

MEMO

INDIRIZZO DEL F.A.N.I.MAR.:

"F.A.N.I.MAR."
Fondo Assistenza Nazionale Integrativa Marittimi
VIA MILANO, N° 40 C/6 - sc. ds
Tel. 010 2518524 - Fax 010 2469079
16126 GENOVA

MODALITÀ DI PAGAMENTO:

ordine di Bonifico Bancario permanente sul c/c (intestato al F.A.N.I.MAR.)

N°: 5659 A.B.I.: 5437 C.A.B.: 1404 C.I.N.: L

BIPOP CARIRE - BANCA POPOLARE DI BRESCIA AG. N. 4

C.so Buenos Aires, 78/80 r. - 16129 Genova

RIEPILOGO IMPORTI DA VERSARE:

1) PER LE PRESTAZIONI SANITARIE DI FASCIA "B":

- versamento immediato di **€ 297,00** relativo alla prima rata semestrale di contributo

NOTA: per i Pensionati il versamento di cui sopra è di **€ 219,50**

2) PER LE PRESTAZIONI SANITARIE DI FASCIA "A":

- versamento immediato di **€ 516,50** relativo alla prima rata semestrale di contributo

NOTA: per i Pensionati il versamento di cui sopra è di **€ 413,00**

3) PER LE PRESTAZIONI SANITARIE DI FASCIA "A SUPER.":

- versamento immediato di **€ 721,40** relativo alla prima rata semestrale di contributo

NOTA: per i Pensionati il versamento di cui sopra è di **€ 560,00**

IMPORTANTE: le prestazioni sanitarie sono garantite da specifiche convenzioni con primarie Compagnie di Assicurazioni nazionali e/o estere.

F. A. N. I. M A R.

INDICE

- PREMESSA : lettera delle O.O.S.S. (Filt Cgil - Fit Cisl - Uil Trasporti)	PAG.	2
- Modalità di iscrizione e contributi relativi	PAG.	4
- Modalità di pagamento dei contributi	PAG.	5
- Prospetto riassuntivo prestazioni e contributi	PAG.	6
- Regolamento applicativo - Informazioni utili - norme comuni e transitorie	PAG.	8
- Prestazioni sanitarie previste dalla fascia "B"	PAG.	10
- Normativa di accesso alle prestazioni sanitarie di fascia "B"	PAG.	11
- Prestazioni sanitarie previste dalla fascia "A"	PAG.	12
- Normativa di accesso alle prestazioni sanitarie di fascia "A"	PAG.	13
- Prestazioni sanitarie previste dalla fascia "A SUPER."	PAG.	14
- Normativa di accesso alle prestazioni sanitarie di fascia "A SUPER."	PAG.	15
- Fac - simile del modulo di richiesta di iscrizione	PAG.	16
- Fac - simile del modulo di delega per il datore di lavoro	PAG.	17
- Fac - simile del modulo di composizione del nucleo familiare	PAG.	18
- Fac - simile del modulo di richiesta rimborsi per prestazioni sanitarie:	PAG.	19
- Testo dello Statuto e Regolamento del F.A.N.I.MAR.	PAG.	20
- Procedure INFORTUNI	PAG.	29
- Procedure INIDONEITÀ ALLA NAVIGAZIONE	PAG.	31
- Indirizzo del F.A.N.I.MAR. - numeri di telefono e fax:	IN COPERTINA IN COPERTINA	
- Memo:		
- Originali dei moduli da utilizzare nei vari casi: tutti acclusi in fondo al libretto.		
- Sintesi delle prestazioni a carattere sociale e/o assistenziale: acclusa in fondo al libretto.		

FILT-CGIL

FIT-CISL

UILTRASPORTI

*Roma, 15 Ottobre 2003
Prot. 2467*

A TUTTI I LAVORATORI AMMINISTRATIVI E NAVIGANTI DEL SETTORE MARITTIMI

OGGETTO: Fondo Assistenza Nazionale Integrativa Marittima F.A.N.I.MAR.

A distanza di circa 7 anni dalla costituzione del Fondo Nazionale Assistenza Integrativa per i Marittimi (F.A.N.I.MAR.), siamo oggi in grado di affermare che l'attività svolta, peraltro in continua crescita, è stata fortemente positiva per tutto il personale associato e che, quindi, l'idea di base che ha mosso FILT/CGIL - FIT-CISL - UILTRASPORTI al momento dell'istituzione del F.A.N.I.MAR. è stata vincente.

Come è noto il F.A.N.I.MAR. è un fondo autogestito dai lavoratori che eroga prestazioni, direttamente e indirettamente, avvalendosi di convenzioni con primarie compagnie di assicurazione, tenendo conto di concrete esigenze in campo sociale e quindi non necessariamente collegato ai meccanismi tipici delle compagnie di assicurazioni. Infatti le prestazioni erogate, come si può facilmente verificare più avanti, non solo non tengono conto di parametri di valutazione quali consistenza del nucleo familiare, età degli iscritti ecc. ma prevedono anche possibilità di erogazioni a sostegno.

Tutti elementi questi che, in termini assicurativi, farebbero lievitare i costi. Va osservato che il Fondo utilizza risorse che quando provenienti da contratto o contrattazioni integrative, non vengono decurtate da tassazioni di alcun genere.

Dal punto di vista dell'impegno sindacale il Fondo continua su quel filone di interventi sociali e assistenziali già frutto di accordi specifici con le tutele previste per inabilità alla navigazione, ritiro del titolo professionale ed infortunio. L'orientamento sindacale è quello di utilizzare i vari momenti contrattuali, comprese le integrative e l'adeguamento del tasso programmato di inflazione, per far sì che il finanziamento del Fondo sia sempre più a carico del datore di lavoro.

Gli aspetti sociali del Fondo, specificatamente previsti dallo Statuto, si evidenziano soprattutto:

1. Nell'aver stabilito che l'entità del contributo di iscrizione è fissata, per le prestazioni sanitarie per tutti gli iscritti lavoratori, a prescindere dal numero dei componenti del nucleo familiare dell'iscritto, i quali potranno usufruire delle stesse identiche prestazioni (v. artt. 8 e 9).
2. Nell'aver stabilito entità differenziate di contributi di iscrizioni, solo in funzione delle prestazioni di carattere sanitario garantite da convenzioni assicurative (v. art. 12).
3. Nell'aver previsto, nell'ambito sempre delle prestazioni a carattere sanitario, garanzie non contemplate dalle condizioni assicurative ma spesso necessarie (v. art. 12).

4. Nell'aver previsto anche l'erogazione di prestazioni di natura diversa (in funzione delle risorse disponibili di anno in anno), per aiutare in occasione di situazioni particolari coinvolgenti lo stesso e la sua famiglia (v. artt. 1 e 14). Alcune sono già disponibili dallo 01/01/2000
5. Nell'aver previsto la possibilità per gli iscritti pensionati di poter usufruire di tutte le prestazioni erogabili versando contributi di iscrizione proporzionalmente di minor entità rispetto agli iscritti lavoratori, sempre in funzione delle risorse disponibili di anno in anno.
6. Nell'aver previsto per ogni iscritto nessun limite di età per il diritto alle prestazioni sanitarie, fatti salvi i casi di cancellazione previsti dallo Statuto (v. art.15) e dando inoltre la possibilità, con l'iscrizione al Fondo, di proseguire nella copertura sanitaria anche dopo il pensionamento, sempre in funzione delle risorse disponibili di anno in anno.
7. Nell'aver previsto la facoltà di iscrizione anche per il Personale Amministrativo e per gli Operatori dei singoli Sindacati (v. artt. 2 e 3).
8. Nell'aver già previsto la rateazione della eventuale quota di contributo di iscrizione annuale a carico del lavoratore mediante addebito mensile sullo stipendio da parte del datore di lavoro, che anticiperà, invece, al Fondo, l'intero contributo (v. art. 9).
9. Nel fornire indirettamente anche quelle altre prestazioni frutto di accordi sindacali che vedono il Fanimar interessato.

Inoltre proprio per il connotato di Fondo autogestito dai lavoratori, è stato possibile fin dal 1° Gennaio 2000 fornire, sempre nei limiti delle risorse disponibili di anno in anno, una serie di prestazioni a carattere sociale ed assistenziale (naturalmente senza costi aggiuntivi) che prevediamo possano, nel futuro, sempre più aumentare nei contenuti e nel numero.

NOTA: Le prestazioni esclusivamente a carattere sanitario erogate sono di tre tipi:

FASCIA

“A SUPER.”: Obbligatoria per Comandanti e Direttori (come fascia “A”:vi può aderire comunque chi vuole), contiene prestazioni aggiuntive erogate dal F.A.N.I.MAR. direttamente.

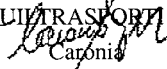
FASCIA “A”: Già obbligatoria per Comandanti e Direttori di Macchina in servizio con utilizzo della somma allora disponibile a contratto. A questa fascia in termini volontari può aderire naturalmente chiunque, indipendentemente dalla qualifica, integrando eventualmente la differenza economica rispetto ai contributi erogati dal datore di lavoro.

FASCIA “B”: È una fascia di prestazioni più contenute e quindi a minor costo, restando comunque immutate tutte le prestazioni di tipo sociale previste dal Fondo. Anche a questa fascia, come per la precedente fascia “A”, possono accedere tutti i lavoratori pensionati del Settore, indipendentemente dalla qualifica di provenienza.

A conclusione di questa breve nota, è doveroso rimarcare l'opera di oculata e corretta gestione portata avanti dal Presidente, dal Comitato di Gestione, dagli Amministratori i quali operano in termini di puro volontariato gratuito a dimostrazione che i valori della solidarietà e dello spirito di servizio sono fondamentali per il successo del F.A.N.I.MAR.

Cordiali saluti.

Le Segreterie Nazionali

FILT/CGIL FIT/CISL FIUT/TRASPORTI
  
 Scotti Di Fiore Caronia

MODALITA' DI ISCRIZIONE E CONTRIBUTI RELATIVI

(A FAR DATA DALLO 01/01/2004)

1) PER PERSONALE MARITTIMO IN ATTIVITA'

A) Con la qualifica di Comandanti o Direttori di macchina (Bandiera Nazionale o Estera):

- l'iscrizione al F.A.N.I.MAR. deve intendersi richiesta dall'01/01/1997 a seguito degli accordi sindacali già in essere o dalla data della firma di eventuali successivi nuovi accordi e tacitamente rinnovata di anno in anno (salvo recesso) con conseguente addebito sulla retribuzione della quota a carico del marittimo.
- Importo totale contributo annuo (2/3 datore di lavoro + 1/3 marittimo):
€ 1.442,79 = prestazioni sanitarie di fascia "A SUPER." **(operante dall' 1/1/2004)**

B) Con qualifica di Ufficiali di coperta o di macchina o Radiotelegrafisti nonché di Commissario di bordo e altresì di Sottufficiali o Comuni (Bandiera Nazionale o Estera):

- l'iscrizione al F.A.N.I.MAR. deve intendersi richiesta a seguito di eventuali futuri accordi sindacali dalla data di firma degli stessi salvo lettera raccomandata di rinuncia da parte del marittimo da inviarsi al proprio datore di lavoro entro 15 giorni dalla suddetta data. In mancanza di lettera di rinuncia nei termini e modi di cui sopra l'iscrizione diventa definitiva e tacitamente rinnovata di anno in anno (salvo recesso) con conseguente addebito sulla retribuzione della eventuale quota di contributo a carico del marittimo.
- In mancanza di accordi sindacali l'iscrizione è sempre possibile compilando e spedendo al F.A.N.I.MAR. per raccomandata i previsti moduli di iscrizione, di delega per il Datore di lavoro, di composizione di eventuale nucleo familiare nonché di dichiarazione preventiva sanitaria (tutti acclusi al presente libretto).
- Importo totale contributo annuo:
€ 594,00 = prestazioni sanitarie di fascia "B"
€ 1.033,00 = prestazioni sanitarie di fascia "A"
(in opzione la fascia "A SUPER.").

2) PER PERSONALE AMMINISTRATIVO ED OPERAIO IN ATTIVITA' :

- come quanto previsto dal precedente punto 1 lettera "B"

3) PER PERSONALE OPERANTE PER LE O.O.S.S. FIRMATARIE DI ACCORDI:

- come quanto previsto dal precedente punto 1 lettera "B" (ovviamente solo secondo e terzo comma).

4) PER IL PERSONALE GIA' IN PENSIONE ALLA DATA DI ISCRIZIONE

(indipendentemente dalla qualifica o categoria di provenienza):

A) Che non ha compiuto il 65° anno di età:

- come quanto previsto dal precedente punto 1 lettera "B" (secondo comma, escluso ovviamente il modulo di delega al datore di lavoro) accludendo altresì la prova dell' avvenuto pagamento del contributo (fotocopia della ricevuta di versamento a favore del F.A.N.I.MAR.).

B) Che ha già compiuto il 65° anno di età:

- come al presente punto lettera "A" senza però accludere la prova dell' avvenuto pagamento del contributo in quanto è necessario attendere comunicazione scritta da parte del F.A.N.I.MAR. di accettazione della richiesta di iscrizione e delle condizioni.

Importo del contributo annuo (in libera scelta per tutti i pensionati):

- € **439,00** (prestazioni sanitarie di fascia "B") oppure
- € **826,00** (prestazioni sanitarie di fascia "A")
- € **1.120,00** (prestazioni sanitarie di fascia "A SUPER.")

NOTA: Tutti i versamenti possono essere effettuati anche come previsto dalle "Norme Comuni" punto "4" (frazionamento semestrale).

MODALITA' DI PAGAMENTO

Ordine di bonifico bancario permanente sul c/c (intestato al F.A.N.I.MAR.):

N°: 5659

A.B.I.: 5437

C.A.B.: 1404

C.I.N.: L

BIPOP CARIRE - BANCA POPOLARE DI BRESCIA AG. N. 4

C.so Buenos Aires, 78/80 r. - 16129 Genova

F.A.N.I.MAR. "PROSPETTO RIASSUNTIVO PRESTAZIONI E CONTRIBUTI"

N	QUALIFICHE E/O CATEGORIE	PRESTAZIONI OTTENIBILI DAL FONDO	TIPI DI PRESTAZIONI SANITARIE PREVISTE	CONTRIBUTO ANNUALE DOVUTO
1	COMANDANTI E DIRETTORI MACCHINA IN ATTIVITÀ	TUTTE	FASCIA "A SUPER." DALL' 1/1/2004	€ 1.442,79
2	- UFFICIALI DI COPERTA - UFFICIALI DI MACCHINA - RADIOTELEGRAFISTI - COMMISSARI DI BORDO - SOTTUFFICIALI E COMUNI IN ATTIVITÀ	TUTTE	FASCIA "A" FASCIA "B"	€ 1.033,00 € 594,00
3	AMMINISTRATIVI ED OPERAI IN ATTIVITÀ	TUTTE	FASCIA "A" FASCIA "B"	€ 1.033,00 € 594,00
4	PERSONALE OPERANTE PER LE O.O.S.S. FIRMATARIE IN ATTIVITÀ	TUTTE	FASCIA "A" FASCIA "B"	€ 1.033,00 € 594,00
5	PENSIONATI DI OGNI QUALIFICA E/O CATEGORIA:			
-	FINO A 65 ANNI DI ETÀ	TUTTE	FASCIA "B"	€ 439,00
-	OLTRE 65 ANNI DI ETÀ	TUTTE	FASCIA "B"	da stabilire caso per caso

NOTE IMPORTANTI:

- I contributi degli iscritti in attività, qualora oggetto di accordi sindacali specifici, verranno anticipati dal datore di lavoro
- Le informazioni relative alle prestazioni sanitarie previste dalle tre fasce "A SUPER.", "A" e "B" sono da pag. 10 a 15
- Le modalità di pagamento dei contributi annuali di iscrizione sono a pag. 5

(a far data dallo 01/01/2004)

RATEAZIONE POSSIBILE	IMPORTO RATE	DATE DELLE ISCRIZIONI E DEI VERSAMENTI	OPZIONE PREVISTA
DUE SEMESTRALI ANTICIPATE	€ 721,40	1° gennaio - 1° luglio versamenti: entro 30 gg da tali date	NESSUNA
DUE SEMESTRALI ANTICIPATE	€ 516,50 € 297,00	1° gennaio - 1° luglio versamenti: entro 30 gg da tali date	SI FASCIA "A SUPER." (integrando la differenza)
DUE SEMESTRALI ANTICIPATE	€ 516,50 € 297,00	1° gennaio - 1° luglio versamenti: entro 30 gg da tali date	SI FASCIA "A SUPER." (integrando la differenza)
DUE SEMESTRALI ANTICIPATE	€ 516,50 € 297,00	1° gennaio - 1° luglio versamenti: entro 30 gg da tali date	SI FASCIA "A SUPER." (integrando la differenza)
DUE SEMESTRALI ANTICIPATE	€ 219,50	1° gennaio - 1° luglio versamenti: entro 30 gg da tali date	SI FASCIA "A"/"A SUPER." (integrando la differenza) (fino a € 826,00 € 413,00 semestrali/ fino a € 1.120,00 € 560,00 semestrali)
DUE SEMESTRALI ANTICIPATE	da stabilire caso per caso	1° gennaio - 1° luglio versamenti: entro 30 gg da tali date	da stabilire caso per caso

REGOLAMENTO APPLICATIVO

INFORMAZIONI UTILI E NORME COMUNI

- 1) - Gli importi relativi ai contributi annui sono validi per tutto l'anno 2004 ma rimarranno comunque invariati fino a diversa preventiva comunicazione da parte del F.A.N.I.MAR.
- 2) - L'iscrizione annuale ed il conseguente impegno al versamento del contributo annuo si rinnova tacitamente di anno in anno salvo lettera raccomandata di recesso da inviarsi entro **il 30 Settembre di qualsiasi anno**.
- 3) - I contributi previsti rimangono tali indipendentemente dal numero dei componenti l'eventuale nucleo familiare (**compresi i figli di qualsiasi età**).
- 4) - Il pagamento dei contributi annui può anche avvenire in due rate semestrali anticipate in coincidenza delle date previste per le iscrizioni specificate nel successivo punto 5), in tal caso i versamenti relativi risultano essere:
per la fascia "A SUPER." : € **721,40** (per pensionati € **560,00**)
per la fascia "A" : € **516,50** (per pensionati € **413,00**)
per la fascia "B" : € **297,00** (per pensionati € **219,50**)
- 5) - Le iscrizioni (anche se la richiesta é stata presentata in data diversa) si effettuano il **1° Gennaio** ed il **1° Luglio** di ogni anno e gli importi relativi ai contributi devono essere versati entro e non oltre **30 giorni** da tali date, salvo accordi particolari.
- 6) - Le iscrizioni al Fondo previste per il 1° Gennaio o il 1° Luglio avranno effetto dal 30° giorno successivo a tale data, salvo accordi particolari e sempreché sia stato versato il relativo contributo entro tale termine.
- 7) - Le richieste di iscrizione devono essere corredate di tutti gli allegati e/o certificati previsti per ogni qualifica e/o categoria (i relativi moduli sono acclusi al presente libretto).
- 8) - Limite di età una volta iscritti: **NESSUN LIMITE**.
- 9) - Per la identificazione dei componenti dell'eventuale nucleo familiare aventi diritto alle prestazioni farà fede il certificato di "Stato di famiglia" (che va accluso alla richiesta di iscrizione). Ogni eventuale variazione dovrà essere comunicata tempestivamente al F.A.N.I.MAR. accludendo nuovo certificato.
- 10) - Il pagamento della prima rata semestrale di contributo se effettuato in corso di anno prevede la riduzione proporzionale dei massimali previsti per le prestazioni sanitarie. (**ciò vale solo per il primo anno di iscrizione**).
- 11) - Il modulo di dichiarazione preventiva sanitaria (obbligatorio salvo casi particolari) forma parte integrante della richiesta di iscrizione e le prestazioni sanitarie saranno erogate in base alle dichiarazioni fornite dai firmatari, pertanto ricordiamo che potranno essere respinte richieste di prestazioni o rimborsi spese relative a malattie insorte, curate e/o diagnosticate precedentemente all' iscrizione o sottaciute, nella dichiarazione preventiva sanitaria, dai firmatari, pur essendone a conoscenza.
- 12) - Le richieste di rimborso spese per prestazioni sanitarie devono essere inoltrate al F.A.N.I.MAR. nel pieno rispetto della "normativa di accesso alle prestazioni sanitarie" onde evitare eventuali disguidi, ritardi o respinte.

- 13) - Si ricorda che per le prestazioni indirette (erogate quindi dagli Assicuratori del Fondo) **valgono e varranno sempre le condizioni generali e particolari delle polizze assicurative** all'uopo sottoscritte **nei limiti e condizioni d'uso e di mercato.**
Si ricorda altresì che per le prestazioni sanitarie dirette (erogate da parte del Fanimar) sottoforma di **elargizioni volontarie socio-assistenziali, possono essere erogate sempre e soltanto entro i limiti delle risorse disponibili e di anno in anno, ad insindacabile giudizio del Comitato di Gestione e/o del Consiglio di Amministrazione del Fondo.**
- 14) - Si conferma e si ribadisce che, salvo quanto previsto in materia a pag. 14 per la fascia "A SUPER." le risorse disponibili **non** sono ancora sufficienti per poter universalmente erogare prestazioni per cure e protesi dentarie e per assistenza infermieristica domiciliare (vedi art. 12 lettere "E", "H" ed "I" dello statuto e regolamento).
- 15) - **Si informa che, a seguito degli ultimi accordi sindacali, ogni lavoratore potrà richiedere al proprio datore di lavoro di anticipare le rate semestrali di contributo annuo per l'ottenimento delle prestazioni sanitarie previste ed ottenere già, per il personale amministrativo, un contributo da parte del datore di lavoro stesso.**
- 16) - Si ricorda che tra le prestazioni indirette già in atto da tempo vi sono anche quelle relative ai casi di **infortunio, ritiro del libretto di navigazione** a seguito di malattia o infortunio e **ritiro o sospensione del titolo professionale** a seguito di sinistro marittimo (per gli ufficiali), aggiornati in base all'ultimo accordo sindacale del 20.12.2002 (CONFITARMA e FEDARLINEA) che si possono reperire presso le OO.SS.. Pertanto, nei limiti e condizioni di detti accordi, possono essere indirizzate al F.A.N.I.MAR. le motivate e documentate richieste di indennizzo subito dopo il verificarsi di uno degli eventi suindicati, in particolare, per i casi di ritiro del libretto di navigazione, **subito dopo** il ritiro da parte delle **commissioni di primo grado.**
Il F.A.N.I.MAR. è comunque a disposizione per ogni chiarimento ulteriore e per ogni altra eventuale informazione sulle corrette procedure da seguire per le richieste di indennizzo, procedure che si possono consultare alle pagine 29 e 31 del presente libretto informativo.
- 17) - **Tra gli allegati in ultima di copertina troverete anche una sintesi delle prestazioni fornite dal F.A.N.I.MAR. aggiornate all' 1/1/2004**

PRINCIPALI GARANZIE SANITARIE PRESTATE COMPLESSIVAMENTE
PER OGNI NUCLEO E PER OGNI ANNO ASSICURATIVO
 Già in corso e nuove aggiornate all' 1/1/2004
FASCIA "B"

(CONTRIBUTO ANNUALE DI ISCRIZIONE AL F.A.N.I.MAR.: € 594,00)

GARANZIE (Per gli eventi previsti)	CAPITALE ASSICURATO (Massimo) €	SCOPERTO (A carico assicurato)	FRANCHIGIA (Min. non rimborsabile) €
A) <u>RIC. PRIVATI</u> (con o senza intervento)	= 31.000,00	25%	258,00
B) <u>RIC. PUBBLICI</u> (senza assistenze a pagamento)	= 86,00 (al giorno)	=	2 giorni (giorno di entrata e giorno di uscita=1 gg.)
C) <u>RIMB. SPESE</u> (per vis.spec. e/o acc. diagn.)	= 1.033,00	20%	36,00
D) <u>RIMB. SPESE</u> (per lenti da vista)	= 181,00	20%	25,00
E) <u>RIMB. SPESE</u> (per terapie fisiche)	= 320,00	=	25,00

LIMITI: La garanzia di cui al punto "B" (ricoveri pubblici) viene prestata, comprensiva di un contributo diretto Fanimar, sempre per nucleo e per anno, per un massimo di 90 giorni e col limite di € 2.580,00 per ogni ricovero.

NOTA BENE: la prestazione di cui al punto "E" é erogata direttamente dal F.A.N.I.MAR. nei limiti della risorsa massima annua disponibile pari a € 32.000,00 complessivi per tutte le fasce previste.

IL CONTRIBUTO ANNUALE PER I PENSIONATI É RIDOTTO A € 439,00

FASCIA "B"

FONDO ASSISTENZA NAZIONALE INTEGRATIVA MARITTIMI

PRESTAZIONI SANITARIE DI FASCIA "B"

(PER UFF./SOTTUFF./COM./AMM.VI/OP. SINDAC. E PENSIONATI TUTTI)

NORMATIVA DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI E DOCUMENTAZIONI NECESSARIE

(NOTA: TUTTI GLI ORIGINALI RICHIESTI VENGONO RESTITUITI A CONCLUSIONE DELLA PRATICA)

1) PER LE GARANZIE DI CUI AL PUNTO "A" (ricoveri privati):

- denuncia a mezzo lettera raccomandata entro 30 giorni dalla data di prescrizione medica con allegato il certificato di prescrizione (anche solo in fotocopia) contenente le cause della richiesta di ricovero;
- certificato dell'Ente Ospedaliero (anche solo in fotocopia) dell'avvenuta accettazione del ricovero;
- copia conforme all'originale **VIDIMATA DALL' ENTE OSPEDALIERO IN TUTTE LE SUE PAGINE** della cartella clinica completa di **anamnesi remota**;
- fatture **(IN ORIGINALE)** relative a tutte le prestazioni necessarie fornite durante il ricovero dai medici, dalla clinica, etc;

2) PER LA GARANZIA DI CUI AL PUNTO "B" (ricoveri pubblici):

- tutto quanto previsto al precedente punto **"1" ESCLUSO LE FATTURE**; (il certificato di prescrizione medica non è richiesto se l'Ente Pubblico attesta il ricovero urgente).

3) PER LA GARANZIA DI CUI AL PUNTO "C" (rimborso spese per vis. spec. ed acc. diagnostici):

- denuncia entro 30 giorni dalla data di prescrizione medica con allegato il certificato di richiesta dello stesso medico curante generico indicante il motivo della richiesta (anche solo in fotocopia);
- fattura **(in fotocopia autocertificata (firmata) con la dicitura "COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE A MIE MANI")** relativa alle prestazioni usufruite con **SINTESI DI DIAGNOSI** dello specialista attestante l'alterazione dello stato di salute (anche eventualmente su certificato separato dalla fattura);

4) PER LA GARANZIA DI CUI AL PUNTO "D" (rimborso per lenti da vista):

- denuncia entro 30 giorni dalla data di prescrizione di visita oculistica da parte del medico curante generico (anche solo in fotocopia);
- eventuale fattura **(in fotocopia autocertificata (firmata) con la dicitura "COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE A MIE MANI")** del medico specialista in oculistica, se visita a pagamento. In ogni caso certificato dell'oculista di prescrizione delle lenti indicante gli estremi dell'avvenuta variazione del "visus";
- fattura **(in fotocopia autocertificata (firmata) con la dicitura "COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE A MIE MANI")** dell'ottico fornitore delle lenti prescritte (con separazione della cifra relativa all'eventuale montatura, in quanto esclusa dal rimborso).

5) PER LA GARANZIA DI CUI AL PUNTO "E" (terapie fisiche):

- come quanto indicato al punto "3" più fattura del fisioterapista in fotocopia autocertificata come sopra.

Ogni denuncia e/o documentazione va indirizzata direttamente al F.A.N.I.MAR.

PRINCIPALI GARANZIE SANITARIE PRESTATE COMPLESSIVAMENTE
PER OGNI NUCLEO E PER OGNI ANNO ASSICURATIVO
 Già in corso e nuove aggiornate all' 1/1/2004
FASCIA "A"

(CONTRIBUTO ANNUALE DI ISCRIZIONE AL F.A.N.I.MAR.: € 1.033,00)

GARANZIE (Per gli eventi previsti)	CAPITALE ASSICURATO (Massimo) €	SCOPERTO (A carico assicurato)	FRANCHIGIA (Min. non rimborsabile) €
A) <u>RIC. PRIVATI</u> (con o senza intervento)	= 52.000,00	=	=
B) <u>RIC. PRIVATI</u> (per grandi int. chirurgici)	= 104.000,00	=	=
C) <u>RIC. PRIVATI</u> (per parto non cesareo)	= 1.550,00	=	=
D) <u>RIC. PUBBLICI</u> (senza assistenze a pagamento)	= 107,00 (al giorno)	=	1 giorno (giorno di entrata e giorno di uscita=1 gg.)
E) <u>RIMB. SPESE</u> (per vis.spec. e/o acc. diagn.)	= 2.325,00	20%	36,00
F) <u>RIMB. SPESE</u> (per lenti da vista)	= 259,00	=	36,00
G) <u>RIMB. SPESE</u> (per terapie fisiche)	= 430,00	=	25,00

LIMITI: La garanzia di cui al punto "D" (ricoveri pubblici) viene prestata, comprensiva di un contributo diretto Fanimar, sempre per nucleo e per anno, per un massimo di 90 giorni e col limite di € 3.210,00 per ogni ricovero.

NOTA BENE: la prestazione di cui al punto "G" è erogata direttamente dal F.A.N.I.MAR. nei limiti della risorsa massima annua disponibile pari a € 32.000,00 complessivi per tutte le fasce previste.

IL CONTRIBUTO ANNUALE PER I PENSIONATI CHE OPTASSERO PER LA FASCIA "A" E' RIDOTTO A € 826,00

FASCIA "A"

FONDO ASSISTENZA NAZIONALE INTEGRATIVA MARITTIMI
PRESTAZIONI SANITARIE DI FASCIA “A”

(GIÀ PER COMANDANTI E DIRETTORI DI MACCHINA E PER CHIUNQUE SU RICHIESTA)

NORMATIVA DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI E DOCUMENTAZIONI NECESSARIE

(NOTA: TUTTI GLI ORIGINALI RICHIESTI VENGONO RESTITUITI A CONCLUSIONE DELLA PRATICA)

1) PER LE GARANZIE DI CUI AI PUNTI “A, B, C” (ricoveri privati):

- denuncia a mezzo lettera raccomandata entro 30 giorni dalla data di prescrizione medica con allegato il certificato di prescrizione (anche solo in fotocopia) contenente le cause della richiesta di ricovero;
- certificato dell’ Ente Ospedaliero (anche solo in fotocopia) dell’avvenuta accettazione del ricovero;
- copia conforme all’ originale **(VIDIMATA DALL’ENTE OSPEDALIERO IN TUTTE LE SUE PAGINE)** della cartella clinica completa di **anamnesi remota**;
- fatture **(IN ORIGINALE)** relative a tutte le prestazioni necessarie fornite durante il ricovero dai medici, dalla clinica, etc;

2) PER LA GARANZIA DI CUI AL PUNTO “D” (ricoveri pubblici):

- tutto quanto previsto al precedente punto **“1” ESCLUSO LE FATTURE**; (il certificato di prescrizione medica non è richiesto se l’Ente Pubblico attesta il ricovero urgente).

3) PER LA GARANZIA DI CUI AL PUNTO “E” (rimborso spese per vis. spec. ed acc. diagnostici):

- denuncia entro 30 giorni dalla data di prescrizione medica con allegato il certificato di richiesta dello stesso medico curante generico indicante il motivo della richiesta (anche solo in fotocopia);
- fattura **(in fotocopia autocertificata (firmata) con la dicitura “COPIA CONFORME ALL’ORIGINALE A MIE MANI”)** relativa alle prestazioni usufruite con **SINTESI DI DIAGNOSI** dello specialista attestante l’alterazione dello stato di salute (anche eventualmente su certificato separato dalla fattura);

4) PER LA GARANZIA DI CUI AL PUNTO “F” (rimborso per lenti da vista):

- denuncia entro 30 giorni dalla data di prescrizione di visita oculistica da parte del medico curante generico (anche solo in fotocopia);
- eventuale fattura **(in fotocopia autocertificata (firmata) con la dicitura “COPIA CONFORME ALL’ORIGINALE A MIE MANI”)** del medico specialista in oculistica, se visita a pagamento. In ogni caso certificato dell’ oculista di prescrizione delle lenti indicante gli estremi dell’ avvenuta variazione del “visus”;
- fattura **(in fotocopia autocertificata (firmata) con la dicitura “COPIA CONFORME ALL’ORIGINALE A MIE MANI”)** dell’ ottico fornitore delle lenti prescritte (con separazione della cifra relativa all’ eventuale montatura, in quanto esclusa dal rimborso).

5) PER LA GARANZIA DI CUI AL PUNTO “G” (terapie fisiche):

- come quanto indicato al punto “3” più fattura del fisioterapista in fotocopia autocertificata come sopra.

Ogni denuncia e/o documentazione va indirizzata direttamente al F.A.N.I.MAR.

PRINCIPALI GARANZIE SANITARIE PRESTATE COMPLESSIVAMENTE
PER OGNI NUCLEO E PER OGNI ANNO ASSICURATIVO
 Già in corso e nuove aggiornate all' 1/1/2004
FASCIA "A SUPER."

(CONTRIBUTO ANNUALE DI ISCRIZIONE AL F.A.N.I.MAR.: € 1.442,79)

GARANZIE (Per gli eventi previsti)	CAPITALE ASSICURATO (Massimo) €	SCOPERTO (A carico assicurato)	FRANCHIGIA (Min. non rimborsabile) €
A) <u>RIC. PRIVATI</u> (con o senza intervento)	=	COME FASCIA "A"	
B) <u>RIC. PRIVATI</u>	=	COME FASCIA "A" (per grandi int. chirurgici)	
C) <u>RIC. PRIVATI</u> (per parto non cesareo)	=	COME FASCIA "A"	
D) <u>RIC. PUBBLICI</u> (senza assistenze a pagamento)	=	COME FASCIA "A"	
E) <u>RIMB. SPESE</u> (per vis.spec. e/o acc. diagn.)	=	COME FASCIA "A"	
F) <u>RIMB. SPESE</u> (per lenti da vista)	=	COME FASCIA "A"	
G) <u>RIMB. SPESE</u> (per terapie fisiche)	=	COME FASCIA "A"	
H) <u>RIMB. SPESE</u> (per cure e/o protesi dentarie)	= 300,00	-	50,00

LIMITI: Come fascia "A"

NOTA BENE: le prestazioni di cui al punto "G" ed "H" sono erogate direttamente dal F.A.N.I.MAR.; e, per il punto "G" nei limiti della risorsa massima annua disponibile pari a € 32.000,00 complessivi per tutte le fasce previste.

IL CONTRIBUTO ANNUALE PER I PENSIONATI E' RIDOTTO A € 1.120,00
FASCIA "A SUPER."

FONDO ASSISTENZA NAZIONALE INTEGRATIVA MARITTIMI

PRESTAZIONI SANITARIE DI FASCIA "A SUPER."

(GIÀ PER COMANDANTI E DIRETTORI DI MACCHINA E PER CHIUNQUE SU RICHIESTA)

NORMATIVA DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI E DOCUMENTAZIONI NECESSARIE

(NOTA: TUTTI GLI ORIGINALI RICHIESTI VENGONO RESTITUITI A CONCLUSIONE DELLA PRATICA)

- 1) PER LE GARANZIE DI CUI AI PUNTI "A, B, C" (ricoveri privati):**
 - denuncia a mezzo lettera raccomandata entro 30 giorni dalla data di prescrizione medica con allegato il certificato di prescrizione (anche solo in fotocopia) contenente le cause della richiesta di ricovero;
 - certificato dell' Ente Ospedaliero (anche solo in fotocopia) dell'avvenuta accettazione del ricovero;
 - copia conforme all' originale (**VIDIMATA DALL'ENTE OSPEDALIERO IN TUTTE LE SUE PAGINE**) della cartella clinica completa di **anamnesi remota**;
 - fatture (**IN ORIGINALE**) relative a tutte le prestazioni necessarie fornite durante il ricovero dai medici, dalla clinica, etc;
- 2) PER LA GARANZIA DI CUI AL PUNTO "D" (ricoveri pubblici):**
 - tutto quanto previsto al precedente punto "1" **ESCLUSO LE FATTURE**; (il certificato di prescrizione medica non è richiesto se l'Ente Pubblico attesta il ricovero urgente).
- 3) PER LA GARANZIA DI CUI AL PUNTO "E" (rimborso spese per vis. spec. ed acc. diagnostici):**
 - denuncia entro 30 giorni dalla data di prescrizione medica con allegato il certificato di richiesta dello stesso medico curante generico indicante il motivo della richiesta (anche solo in fotocopia);
 - fattura (**in fotocopia autocertificata (firmata) con la dicitura "COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE A MIE MANI"**) relativa alle prestazioni usufruite con **SINTESI DI DIAGNOSI** dello specialista attestante l'alterazione dello stato di salute (anche eventualmente su certificato separato dalla fattura);
- 4) PER LA GARANZIA DI CUI AL PUNTO "F" (rimborso per lenti da vista):**
 - denuncia entro 30 giorni dalla data di prescrizione di visita oculistica da parte del medico curante generico (anche solo in fotocopia);
 - eventuale fattura (**in fotocopia autocertificata (firmata) con la dicitura "COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE A MIE MANI"**) del medico specialista in oculistica, se visita a pagamento. In ogni caso certificato dell' oculista di prescrizione delle lenti indicante gli estremi dell' avvenuta variazione del "visus";
 - fattura (**in fotocopia autocertificata (firmata) con la dicitura "COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE A MIE MANI"**) dell' ottico fornitore delle lenti prescritte (con separazione della cifra relativa all' eventuale montatura, in quanto esclusa dal rimborso).
- 5) PER LA GARANZIA DI CUI AL PUNTO "G" (terapie fisiche):**
 - come quanto indicato al punto "3" più fattura del fisioterapista in fotocopia autocertificata come sopra.
- 6) PER LA GARANZIA DI CUI AL PUNTO "H" (cure e/o protesi dentarie):**
 - fattura (**in fotocopia autocertificata (firmata) con la dicitura "COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE A MIE MANI"**) con descrizione (anche su certificato separato dalla fattura) dell'intervento e/o delle cure effettuate.
Ogni denuncia e/o documentazione va indirizzata direttamente al F.A.N.I.MAR.

MODULO DI RICHIESTA DI ISCRIZIONE
AL
FONDO ASSISTENZA NAZIONALE INTEGRATIVA MARITTIMI

Il sottoscritto: _____
nato il: _____ a: _____ prov.: _____
Codice Fiscale _____
Residente in (via/piazza): _____ n°: _____
C.A.P.: _____ Località: _____ Prov.: _____ Tel.: _____ / _____

nella sua qualità di:

- ☐ Dipendente dell'Armatore e/o Raccomandatario (Uff. Armamento): _____
con qualifica di: _____ in: ☐ R.O. ☐ C.R.L. ☐ T.P. ☐ T.G. oppure
☐ Dipendente della Società: _____ oppure
☐ Dipendente del Sindacato: _____ oppure
☐ Pensionato ex dipendente di: _____

CHIEDE

di essere iscritto al F.A.N.I.MAR. con prestazioni sanitarie di:

- ☐ Fascia "A SUPER." ☐ Fascia "A" ☐ Fascia "B" (barrare la casella scelta) per
l'anno _____ accettando integralmente i contenuti dello Statuto e del
Regolamento del Fondo stesso, nonché le disposizioni attuali e successive disposte
dal Consiglio d'Amministrazione o dal Comitato di Gestione per quanto di loro com-
petenza. Si impegna a versare il contributo annuale di adesione relativo alla fascia
prescelta. Per tramite (crocettare):
- ☐ Sottoscrizione della delega per la trattenuta del premio in forma rateale per tramite del
proprio datore di lavoro
- ☐ Versamento diretto con ordine di bonifico bancario permanente sul c/c (intestato al
F.A.N.I.MAR.)

N°: 5659 A.B.I.: 5437 C.A.B.: 1404 C.I.N.: L

BIPOP CARIRE - BANCA POPOLARE DI BRESCIA AG. N. 4

C.so Buenos Aires, 78/80 r. - 16129 Genova

Tale versamento per coloro che non hanno la trattenuta tramite il proprio datore di lavoro
dovrà essere effettuato direttamente dall'interessato in due rate semestrali anticipate.
L'iscrizione ed il relativo impegno al versamento del contributo annuale si intenderanno
tacitamente rinnovati di anno in anno salvo personale recesso per iscritto da inviare al
F.A.N.I.MAR. entro il **30 Settembre** di qualsiasi anno a mezzo lettera raccomandata.

DATA:

FIRMA

AVVERTENZE: - Ricordarsi di allegare alla domanda, se necessario, i moduli: "allegato 1" e
"allegato 2".
Ricordarsi di allegare alla domanda, quando necessario, prova dell'avvenuto
versamento diretto.

(Allegato 1 alla Richiesta di Iscrizione)

MODULO DI DELEGA
PER LA TRATTENUTA DEL CONTRIBUTO ANNUALE DI ISCRIZIONE
AL
FONDO ASSISTENZA NAZIONALE INTEGRATIVA MARITTIMI
(che ne curerà direttamente l'invio al Datore del lavoro)

Datore di lavoro: _____

Il sottoscritto: _____

matricola: _____

Qualifica: _____

residente (via, piazza): _____ n. _____

C.A.P. _____ Località _____ Prov. _____

AUTORIZZA

il proprio Datore di lavoro sopraindicato a versare al **F.A.N.I.MAR.** gli interi importi relativi alle due rate semestrali anticipate del contributo annuale di iscrizione al Fondo a partire dal mese di _____ (indicare Gennaio o Luglio) _____ dell'anno _____

TRATTENENDO

(barrare la casella interessata)

☐ la corrispondente somma di € _____, di propria competenza, dalla Busta Paga con frazionamento mensile, a seguito dei relativi accordi.

☐ la corrispondente somma di € _____, di propria competenza, dalla Busta Paga con frazionamento semestrale.

La presente delega si intende tacitamente rinnovata, dal 1° Gennaio al 31 Dicembre di ogni anno successivo ove non venga revocata entro la data del 30 Settembre di qualsiasi anno. Tale eventuale revoca dovrà essere inoltrata a mezzo lettera raccomandata al F.A.N.I.MAR. con sede in Genova all'indirizzo come da **MEMO** in copertina.

Le eventuali variazioni delle quote dei contributi annuali stabiliti dal Consiglio di Amministrazione del Fondo sono accettate automaticamente senza la sottoscrizione di una nuova delega, fatto salvo l'esercizio del diritto di revoca come sopra indicato.

DATA:

FIRMA:

(Allegato 2 alla Richiesta di Iscrizione)

FONDO ASSISTENZA NAZIONALE INTEGRATIVA MARITTIMI

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

(agli affetti dell'iscrizione al F.A.N.I.MAR.)

Il sottoscritto: _____

in relazione alla propria richiesta di iscrizione al F.A.N.I.MAR. effettua in data _____

CHIEDE

che vengono iscritti anche i seguenti componenti del proprio nucleo familiare ai sensi degli artt. 4 - 8 - 9 - 17 dello Statuto e Regolamento del F.A.N.I.MAR.:

	Nome e Cognome	Data di nascita	Grado di parentela
1) -	_____	_____	_____
2) -	_____	_____	_____
3) -	_____	_____	_____
4) -	_____	_____	_____
5) -	_____	_____	_____

Qualunque variazione a quanto sopra indicato Vi verrà tempestivamente segnalato a mezzo lettera raccomandata, allegando nuovo Stato di Famiglia.

DATA

FIRMA:

All: si allega certificato di Stato di Famiglia (in carta semplice).

**MODULO DI RICHIESTA
DI RISARCIMENTO PER PRESTAZIONI SANITARIE**
da inoltrare entro 30 giorni dalla data di prima prescrizione medica

Luogo e Data: _____

Spett.
F.A.N.I.MAR.
Via Milano, 40 C/6 sc. ds
16126 Genova

Il Sottoscritto Sig. _____ iscritto al F.A.N.I.MAR. al n° _____ (se comunicato)

(crocettare) ☐ DIPENDENTE oppure ☐ EX DIPENDENTE (pensionato)

Del seguente armatore o raccomandatario marittimo od agenzia marittima o sindacato:

Con la qualifica di : (crocettare)

☐ NAVIGANTE ☐ AMMINISTRATIVO OD OPERAIO ☐ OPERATORE SINDACALE

Con il grado o livello: (crocettare) _____

In: ☐ R.O. ☐ C.R.L. ☐ T.P. ☐ T.G.

CHIEDE

Per se stesso o per l'appartenente al nucleo familiare Sig. _____
il seguente risarcimento a seguito di prescrizione per: (crocettare)

☐ Ricovero Ospedaliero Privato	☐ Ricovero Ospedaliero Pubblico
☐ Vis. Specialistiche o Acc. Diagnostici o Es.Lab.	☐ Lenti da Vista
☐ Altro (se previsto e previa accettazione F.A.N.I.MAR.)	☐ _____

Allega la seguente documentazione: (certificati / fatture / ecc...)

A _____	D _____
B _____	E _____
C _____	F _____

Per un totale complessivo lordo di € _____

FIRMA
(leggibile)

(anche per presa visione delle "NORMATIVE DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI E DOCUMENTAZIONE NECESSARIA")

INDIRIZZO _____ C.A.P. _____ TEL. _____

NOTA BENE:

- Utilizzare un modulo (anche fotocopiato) per ogni richiesta e persona
- Fatture anche in fotocopia con la scritta "COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE A MIE MANI" e firma
- Fatture in originale solo per i ricoveri privati
- Non si potrà procedere al rimborso se la documentazione sarà incompleta o non conforme alla normativa
- Per ogni dubbio telefonare PREVENTIVAMENTE al F.A.N.I.MAR.

FANIMAR

STATUTO E REGOLAMENTO

Art. 1 - (Ordinamento e Scopo)

In attuazione della prima intesa in materia sottoscritta tra le Organizzazioni Sindacali - FILT/CGIL - FIT/CISL - UIL/TRASPORTI - e la FEDARLINEA, è costituita l'Associazione: " Fondo Assistenza Nazionale Integrativa Marittimi - FANIMAR", (in seguito chiamato "Fondo"), costituita con atto del Notaio in Chiavari Dott. Guido SANTORO opera senza fini di lucro allo scopo di erogare agli iscritti Lavoratori prestazioni a carattere sociale con particolare riguardo a quelle di natura sanitaria, - ad integrazione del S.S.N. - , nonchè a quelle di natura assistenziale in genere.

Il Fondo opera altresì allo scopo di erogare le stesse prestazioni anche agli iscritti Pensionati, ai quali, a seconda delle risorse economiche disponibili nel tempo, richiederà contributi di minore entità rispetto a quelli dovuti dagli iscritti Lavoratori.

Inoltre, sempre a seconda delle risorse economiche disponibili nel tempo, potrà prevedere, a favore di tutti gli iscritti, Lavoratori o Pensionati, l'erogazione di sussidi economici in casi di particolare necessità individuale, da valutarsi caso per caso.

Il Fondo ha sede legale in Genova con domicilio attualmente in Via Milano, civico 43, 2° piano. Il domicilio sempre nell'ambito della città di Genova, potrà essere mutato senza modifica del presente statuto, ma con semplice comunicazione da parte degli amministratori del nuovo domicilio agli organi competenti.

Art. 2 - (Applicazione)

Il contenuto dell' Art. 1 è applicabile a tutto il personale marittimo, indipendentemente che presti la propria opera su navi battenti bandiera nazionale od estera, - in particolare ai Comandanti e Direttori di Macchina, visti gli accordi già vigenti - ed al personale amministrativo delle Società di Navigazione soggette all' Intesa di cui sopra o di quelle firmatarie di Intese od Accordi successivi, nonchè a tutto il personale operante per le Organizzazioni Sindacali firmatarie delle stesse Intese o Accordi.

Per il personale già in pensione si applicheranno i disposti degli Articoli relativi.

Art. 3 - (Iscrizioni)

Con le modalità di cui all' Art. 5 ed in osservanza dei precedenti Art. 1 e 2, possono iscriversi al Fondo, con diritto all' assistenza anche per il nucleo familiare:

- a) - Comandanti e Direttori di Macchina.
- b) - Ufficiali di Coperta e di Macchina, Radiotelegrafisti e Commissari di Bordo.
- c) - Sottufficiali e Comuni.
- d) - Personale Amministrativo ed Operaio.
- e) - Personale operante per le Organizzazioni Sindacali firmatarie di Intese ed Accordi come sopra.
- f) - Personale già in pensione alla data di iscrizione al Fondo, per il quale varranno i disposti degli Articoli 10 e 17, in quanto applicabili.

Il personale di cui ai precedenti punti "a", "b", "c", "d", potrà iscriversi indipendentemente dall'appartenenza a Società di Navigazione o Agenzie a capitale pubblico, privato o misto.

Art. 4 - (Nucleo familiare)

Ad ogni effetto del presente Statuto e Regolamento, per nucleo familiare dell' iscritto avente diritto all'assistenza, si deve intendere quello rappresentato dal certificato di stato di famiglia dell' iscritto medesimo (da allegare alla domanda di iscrizione).

Ogni eventuale variazione del suddetto certificato dovrà essere comunicata al Fondo alla fine di ogni anno (fornendo copia del nuovo certificato).

In caso di decesso dell' iscritto, il Comitato di Gestione potrà mantenere l' iscrizione parziale o totale dei componenti il nucleo familiare, su richiesta degli stessi, alle condizioni stabilite dal Comitato medesimo.

Art. 5 - (Iscrizione e Recesso)

L' iscrizione al Fondo deve essere richiesta dall' interessato, secondo le modalità stabilite dal Consiglio di Amministrazione, mediante raccomandata A.R., da inviarsi al Fondo stesso e, per conoscenza, ove si tratti di personale Lavoratore, alla Società di appartenenza.

La domanda di iscrizione presuppone e comporta la conoscenza da parte dell' interessato delle norme del presente Statuto e Regolamento e la piena ed incondizionata accettazione di esse, nonchè delle loro eventuali e successive variazioni.

L' iscrizione al Fondo decorre dal 30° giorno successivo a quello di ricevimento della relativa domanda, purchè accettata dal Comitato di Gestione.

L'iscrizione effettuata nel primo semestre di calendario dell' anno dura fino al 31 dicembre dell' anno nel quale è stata presentata la domanda e si intende tacitamente rinnovata di anno in anno e con la stessa scadenza qualora l' iscritto non comunichi il recesso entro il 30 settembre.

L' iscrizione effettuata nel secondo semestre di calendario dell' anno dura fino al 31 dicembre dell' anno successivo a quello nel quale è stata presentata la domanda e a sua volta si intende tacitamente rinnovata di anno in anno e con la stessa scadenza qualora l' iscritto non comunichi il recesso entro il 30 settembre.

Il recesso di cui ai commi precedenti deve essere comunicato al Fondo con raccomandata A.R. da spedire entro la data suindicata e da inviare per conoscenza, ove si tratti di personale in servizio, alla Società di appartenenza.

Art. 6 - (Entrate)

Il Fondo provvede ai propri scopi con:

- a)** - i contributi versati dalle Società di appartenenza, in forza di Intese e Accordi, in proprio e per il personale in servizio in C.R.L. (Continuità di Rapporto di Lavoro) o in R.O. (Regolamento Organico), iscritto al Fondo;
- b)** - i contributi del personale Lavoratore iscritto al Fondo, non rientrante nei casi previsti dal precedente punto "a";
- c)** - i contributi dei pensionati delle Società stesse, ammessi all' iscrizione al Fondo;
- d)** - gli interessi di mora e di dilazione dei contributi;
- e)** - gli interessi e i rendimenti delle disponibilità amministrate;
- f)** - ogni altro provento che spetti od affluisca al Fondo a qualsiasi titolo;

Art. 7 - (Contributi)

L'entità dei contributi è stabilita:

- a) - totalmente o parzialmente dal contenuto degli Accordi o Intese intercorsi o che intercorreranno tra le Organizzazioni Sindacali e le Società di appartenenza degli iscritti.
- b) - dal Consiglio di Amministrazione in tutti gli altri casi, ai sensi dell' Art. 20.

I contributi sono dovuti:

- a) - dalle Società per il personale in servizio, come da Art. 6, punto "a".
- b) - dagli iscritti al Fondo ai sensi del precedente Art. 3.

I contributi devono essere versati con le modalità stabilite dal Consiglio di Amministrazione del Fondo, in quote semestrali anticipate non frazionabili, entro la fine del mese successivo al semestre di calendario al quale le quote stesse si riferiscono. In difetto si applica quanto previsto dall' Art. 11.

I contributi previsti dai punti "a" e "b" del presente articolo (secondo comma), sono dovuti dalla data di decorrenza di iscrizione al Fondo, indicata dall' Art. 5.

Art. 8 - (Contributo delle Società per il personale in servizio)

Il contributo delle Società per il personale in servizio ed iscritto al Fondo ai sensi dell' Art. 3, è stabilito indipendentemente dal numero dei familiari assistibili, e deve essere versato nei termini e con la decorrenza previsti dal precedente Art. 7, per ciascun iscritto al Fondo che risulti in servizio il primo giorno di ogni semestre di calendario.

Art. 9 - (Contributo individuale del personale lavoratore)

Il contributo individuale del personale lavoratore a carico degli iscritti al Fondo ai sensi dell' Art. 3, è stabilito indipendentemente dal numero dei familiari assistibili.

Il contributo individuale del personale in servizio è trattenuto sulla loro retribuzione dalle Società dalle quali dipendono, che provvedono a versarlo unitamente al contributo da esse dovuto ai sensi dell' Art. 7.

E' a tal fine che il personale in servizio deve comunicare alla Società di appartenenza la propria iscrizione al Fondo, come previsto al precedente Art. 5.

Art. 10 - (Contributo dei pensionati)

Il contributo di cui all' Art. 7 che, per i pensionati iscritti è a loro totale carico, deve essere versato in rate semestrali anticipate, non frazionabili, entro la fine del mese successivo al semestre di calendario al quale le quote stesse si riferiscono, salvo eventuali successive variazioni degli importi e delle modalità di versamento che potranno essere decise dal Consiglio di Amministrazione, in relazione alle risorse economiche a disposizione del Fondo.

Art. 11 - (Ritardato versamento dei contributi)

In caso di ritardato versamento dei contributi rispetto ai termini previsti, l' erogazione delle prestazioni è sospesa e sui contributi dovuti è applicato un interesse di mora su base annua, fissato dal Consiglio di Amministrazione del Fondo, in misura non inferiore al tasso ufficiale di sconto in vigore al 1° gennaio di ogni anno, maggiorato di due punti. E' in facoltà del Comitato di Gestione del Fondo di concedere, su motivata richiesta, dilazioni o rateazioni non superiori a 12 mesi nel pagamento dei contributi dovuti, stabilendone condizioni e modalità.

E' pure in facoltà del Comitato di Gestione del Fondo, ove non sia stata versata dall' iscritto alcuna somma a titolo di contributo per un periodo continuativo pari ad almeno 1 anno, disporre, previa lettera di diffida, a mezzo raccomandata A.R., la cancellazione dell' iscrizione ad ogni effetto, fermo restando l' obbligo al versamento dei contributi dovuti alla data della cancellazione stessa.

Art. 12 - (Prestazioni di natura sanitaria)

Le prestazioni hanno carattere esclusivamente economico ed integrativo di quelle fornite dal S.S.N.

Riguardano, nei limiti previsti dal tariffario in vigore redatto dal Consiglio di Amministrazione, o nei limiti delle Condizioni Generali e/o particolari di Contratti di Assicurazione, sottoscritti a favore del Fondo:

- a) - ricoveri con o senza intervento chirurgico;
- b) - ricoveri con degenza per forme morbose croniche in Istituti di cura riconosciuti previa autorizzazione del Comitato di Gestione del Fondo;
- c) - visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- d) - protesi oculistiche;
- e) - cure e protesi odontoiatriche, in funzione delle risorse disponibili e con le modalità di volta in volta stabilite;
- f) - terapie fisiche;
- g) - medicinali somministrati in corso di ricovero con degenza;
- h) - assistenza infermieristica domiciliare in funzione delle risorse disponibili e con le modalità di volta in volta stabilite;
- i) - assistenza infermieristica domiciliare continuativa, previa autorizzazione del Comitato di Gestione del Fondo.

Sono tassativamente escluse tutte le prestazioni di medicina preventiva, nonché le cure e gli interventi di natura estetica.

Art. 13 - (Erogazione delle prestazioni di natura sanitaria)

L' erogazione delle prestazioni viene effettuata in relazione alle spese effettivamente sostenute nei limiti previsti dal precedente Art. 12, e semprechè vi sia continuità e regolarità nei versamenti contributivi.

In caso contrario l' erogazione delle prestazioni è sospesa fino alla regolarizzazione della posizione contributiva, semprechè questa intervenga entro 6 mesi dai termini fissati.

Trascorso inutilmente tale periodo, l' eventuale regolarizzazione potrebbe essere respinta in attesa di ulteriori provvedimenti.

Sono in ogni caso escluse, ai fini dell' erogazione delle prestazioni, le spese sostenute riferite ad eventi insorti anteriormente alla data di decorrenza dell' iscrizione al Fondo.

Le prestazioni devono essere richieste entro 60 giorni dalla data di fattura, con le modalità stabilite dal Consiglio di Amministrazione.

Nel caso che talune delle prestazioni siano garantite da Contratto di Assicurazione le richieste devono essere inoltrate direttamente all' Assicuratore, il quale ne curerà la definizione, sotto il controllo del Comitato di Gestione.

Art. 14 - (Prestazioni di altra natura e loro erogazione)

Le prestazioni di natura diversa da quelle a carattere sanitario, come da Art. 1 del presente Statuto e Regolamento, e loro modalità di erogazione, sono stabilite, in funzione delle risorse disponibili, dal Consiglio di Amministrazione, il quale, attraverso il Comitato di Gestione, ne curerà la divulgazione presso gli iscritti all' inizio di ogni anno.

Art. 15 - (Cancellazione dal Fondo)

La cancellazione dal Fondo di un iscritto è prevista solo nei seguenti casi:

- a) - recesso dell' iscritto ai sensi e con le modalità di cui all' Art. 5.
- b) - cancellazione disposta dal Comitato di Gestione del Fondo ai sensi e con le modalità di cui allo Art. 11.
- c) - cancellazione disposta dal Consiglio di Amministrazione, ai sensi dell' Art. 20, e comunicata all' interessato mediante raccomandata A.R. contenente la data di decorrenza della cancellazione e l' eventuale importo corrispondente al rimborso del contributo versato e non goduto dall' iscritto a tale data.

Art. 16 - (Ricorsi)

Avverso i provvedimenti del Comitato di Gestione in materia anagrafico-contributiva e di prestazioni, gli iscritti e le Società hanno facoltà di proporre ricorso al Consiglio di Amministrazione, a mezzo raccomandata A.R. entro 60 giorni dalla ricevuta comunicazione dei provvedimenti stessi.

Art. 17 - (Limiti di età)

Possono iscriversi al Fondo tutti coloro che, alla data di spedizione della domanda, non abbiano compiuto i 65 anni di età. Gli altri possono ugualmente avanzare richiesta di iscrizione; il Comitato di Gestione, ai sensi dell' Art. 21, vaglierà le possibilità di accoglimento caso per caso.

Art. 18 - (Organi del Fondo)

Sono Organi del Fondo:

- a) - L' Assemblea degli Iscritti;
- b) - Il Consiglio di Amministrazione;
- c) - Il Presidente;
- d) - Il Vice Presidente;
- e) - Il Comitato di Gestione.

Art. 19 - (Assemblea)

L' Assemblea deve essere convocata almeno una volta all' anno entro il 31 dicembre successivo alla chiusura dell' esercizio; la convocazione verrà fatta mediante affissione nell' Albo del Fondo presso la sua sede legale o nei suoi uffici direzionali almeno sessanta giorni prima di quello fissato per l' adunanza.

L' Assemblea dovrà pure essere convocata su domanda firmata da almeno un decimo degli iscritti.

L' Assemblea può essere convocata anche fuori dalla sede sociale, purchè in Italia.

L' Assemblea delibera sul rendiconto finanziario sulle modifiche dall' atto costitutivo e statuto, e su tutto quant' altro a lei demandato per legge o per statuto.

Hanno diritto di intervenire all' Assemblea tutti i soci in regola nel pagamento del contributo annuo.

I soci possono farsi rappresentare da altri soci anche se membri del Consiglio con le limitazioni di legge e con un massimo di dieci deleghe per ciascuno.

L' Assemblea è presieduta dal Presidente del Consiglio, in mancanza dal Vice Presidente; in mancanza di entrambi l' Assemblea nomina il proprio Presidente.

Il Presidente dell' Assemblea nomina un Segretario e, se lo ritiene il caso, due scrutatori. Spetta al Presidente dell' Assemblea di constatare la regolarità delle deleghe ed in genere il diritto di intervento all' Assemblea.

Delle riunioni di Assemblea si redige processo verbale firmato dal Presidente e dal Segretario, ed eventualmente dagli scrutatori.

In prima convocazione le deliberazioni dell' Assemblea sono prese a maggioranza dei voti e con la presenza di almeno la metà degli associati; in seconda convocazione la deliberazione è valida qualunque sia il numero degli intervenuti e delibera con la maggioranza dei soci presenti. Per modificare l' atto costitutivo e lo statuto occorrono la presenza di almeno tre quarti degli iscritti e il voto favorevole della maggioranza dei presenti.

Art. 20 - (Consiglio di Amministrazione)

Il Consiglio di Amministrazione è costituito da un minimo di 9 ad un massimo di 15 membri nominati dalle tre Organizzazioni Sindacali in misura paritetica. In sede di atto costitutivo il Consiglio viene nominato dai soci intervenuti, sempre in misura paritetica e sempre in conformità alle indicazioni delle predette tre Organizzazioni Sindacali.

Tali membri devono essere già iscritti al Fondo, in difetto devono iscriversi contestualmente alla nomina.

Il Consiglio ha il compito di amministrare il Fondo ed è investito dei più ampi poteri per l'attuazione di quanto previsto dal presente Statuto e Regolamento.

In particolare il Consiglio:

- nomina, tra i suoi membri, il proprio Presidente e Vice Presidente conferendo loro i poteri di cui al successivo Art. 22;
- stabilisce, con la maggioranza dei 2/3 dei componenti, eventuali modifiche al tariffario nell'ambito delle prestazioni indicate all'Art. 12;
- definisce i criteri generali e le modalità di rimborso delle prestazioni;
- stabilisce gli importi dei contributi nei casi previsti dall'Art. 7;
- definisce le modalità di versamento dei contributi;
- stabilisce criteri e modalità per l'iscrizione al Fondo ai sensi dell'Art. 5;
- determina l'interesse di mora da applicare sui contributi versati in ritardo;
- dispone, con l'approvazione dei 2/3 dei componenti, l'eventuale cancellazione dal Fondo di iscritti, nei casi non già di competenza del Comitato di Gestione;
- con la maggioranza dei 2/3 dei componenti approva i rendiconti degli esercizi finanziari annuali e decide gli investimenti di eventuali fondi di riserva ordinari e straordinari;
- decide insindacabilmente ed inappellabilmente sugli eventuali ricorsi;
- elegge tra i suoi componenti o tra gli iscritti i membri del Comitato di Gestione al quale può delegare, di volta in volta, particolari compiti; elegge il Presidente di detto Comitato;
- determina l'applicazione dei contenuti dell'Art. 14 e relative modalità di attuazione;
- per i propri compiti può avvalersi di Consulenti esterni che, qualora necessario, farà partecipare alle riunioni degli Organi del Fondo.

Il Presidente e il Vice Presidente e i membri del Consiglio durano in carica 4 anni e possono essere riconfermati.

In caso di cessazione del Presidente, del Vice Presidente o di un Consigliere nel corso del mandato, la sostituzione è effettuata per il periodo residuo su designazione delle rispettive Organizzazioni di appartenenza.

Il Consiglio si riunisce almeno due volte l'anno su convocazione del Presidente o su richiesta di almeno 1/3 dei suoi componenti.

Le convocazioni con contestuale trasmissione dell'o.d.g. e degli eventuali documenti istruttori sono fatte a mezzo raccomandata, da spedire a domicilio dei componenti, almeno 15 giorni prima della riunione.

Nei casi di particolare urgenza la convocazione potrà essere fatta anche con telegramma, contenente in ogni caso l'o.d.g. e da spedire almeno 5 giorni prima della riunione.

Le riunioni sono presiedute dal Presidente e sono validamente costituite purché siano presenti almeno la metà più uno dei componenti.

Le deliberazioni sono prese a maggioranza dei presenti, salvo i casi sopraindicati, per i quali è richiesta la maggioranza ivi specificata.

Art. 21 - (Comitato di Gestione)

Il Comitato di Gestione composto di tre membri anche non facenti parte del Consiglio di Amministrazione, purchè iscritti, è nominato dal Consiglio di Amministrazione, dura in carica per lo stesso periodo del Consiglio.

Il Presidente di detto Comitato viene eletto dal Consiglio di Amministrazione. Il Consiglio di Amministrazione potrà, qualora lo ritenesse necessario, nominare anche due membri supplenti di detto Comitato.

Il Comitato, in relazione alle delibere del Consiglio:

- cura la gestione del Fondo;
- esamina tutte le domande di iscrizione, decidendone l' accoglimento o meno, in particolare nei casi previsti dall' Art. 17;
- definisce la normativa per l' accesso alle prestazioni del Fondo;
- propone al Consiglio le eventuali modifiche al tariffario;
- propone al Consiglio i criteri generali e le modalità di rimborso delle prestazioni;
- propone al Consiglio le modalità di versamento dei contributi;
- divulga le informative agli iscritti in relazione alla normativa prevista per l' accesso alle prestazioni fornite dal Fondo e, con cadenza annuale le eventuali variazioni;
- adotta provvedimenti relativi allo stato di morosità e può concedere dilazioni e rateazioni nel versamento dei contributi ai sensi dell' Art. 11;
- autorizza rimborsi per ricoveri in lunga degenza o per assistenza infermieristica continuativa;
- propone al Consiglio i criteri di investimento di eventuali fondi di riserva ordinari e straordinari;
- predisporre i rendiconti annuali da sottoporre al Consiglio;
- provvede ad ogni altro compito che gli sia delegato, di volta in volta, con delibera del Consiglio di Amministrazione.

Il Comitato si riunisce normalmente ogni due mesi.

Per la convocazione e validità delle riunioni e per le deliberazioni valgono le stesse norme previste, in via generale, per il Consiglio di Amministrazione.

Art. 22 - (Presidente e Vice Presidente)

Il Presidente, nominato dal Consiglio di Amministrazione che può essere membro del Comitato di Gestione, ha la legale rappresentanza del Fondo, sovrintende alla sua gestione ed assicura l' attuazione delle direttive degli Organi Collegiali.

In caso di temporaneo impedimento il Presidente è sostituito dal Vice Presidente che può essere membro del Comitato di Gestione e che viene nominato dal Consiglio di Amministrazione.

Art. 23 - (Rendiconti annuali)

L' esercizio finanziario decorre dal 1° gennaio al 31 dicembre di ogni anno.

Il primo esercizio si chiude il 31 dicembre 1997.

Il rendiconto dell' esercizio finanziario dell' anno precedente deve essere predisposto ed approvato, a norma degli Art. 19 e 20, entro il 30 giugno successivo.

Esso viene trasmesso entro il 31 luglio, corredato da una relazione, alle Organizzazioni Sindacali interessate.

Verrà infine ratificato dall' Assemblea Ordinaria con le maggioranze come sopra previste entro il 30 settembre successivo.

Art. 24 - (Scioglimento del Fondo)

La decisione circa lo scioglimento del Fondo, nonché circa la devoluzione di eventuali residui attivi compete al Consiglio di Amministrazione, in quanto nominato dalle tre Organizzazioni Sindacali, con decisione unanime.

Art. 25 - (Applicabilità generale)

Il presente Statuto e Regolamento sarà automaticamente applicato, a fronte di successive Intese o Accordi Sindacali, ad ogni Associazione Sindacale datoriale o Società firmataria di tali Intese o Accordi.

Art. 26 - (Foro Competente)

Per tutto quanto non previsto valgono le norme di legge in materia.

Per ogni controversia che dovesse insorgere nell' applicazione del presente Statuto sarà competente il Foro di Genova.

**PROCEDURE DA SEGUIRE PER POTER RICHIEDERE GLI INDENNIZZI PREVISTI DAL-
L'ULTIMO ACCORDO NAZIONALE SINDACALE DEL 20/12/2002 IN CASO DI MORTE OD
INVALIDITÀ PERMANENTE A SEGUITO DI INFORTUNIO E CHE VANNO A FORMARE
PARTE INTEGRANTE DEL PREDETTO ACCORDO**

1. Lettera raccomandata indirizzata al F.A.N.I.MAR. (Fondo Assistenza Nazionale Integrativa Marittimi), nella quale si denuncia l'infortunio subito a bordo od in franchigia (per i marittimi in R.O. ed in C.R.L. anche se subito durante i periodi di riposo a terra) da inviarsi entro 15 giorni dalla data dell'infortunio o dalla data di sbarco dovuta all'infortunio medesimo, pena la perdita del diritto a richiedere l'eventuale indennizzo per decadenza dei termini. Si ricorda altresì che in ogni caso dopo un anno interviene la prescrizione prevista dal codice civile in materia.
2. Se a causa dell'infortunio risultassero dei postumi invalidanti: lettera raccomandata al Fanimar con allegata la valutazione medica (in originale) che attesta il supposto grado di invalidità permanente (purché evidentemente superiore al minimo di franchigia del 5%) entro 1 anno dalla data di denuncia dell'infortunio. In mancanza, comunque una lettera raccomandata al Fanimar per interrompere il suddetto termine di prescrizione.
3. Al ricevimento della valutazione medica che attesta un grado di invalidità permanente superiore al 5% il Fanimar provvederà a richiedere al marittimo e/o all'Armatore la documentazione necessaria all'accertamento dell'indennizzabilità dell'evento, per poi verificarla, preliminarmente, in base ai contenuti ed all'applicabilità del suddetto Accordo Nazionale Sindacale e, di concerto con i propri Assicuratori di riferimento, per verificarla definitivamente in base alle condizioni generali e particolari delle polizze "in convenzione" dallo stesso sottoscritte in funzione dell'Accordo medesimo.
4. Nel caso in cui l'accertamento confermi l'indennizzabilità, il Fanimar passerà tutta la documentazione ai propri Assicuratori di riferimento che provvederanno ad incaricare il loro medico fiduciario perché visiti il marittimo e confermi o meno il grado di invalidità indicato dalla valutazione medica di parte inviata dal marittimo stesso.
5. Gli Assicuratori di riferimento, ottenuto l'esito della visita effettuata dal loro medico fiduciario, invieranno al marittimo comunicazione scritta di tale esito allegando atti di quietanza per l'importo corrispondente al grado di invalidità accertato dal proprio medico fiduciario (sempre che risulti superiore al 5%).
6. Entro 30 giorni lavorativi dal ricevimento degli atti di quietanza debitamente sottoscritti e datati da parte del marittimo interessato, di norma (salvo il periodo feriale estivo e di fine anno) gli Assicuratori di riferimento provvederanno al pagamento a mezzo bonifico bancario sul conto corrente del marittimo stesso, i cui estremi il medesimo dovrà aver inviato in accompagnamento agli atti di quietanza di cui sopra.
7. Ribadendo che agli effetti dell'accertamento definitivo dell'indennizzabilità dell'evento valgono le condizioni generali e particolari delle polizze "in convenzione" sottoscritte dal Fanimar in conformità agli usi di mercato in materia ed inviate a Confitarma e Fedarlinea per l'opportuna conoscenza, si vuole ulteriormente precisare e/o integrare e/o convenire:

A) che per l'accertamento del grado di invalidità permanente da infortunio, nella fattispecie, si potrà far riferimento solo alle tabelle INAIL, senza quindi tenere conto del danno biologico od altro come previsto invece quando si chiede un risarcimento a terzi per supposta responsabilità nell'accadimento dell'evento.

B) che il termine di prescrizione nella fattispecie è di un anno come da Codice Civile in materia.

C) che sono esclusi dagli indennizzi le conseguenze di infortuni pregressi al versamento al Fanimar da parte degli Armatori dei contributi previsti dall'Accordo Sindacale per l'attivazione od il mantenimento annuale delle relative coperture a favore dei marittimi interessati.

D) che non costituisce infortunio ogni evento che non sia dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna e che non produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Escludendo quindi qualunque forma di malattia quali, ad esempio, infarto, ictus, etc, ipotesi peraltro sostenibile solo ed esclusivamente, nell'ambito della "responsabilità civile", nei confronti di chi possa eventualmente essere ritenuto responsabile dell'evento accaduto.

E) che ogni eventuale prestazione sociale e/o assistenziale aggiuntiva erogata direttamente dal Fanimar ai marittimi interessati dagli Accordi Sindacali, non può costituire alcuna forma di obbligo per il Fondo stesso, che eroga, Statutariamente, in forma di elargizione volontaria, nei limiti delle proprie risorse disponibili, su delibera ed ad insindacabile giudizio del proprio Comitato di gestione e/o del proprio Consiglio di Amministrazione riservandosi la facoltà di valutarne l'opportunità anche caso per caso.

F) che ogni marittimo interessato potrà rivolgersi per ogni ulteriore dubbio od informazione preventivamente al Fanimar stesso od alle O.O.SS. di categoria firmatarie dell'Accordo Nazionale Sindacale.

Roma, Novembre 2003

F.to FILT CGIL

F.to CONFITARMA

F.to FIT/CISL

F.to FEDARLINEA

F.to UILTRASPORTI

**PROCEDURE DA SEGUIRE PER POTER RICHIEDERE GLI INDENNIZZI PREVISTI
DALL'ULTIMO ACCORDO NAZIONALE SINDACALE DEL 20/12/2002, A SEGUITO DI
DEFINITIVA DICHIARAZIONE DI INIDONEITÀ ALLA NAVIGAZIONE, CON CONSEGUENTE
ANNULLAMENTO DEL RELATIVO LIBRETTO E CHE VANNO A FORMARE PARTE
INTEGRANTE DEL PREDETTO ACCORDO**

1. Lettera raccomandata al F.A.N.I.MAR. (Fondo Assistenza Nazionale Integrativa Marittimi), nella quale si denuncia l'avvenuta dichiarazione di inidoneità alla navigazione già da parte della Commissione di I° grado allegando l'ultimo completo verbale redatto dalla Commissione nonché eventuali verbali di precedenti visite effettuate dalla Commissione stessa, entro 15 giorni dalla data in cui il marittimo ne è venuto a conoscenza, pena la perdita del diritto a richiedere l'eventuale indennizzo per decadenza dei termini. Si ricorda altresì che in ogni caso dopo un anno interviene la prescrizione prevista dal codice civile in materia.
2. Adempiuto a quanto riportato al punto "1" il marittimo deve, nei termini e con le modalità di legge (attualmente entro 30 giorni), proporre ricorso contro la suddetta dichiarazione di inidoneità alla navigazione alla Commissione Centrale di II° grado, inviando al Fanimar copia di tale ricorso. Se il ricorso verrà respinto dovrà inviare una copia del provvedimento relativo, sempre al Fanimar, per il prosieguo della pratica.
3. In alternativa a quanto indicato al punto "2", qualora il marittimo ritenesse che le patologie di cui è affetto siano così gravi e manifeste da rendere inutile il ricorso alla Commissione di II° grado in quanto quest'ultima non potrebbe far altro che respingerlo, potrà, nella stessa lettera raccomandata di denuncia di cui al punto "1", richiedere la costituzione del previsto Collegio Arbitrale. In tal caso la richiesta dovrà contenere nome, cognome, indirizzo e recapito telefonico del proprio medico ed arbitro designato nonché la dichiarazione di non aver proposto né di voler proporre ricorso alla Commissione di II° grado.
4. Il Fanimar al ricevimento del provvedimento di respinta del ricorso di cui al punto "2" od al ricevimento della richiesta di arbitrato di cui al punto "3", provvederà a raccogliere la documentazione necessaria all'accertamento dell'indennizzabilità dell'evento per poi verificarla, preliminarmente, in base ai contenuti ed all'applicabilità del suddetto Accordo Nazionale Sindacale e, di concerto con i propri Assicuratori di riferimento, per verificarla definitivamente in base alle condizioni generali e particolari delle polizze "in convenzione" dallo stesso sottoscritte in funzione dell'Accordo medesimo.
5. Qualora l'accertamento confermi l'indennizzabilità il Fanimar, nel caso abbia ricevuto il provvedimento della Commissione di II° grado che respinge il ricorso del marittimo, provvederà ad inviare tutta la documentazione ai propri Assicuratori di riferimento per le operazioni di liquidazione e pagamento.
6. Qualora l'accertamento confermi l'indennizzabilità, il Fanimar, nel caso di richiesta di arbitrato, passerà la documentazione ai propri Assicuratori di riferimento che provvederanno ad avviare le procedure arbitrali incaricando il loro medico fiduciario ed arbitro perché giunga, di comune accordo con l'arbitro designato dal marittimo, alla nomina del terzo arbitro. Il giudizio del Collegio Arbitrale sarà inappellabile per tutte le parti in causa.
7. Gli Assicuratori di riferimento al ricevimento di quanto al punto "5" oppure delle decisioni del Collegio Arbitrale di cui al punto "6", se favorevoli al marittimo, provvederanno ad inviare al marittimo stesso atti di quietanza per l'importo dovuto in base agli scaglionamenti di età previsti dall'Accordo.

8. Entro 30 giorni lavorativi dal ricevimento degli atti di quietanza debitamente sottoscritti e datati da parte del marittimo interessato, di norma (salvo il periodo feriale estivo e di fine anno) gli Assicuratori di riferimento provvederanno al pagamento effettivo a mezzo bonifico bancario sul conto corrente del marittimo stesso, i cui estremi il medesimo dovrà aver inviato in accompagnamento agli atti di quietanza di cui sopra.

9. Ribadendo che agli effetti dell'accertamento definitivo dell'indennizzabilità dell'evento valgono le condizioni generali e particolari delle polizze "in convenzione" sottoscritte dal Fanimar in conformità agli usi di mercato in materia ed inviate a Confitarma e Fedarlinea per l'opportuna conoscenza, si vuole ulteriormente precisare e/o integrare e/o convenire:

A) che per l'accertamento dell'indennizzabilità, per data dell'evento, in relazione alla denuncia di cui al punto "1", si deve intendere la data di accadimento dell'infortunio o di insorgenza della malattia che ha causato la dichiarazione di inidoneità alla navigazione in quanto gli eventi assicurati sono sempre gli infortuni e le malattie che però possono essere indennizzati, alle condizioni previste, solo nel caso in cui siano risultati così gravi da comportare la dichiarazione di inidoneità alla navigazione da parte della Commissione di I° grado nonché di quella di II° grado (fatto salvo quanto previsto al punto "3").

B) che per i marittimi in R.O., C.R.L. o prelevati dalle liste del T.P. permanente dell'Armatore di appartenenza, le coperture valgono anche per gli eventi occorsi anche durante i periodi di riposo a terra. Per i marittimi prelevati o provenienti dal T.G. solo se occorsi esclusivamente a bordo od in franchigia (senza estensioni di alcun genere a dopo lo sbarco) e se risultati causa stessa dello sbarco.

C) che il termine di prescrizione nella fattispecie è di un anno come da Codice Civile in materia.

D) che sono esclusi dagli indennizzi quegli infortuni o malattie pregressi ai versamenti al Fanimar, da parte degli Armatori, dei contributi previsti dall'Accordo Sindacale per l'attivazione od il mantenimento annuale delle relative coperture a favore dei marittimi interessati.

E) che ogni eventuale prestazione sociale e/o assistenziale aggiuntiva erogata direttamente dal Fanimar ai marittimi interessati dagli Accordi Sindacali, non può costituire alcuna forma di obbligo per il Fondo stesso, che eroga, Statutariamente, in forma di elargizione volontaria, nei limiti delle proprie risorse disponibili, su delibera ed ad insindacabile giudizio del proprio Comitato di gestione e/o del proprio Consiglio di Amministrazione riservandosi la facoltà di valutarne l'opportunità anche caso per caso.

F) che ogni marittimo interessato potrà rivolgersi per ogni ulteriore dubbio od informazione preventivamente al Fanimar stesso od alle O.O.SS. di categoria firmatarie dell'Accordo Nazionale Sindacale.

Roma, Novembre 2003

F.to FILT CGIL

F.to CONFITARMA

F.to FIT/CISL

F.to FEDARLINEA

F.to UILTRASPORTI