



**A TUTTI GLI ASSOCIATI  
FIAM**

**Circolare 5/2024**

**Oggetto: Ciclo di CHECK-UP biennio 2025/2026**

Anche per il biennio 2025/2026, Il Consiglio di Amministrazione del Fondo Malattia ha deciso di proporre a tutti i propri Associati la possibilità di effettuare un check-up medico di prevenzione presso alcune strutture convenzionate, con i tempi e le modalità già sperimentati negli anni scorsi.

Riportiamo di seguito le strutture convenzionate, presso le quali sarà possibile sottoporsi alle visite:

- Casa di Cura Beato Palazzolo	Bergamo
- Clinica San Francesco	Bergamo * <b>NUOVA CONVENZIONE</b>
- Clinica Humanitas Castelli	Bergamo
- Centro Medico BIOS	Roma
- Fondazione Poliambulanza	Brescia
- H San Raffaele Resnati	Milano
- Strutture del Gruppo Synlab:	
Synlab Italia (CAM)	Monza
Synlab Italia (Centro S. Nicolò)	Como
Synlab Data Medica	Padova
Synlab Il Baluardo	Genova (Porto Antico)

Riassumiamo brevemente alcune novità rispetto ai protocolli proposti nel biennio precedente:

**Casa di Cura Palazzolo, Bergamo:** è stato ampliato il pacchetto delle analisi cliniche e sono stati inseriti alcuni "MODULI" di approfondimento legati ad alcune specifiche patologie (prevenzione fumatori – prevenzione vascolare - ecc)

**Clinica San Francesco, Bergamo:** **NUOVA CONVENZIONE.** Il protocollo sanitario proposto è lo stesso di Humanitas Castelli, ma con l'aggiunta di una visita specialistica nel pacchetto base. La Clinica San Francesco propone infatti la visita specialistica cardiologica distinta dalla visita internistica.

**Fondazione Poliambulanza, Brescia:** gli Associati che intendono effettuare il check-up presso questa struttura possono scegliere tra un check-up svolto il sabato mattina (come già avvenuto in questi ultimi anni) oppure un check-up più completo, da svolgersi di **venerdì, ma sarà necessario rimanere nella struttura almeno fino alle ore 16.00.**

Per le altre strutture (Humanitas Castelli – HSR San Raffaele Resnati – Bios – Gruppo Synlab) vengono proposti gli stessi protocolli sanitari del biennio precedente.

E' importante leggere attentamente le schede di ciascuna struttura (in allegato) al fine di effettuare una scelta consapevole e mirata alle proprie esigenze.

Inoltre, alla luce della sempre maggiore onerosità dei rimborsi relativi alle spese sanitarie, il CdA ha rivisto sia i massimali che le percentuali dell'onere a carico del Fondo a decorrere dal 1/1/2025 rispetto al costo totale del check-up, nelle misure di seguito dettagliate:

**Check-up dell'Associato/a: a carico del Fondo 60% del costo totale fino ad un massimo di € 250**

**Check-up di un Familiare iscritto: a carico del Fondo 60% del costo totale fino ad un massimo di € 250**

**Check-up per altri Familiari\* iscritti: costo totalmente a carico del richiedente**

(\* è possibile prenotare anche per familiari non iscritti, es. fratelli, genitori)

**Vi ricordiamo che la parte che rimane a carico dell'Associato può essere rimborsata attraverso l'utilizzo dell'ASA (Assistenza Sanitaria Aggiuntiva).**

Inoltre, ricordiamo che:

- le prenotazioni saranno effettuate in ordine di età dell'Associato e in ogni caso cercando di rispettare l'intervallo di 2 anni dal precedente check-up; per urgenze occorre contattare la Segreteria del Fondo che provvederà, nel limite del possibile, ad anticipare la prenotazione;
- le visite e gli esami previsti nel Check-up saranno eseguiti, in linea di massima, nell'arco dell'intera mattinata (escluso il check-up del venerdì presso Poliambulanza di Brescia per il quale è necessaria l'intera giornata);
- la data dell'appuntamento sarà fissata d'intesa con l'Associato;
- nei giorni precedenti l'appuntamento verranno fornite precise istruzioni circa le modalità di preparazione ed esecuzione del Check-up.
- 

**Pertanto, chi fosse interessato ad effettuare il check-up nel prossimo biennio 2025/2026 è pregato di compilare ed inviare al Fondo Malattia il modulo di adesione allegato alla presente Circolare.**

**Il modulo di adesione va restituito - preferibilmente via mail - alla Segreteria del Fondo**

**entro venerdì 29 novembre 2024**

La Segreteria del Fondo rimane a completa disposizione per tutti i chiarimenti del caso (tel. 035.393658 – 035.393025).

Cordiali saluti.

**Fondo Integrativo Assistenza Malattia**

**FIAM**

**il Presidente Massimo Previtali**



Bergamo, 15 ottobre 2024

Alla cortese attenzione del

FIAM - Fondo Integrativo Assistenza Malattia  
Via San Francesco d'Assisi, 8 24121 Bergamo  
Cod. ufficio H3974

mail: [fondo.malattia@bancobpm.it](mailto:fondo.malattia@bancobpm.it)

## **ADESIONE AL CICLO DI CHECK-UP 2025/2026**

### **Adesione dell'Associato:**

.....  
(matr.) (cognome e nome dell'Associato) (recapito telefonico)

### **Adesione del Familiare iscritto al Fondo:**

.....  
(cognome e nome del Familiare) (data di nascita)

### **Scelta del Centro Medico:**

- |                          |                                       |                             |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Casa di Cura Beato Palazzolo          | Bergamo                     |
| <input type="checkbox"/> | Clinica San Francesco                 | Bergamo                     |
| <input type="checkbox"/> | Clinica Humanitas Castelli            | Bergamo                     |
| <input type="checkbox"/> | Synlab Italia Monza                   | Monza                       |
| <input type="checkbox"/> | Synlab Italia - Centro San Nicolò     | Como                        |
| <input type="checkbox"/> | Synlab Data Medica                    | Padova                      |
| <input type="checkbox"/> | Synlab Italia – Il Baluardo           | Genova                      |
| <input type="checkbox"/> | Fondazione Poliambulanza c.u. SABATO  | Brescia                     |
| <input type="checkbox"/> | Fondazione Poliambulanza c.u. VENERDì | Brescia (TUTTA LA GIORNATA) |
| <input type="checkbox"/> | H San Raffaele Resnati                | Milano                      |
| <input type="checkbox"/> | Centro Medico BIOS                    | Roma                        |

### **Autorizzazione di addebito:**

Il/La sottoscritto/a autorizza il FIAM Fondo Integrativo Assistenza Malattia ad addebitare, sul proprio conto corrente, il costo del Check-up, al netto della quota di rimborso (quota a carico del Fondo), come indicato nei "protocolli sanitari", di cui ho preso visione.  
In fede,

firma .....

### **Adesione di altri familiari, anche NON iscritti al Fondo *(costo interamente a carico del richiedente)*:**

.....  
(cognome e nome) (data di nascita)

.....  
(cognome e nome) (data di nascita)