



**A TUTTI GLI ASSOCIATI  
FIAM**

**Circolare 6/2020**

**Ogg.: ciclo di CHECK-UP 2021/2022**

Anche per il biennio 2021/2022, 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.

Considerata la situazione di emergenza sanitaria che stiamo attraversando - che ha purtroppo ridotto molte attività di prevenzione del Servizio Sanitario Nazionale - il CdA del Fondo, in segno di vicinanza e di attenzione verso i propri Associati, ha deliberato per il biennio 2021/2022 un aumento della quota rimborsata per il check-up, sia a favore dell'Associato che di un Familiare iscritto, intendendo in tal modo favorire l'adesione alla campagna di prevenzione proposta (v. più avanti i dettagli sulle condizioni economiche).

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

- <b>Casa di Cura Beato Palazzolo</b>	via San Bernardino 56 - Bergamo
- <b>Cliniche Gruppo Humanitas: Humanitas Castelli Humanitas Medical Care</b>	via Mazzini 11 - Bergamo via Camozzi 10 - Bergamo (nuova apertura gennaio 2021)
- <b>Habilita Poliambulatorio San Marco</b>	piazza della Repubblica 10 - Bergamo
- <b>Strutture del Gruppo Synlab: Synlab Italia (CAM) Synlab Italia (Centro S. Nicolò) Synlab Data Medica</b>	via Martiri delle Foibe 1 - Monza via Innocenzo XI 70 - Como via Colombo - Albignasego - Padova
- <b>Fondazione Poliambulanza</b>	via Bissolati 57 - Brescia (solo il SABATO mattina)
- <b>H San Raffaele Resnati</b>	via Respighi 2 - Milano
- <b>Centro Medico BIOS</b>	via Chelini 39 - Roma

Invitiamo tutti gli interessati a leggere attentamente i Protocolli Sanitari delle varie strutture ed i relativi costi, al fine di effettuare una scelta consapevole e mirata alle proprie esigenze.

Indichiamo di seguito i rimborsi deliberati dal CDA del Fondo Malattia:

**Check-up dell'Associato/a:**

rimborso del 70% del costo totale fino ad un **massimo di € 350** (ex € 300)

**Check-up di un Familiare iscritto:**

rimborso del 70% del costo totale fino ad un **massimo di € 300** (ex € 250)

**Check-up per altri Familiari iscritti, oppure familiari non iscritti (es. fratelli – genitori):**

costo totalmente a carico del richiedente (invariato)

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

Diamo infine alcune altre indicazioni:

- 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;
- 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 2021/2022 è pregato di compilare ed inviare al Fondo Malattia il modulo di adesione allegato alla presente Circolare.

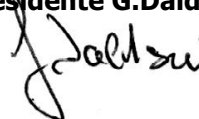
**il modulo di adesione va restituito preferibilmente via mail  
alla Segreteria del fondo**

**entro venerdì 22 gennaio 2021**

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

Cordiali saluti.


**il Consiglio di Amministrazione  
il Presidente G.Daldossi**



Bergamo, 17 dicembre 2020

---

Sede legale e Uffici: Via S. Francesco d'Assisi, 8 – 24121 Bergamo  
C.F. 95015690167

 035393025 – 035393658

fondo.malattia@bancobpm.it      fiamcb@pec.bancobpmspa.it  
www.welfare.bancopopolare.it      www.fiamonline.com

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 2021/2022**

### **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"/> | <b>Casa di Cura Beato Palazzolo</b>             | <b>Bergamo</b> |
| <input type="checkbox"/> | <b>Humanitas Castelli (ex Clinica Castelli)</b> | <b>Bergamo</b> |
| <input type="checkbox"/> | <b>Humanitas Medical Care</b>                   | <b>Bergamo</b> |
| <input type="checkbox"/> | <b>Habilita – Poliambulatorio San Marco</b>     | <b>Bergamo</b> |
| <input type="checkbox"/> | <b>Synlab Italia (ex CAM)</b>                   | <b>Monza</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <b>Synlab Italia - Centro San Nicolò</b>        | <b>Como</b>    |
| <input type="checkbox"/> | <b>Synlab Data Medica</b>                       | <b>Padova</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Fondazione Poliambulanza</b>                 | <b>Brescia</b> |
| <input type="checkbox"/> | <b>H San Raffaele Resnati</b>                   | <b>Milano</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Centro Medico BIOS</b>                       | <b>Roma</b>    |

### **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)

Sede legale e Uffici: Via S. Francesco d'Assisi, 8 – 24121 Bergamo  
C.F. 95015690167

 035393025 – 035393658

[fondo.malattia@bancobpm.it](mailto:fondo.malattia@bancobpm.it) [fiamcb@pec.bancobpm.it](mailto:fiamcb@pec.bancobpm.it)  
[www.welfare.bancopopolare.it](http://www.welfare.bancopopolare.it) [www.fiamonline.com](http://www.fiamonline.com)