSI

Il modo più veloce per verificare lo stato dei propri rimborsi è tramite il sito www.fondoest.it – nella sezione MyFondoEst – accessibile tramite username e password, che garantiscono la riservatezza dei dati.
L'avente diritto potrà verificare la sua posizione sempre aggiornata relativamente alla documentazione che ci ha inviato.

4 | LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano Sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto 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, il Fondo Est provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- Ortopantomografia;
- Radiografie endorali;
- Dentalscan.

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 di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Est, le spese per le prestazioni erogate all'avente diritto vengono liquidate direttamente da Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'avente diritto di € 35,00 per ogni prestazione.

Nel caso in cui l'avente diritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale. Il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari ammessi a rimborso.

L'avente diritto deve caricare i documenti nell'area riservata MyFondoEst raggiungibile dal sito www.fondoest.it sez. "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con UniSalute". In alternativa, per evitare numerosi invii di ticket di importo contenuto e agevolare le procedure di rimborso, l'avente diritto può raccogliere tutta la documentazione necessaria al rimborso e inviarla direttamente al Fondo Est al seguente indirizzo: UniSalute S.p.A. – Fondo Est – Rimborsi Clienti – Via Larga 8 – 40138 Bologna (BO). Sono esclusi gli invii tramite corriere.

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

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, il Fondo Est provvede al pagamento delle spese per prestazioni ortodontiche.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'avente diritto si avvalga di strutture sanitarie e il personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Est.

Le spese per le prestazioni erogate all'avente diritto vengono liquidate direttamente da Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture stesse senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

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

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, il Fondo Est 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.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'installazione dell'impianto/i.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'**avente diritto** si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Est.

Le spese per le prestazioni erogate all'avente diritto vengono liquidate direttamente dal Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture convenzionate.
Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità annua prevista, l'importo eccedente dovrà essere **versato direttamente dall'avente diritto** alla struttura convenzionata.

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, il Fondo Est provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione) fino ad un massimo di 4 denti. Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'effettuazione della prestazione.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'avente diritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Est. Le spese per le prestazioni erogate all'avente diritto vengono liquidate direttamente e integralmente dal Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture convenzionate.

Qualora il numero complessivo delle prestazioni dovesse superare il numero sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'avente diritto alla struttura convenzionata.

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (PREVENZIONE)

4.5 | Prestazioni odontoiatriche particolari (prevenzione)

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, Fondo Est provvede al pagamento, nella misura del 75%, di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Est, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

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.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione:

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.
- Visita specialistica odontoiatrica.

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.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'avente diritto, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con il Fondo, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno associativo, il Fondo provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

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 in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Est, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

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.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

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

- 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.

- 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.

- 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.

- Visita specialistica pneumologica.

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

- 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.

- 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.

- 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.
   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.
   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 UniSalute telefonando al numero **0471 059 056** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia **0039 051 6389046**.

a) 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.

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 con la Società.

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 degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- 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;
- gli 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; 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.

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

6 | 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.

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

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Est.
La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'avente diritto.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per il Fondo Est.
La documentazione di spesa ricevuta in copia viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge.

Qualora il Fondo Est dovesse richiedere all'avente diritto la produzione degli originali, la documentazione di spesa in originale viene trasmessa dall'avente diritto al Fondo al seguente indirizzo: **UniSalute S.p.A. - Fondo Est - Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna (BO)**. Sono esclusi gli invii tramite corriere.

Nel caso di sinistri non indennizzabili, la documentazione di spesa nel caso in cui sia stata inviata in originale viene restituita all'avente diritto dalla Società contestualmente alla relativa comunicazione. Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

La documentazione allegata alla richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, cartelle cliniche, ecc.) deve essere inviata in copia. Il Fondo 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, il Fondo ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

ATTENZIONE

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione fruita.
Le fatture e i documenti di spesa trasmessi oltre 1 anno non saranno rimborsati.

7. | 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 alla Centrale Operativa di UniSalute al numero **051 4185748**.

Dall'estero: prefisso per l'Italia + 0516389046
orari: 8.30 - 19.30 dal lunedì al venerdì.

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, in particolar modo 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 utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it. oppure per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892**.
I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela.

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 https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-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:

- Ricorso all'Arbitro Assicurativo, presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Il ricorso all'Arbitro Assicurativo è condizione di procedibilità della domanda giudiziale;

- Procedimento di mediazione, interpellando, tramite un avvocato di fiducia, un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale;

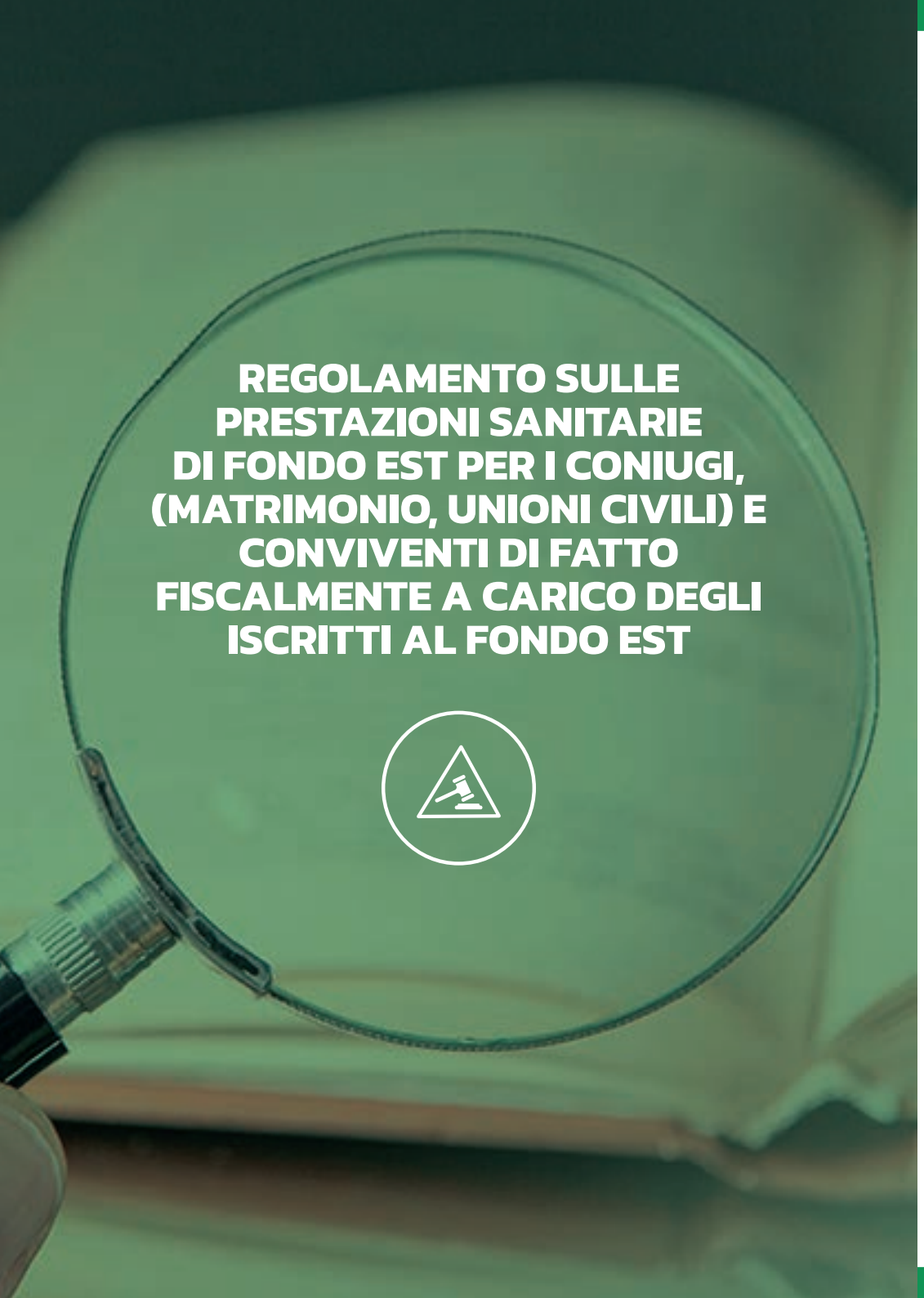
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;

- procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista.

In relazione alle controversie inerenti l'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

FONDO EST
ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA



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