

FONDO SANITARIO IMPIEGATI AGRICOLI F. I. A. REGOLAMENTO FORMULE ASSISTENZIALI INTEGRATIVE

(Regolamento valido dal 1° - gennaio - 2021)

CATEGORIE ASSISTITE - ISCRIZIONI - CONTRIBUTI

ART. 1 CAMPO DI APPLICAZIONE

Il sistema mutualistico integrativo dell'assistenza erogata del Servizio Sanitario Nazionale di cui alla legge 23 dicembre 1978 n. 833, assicurato dal Fondo Sanitario Impiegati Agricoli, di seguito più brevemente denominato "Fondo", è attuato dal Fondo medesimo secondo le seguenti norme.

ART. 2 DESTINATARI

Sono iscritti al Fondo, salvo rinuncia scritta: i dirigenti, gli appartenenti ai quadri direttivi e gli impiegati tecnici e amministrativi in attività di servizio, che prestino opera retribuita alle dipendenze di imprese agricole singole o associate nonché di Istituti, Enti, Associazioni ed organismi comunque denominati, operanti nel settore economico dell'Agricoltura, cui si applica, rispettivamente, il CCNL per i Dirigenti dell'Agricoltura del 3 agosto 1993 ed il CCNL Quadri e Impiegati Agricoli del 28 luglio 1988 e successive modifiche ed integrazioni con particolare riferimento all'art. 3 del verbale di Accordo del 13 dicembre 1994. La rinuncia deve essere inviata al Fondo e al datore di lavoro entro 6 mesi dalla data di assunzione per i nuovi assunti, ed entro il 31 ottobre di ciascun anno per l'anno successivo.

Possono iscriversi al Fondo:

- a) coloro i quali siano dipendenti delle Organizzazioni sindacali che hanno promosso la costituzione del Fondo;
- b) coloro i quali siano alle dipendenze di Enti previdenziali operanti in agricoltura;
- c) i dirigenti, gli appartenenti ai quadri direttivi e gli impiegati tecnici e amministrativi in quiescenza, senza soluzione di continuità, in conformità a quanto stabilito al successivo art. 20 in tema di limite di età;
- d) altre categorie oggetto di ulteriori accordi che potranno essere inserite successivamente, previo accordo fra le parti;
- e) gli iscritti all'Albo dei Periti Agrari e Periti Agrari Laureati e gli iscritti alla Fondazione Enpaia Gestione Separata Periti Agrari e Periti Agrari Laureati;
- f) gli iscritti alla Gestione Separata Agrotecnici.

ART. 3 FAMILIARI AVENTI DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Il Fondo provvede alle prestazioni assistenziali anche in favore degli appartenenti al nucleo familiare dell'iscritto (salvo per le esclusioni espressamente specificate) che, all'atto dell'iscrizione, ne abbia fatto richiesta, compresi i figli entro il 18esimo anno di età. Questo limite è estendibile fino al 26° anno di età qualora i figli frequentino un regolare corso di studi, previa presentazione di certificato di regolare frequenza ai corsi, o copia del versamento delle tasse universitarie versate per l'anno accademico in corso, e con le limitazioni previste al successivo art. 20 in tema di limite di età. Per nucleo familiare si intende quello legislativamente stabilito dal D.P.R. 30 maggio 1955 n. 797 e successive modificazioni ed integrazioni, con riferimento alla disciplina per gli assegni familiari. Non vengono considerate a tale effetto, le limitazioni di cui all'art. 20 della legge 27/12/1983 n. 730 e le eventuali altre limitazioni che dovessero essere introdotte in materia, relative al reddito familiare complessivo. Il diritto alle prestazioni del Fondo è riconosciuto, quindi, in favore dei seguenti familiari dell'iscritto, sempreché viventi a carico del medesimo e che non incorrano nelle condizioni previste al successivo art. 20 in tema di limite di età:

- a) il coniuge o il convivente;

- b) i figli legittimi ed equiparati fino al diciottesimo anno di età;
- c) i genitori ed equiparati;
- d) i fratelli e le sorelle ed equiparati;
- e) i figli maggiorenni, fino al ventiseiesimo anno di età, in regola con la frequenza ai corsi universitari, previa presentazione del certificato di frequenza o di copia delle tasse universitarie versate per l'anno accademico in corso;
- f) i figli maggiorenni conviventi, ad esclusione di quelli di cui al punto (e con contributo particolare.

La dichiarazione di sussistenza a carico è fatta dal richiedente l'iscrizione sotto la propria responsabilità civile e penale a mezzo di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15. Alla predetta dichiarazione deve essere allegato il certificato di stato di famiglia del richiedente l'iscrizione. Il requisito della vivenza a carico è escluso per il coniuge o il convivente e sostituito con quello della convivenza, salvo quanto previsto dalla normativa vigente. Il requisito della convivenza è escluso per i figli di genitori divorziati o legalmente separati, purché risultino a carico dell'iscritto.

ART. 4 DIRITTO DERIVATO DEI FAMILIARI DELL'ISCRITTO

Il diritto dei familiari dell'iscritto alle prestazioni del Fondo sorge, rimane in essere e cessa con quello del socio medesimo, salvo quanto previsto all'art. 9. Tutte le norme che disciplinano la erogazione delle prestazioni al socio si intendono "de jure" estese ai suoi familiari aventi diritto, salvo per le esclusioni espressamente specificate.

ART. 5 DURATA DELL'ISCRIZIONE

L'iscrizione ha durata annuale e scadrà alle ore 24 del 31 dicembre di ciascun anno per tutte le Formule salvo ulteriore proroga, a condizione che sia stato effettuato il versamento della contribuzione nei termini previsti e sia stata consegnata la scheda, ove richiesto.

Per gli iscritti in quiescenza e per le categorie affini, la validità dell'iscrizione è sempre annuale e non soggetta a proroga. Il rinnovo, per il personale in quiescenza e per le categorie affini, dovrà essere sempre esplicitamente richiesto a cura dell'iscritto, entro le scadenze annuali previste, pena la decadenza del diritto all'iscrizione.

ART. 6 MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO

La contribuzione relativa a ciascun anno di iscrizione dovrà essere versata entro il 10 gennaio di ogni anno con un periodo di comporto di 30 giorni dalla scadenza per il pagamento, e precisamente il 10 febbraio, decorso il quale la garanzia assicurativa di diritto all'assistenza verrà sospesa fino alla data dell'effettivo versamento del contributo ed eventuali richieste di rimborsi per costi sostenuti entro tale periodo saranno ritenute inammissibili e non potranno essere più prese in considerazione.

E' ammessa la possibilità di pagamento in due rate semestrali, la prima entro il 10 gennaio e la seconda entro il 30 giugno di ogni anno con un periodo di comporto di 30 giorni dalla scadenza per il pagamento, e precisamente il 10 febbraio e il 30 luglio, decorso il quale la garanzia assicurativa di diritto all'assistenza verrà sospesa fino alla data dell'effettivo versamento ed eventuali richieste di rimborsi per costi sostenuti entro tale periodo saranno ritenute inammissibili e non potranno essere più prese in considerazione.

E' altresì ammessa la possibilità di pagamento mediante apposito M.Av, ovvero PAGAMENTO MEDIANTE AVVISO, con cadenza semestrale o annuale. Decorsi 30 giorni dalla scadenza prevista nel documento M.Av., la garanzia assicurativa di diritto all'assistenza verrà sospesa fino alla data dell'effettivo versamento del contributo ed eventuali richieste di rimborsi per costi sostenuti, entro tale periodo, saranno ritenuti inammissibili e non potranno essere più presi in considerazione. E' consentito effettuare la denuncia e il relativo pagamento con cadenza mensile, tramite la procedura di autodenuncia contributiva della Fondazione Enpaia, con le stesse modalità e scadenze previste per i contributi obbligatori.

La garanzia assicurativa di diritto all'assistenza, sospesa a causa del mancato pagamento entro i termini previsti, diverrà nuovamente operativa dalla data di effettuazione del pagamento sino alla sua naturale scadenza (31 dicembre). La garanzia copre gli eventi avvenuti nel periodo di validità delle singole Formule e cessa ad ogni effetto alla data delle rispettive scadenze. Nel caso in cui la durata delle singole Formule di prestazioni assistenziali sia procrastinata oltre la scadenza sopra indicata, a parità di condizioni, le iscrizioni si intendono tacitamente rinnovate qualora l'iscritto non abbia dato disdetta entro e non oltre il 31 ottobre dell'anno in corso, salvo i casi di cessazione per raggiungimento del limite di età previsto all'art. 20. Coloro i quali daranno l'adesione successivamente al 10 gennaio (escluso il personale in quiescenza, e le categorie affini, che dovranno pronunciarsi: entro la prima scadenza di versamento dell'anno successivo alla cessazione

dell'attività di servizio per il personale in quiescenza, e allo scadere dell'annualità di iscrizione precedente, per le categorie affini) saranno tenuti a corrispondere una contribuzione pari a tanti dodicesimi quanti sono i mesi, escluso quello in corso, che mancano al completamento dell'anno solare.

ART. 7 RITARDATO PAGAMENTO: EFFETTI

I pagamenti effettuati decorsi i termini previsti dall'art. 6 (scadenza annuale, semestrale o mensile) avranno come conseguenza la cessazione della garanzia e conseguentemente la cessazione del diritto all'assistenza che verrà sospesa per tutto il periodo del ritardo; eventuali richieste di rimborsi per costi sostenuti durante il periodo intercorrente tra la data di scadenza di pagamento della contribuzione annuale, semestrale o mensile, fissata dal CCNL, e la data dell'effettivo versamento, saranno ritenute inammissibili e non potranno essere più prese in considerazione. La garanzia assicurativa di diritto all'assistenza, sospesa a causa del mancato pagamento entro i termini previsti, fermo restando l'obbligo di versamento dell'intera contribuzione dovuta, diverrà nuovamente operativa dalla data di effettuazione del pagamento sino alla sua naturale scadenza (31 dicembre). Per il personale in quiescenza e per le categorie affini il presente articolo non trova applicazione, in conformità a quanto stabilito al precedente art. 5. La garanzia assicurativa di diritto all'assistenza, sospesa a causa del mancato pagamento entro i termini previsti, diverrà nuovamente operativa alla data di avvenuto versamento del contributo scaduto, in funzione della modalità di pagamento prescelta”.

ART. 8 MODALITÀ PER OTTENERE L'ISCRIZIONE

I dirigenti, i quadri e gli impiegati agricoli sono iscritti, salvo rinuncia scritta inviata al Fondo con lettera raccomandata ricevuta di ritorno, alla Formula "A" di base obbligatoria, con versamento della contribuzione da parte del datore di lavoro, cui spetta altresì l'invio della scheda compilata dal dipendente, nella quale siano indicati tutti i dati relativi al nucleo familiare assistito e compilata la parte relativa alle indicazioni necessarie al Fondo per la erogazione delle prestazioni a mezzo bonifico bancario a favore dell'iscritto. Per tutte le altre categorie assistite e per l'adesione alle Formule Facoltative, per ottenere l'iscrizione al Fondo deve essere trasmessa una domanda, compilata su apposito modulo fornito dal Fondo medesimo, corredata, nel caso, della documentazione di cui all'art. 3.

La domanda deve essere trasmessa al Fondo non oltre dieci giorni dalla data della sua sottoscrizione. In caso di ritardo nella trasmissione della domanda il Fondo assume, quale data di sottoscrizione della domanda stessa, quella del giorno di versamento della contribuzione. Il personale in quiescenza, e le categorie affini, per beneficiare della prosecuzione nell'iscrizione al Fondo, devono inviare copia del modello di adesione, e relativa contribuzione, entro la scadenza del 10 gennaio dell'anno successivo al pensionamento, e ogni anno rinnovare l'adesione entro la medesima ricorrenza. Se anche solo per un anno la contribuzione del personale in quiescenza, e delle categorie affini, non sarà stata trasmessa al Fondo secondo le scadenze previste, la posizione di intende definitivamente decaduta e non più riattivabile. La domanda che non sia compilata sul modulo predisposto dal Fondo ovvero non contenga tutti i dati e gli elementi richiesti nel modulo stesso, nessuno escluso, non ha efficacia e si considera come non presentata. Ad eccezione dei pensionati, di coloro i quali non usufruiscano della partecipazione del datore di lavoro nel pagamento della contribuzione, e per adesione alle Formule Facoltative, la domanda di iscrizione al Fondo deve essere sottoscritta dal datore di lavoro dei richiedenti l'iscrizione medesima.

ART. 9 PERFEZIONAMENTO DELL'ISCRIZIONE

Per dirigenti, quadri ed impiegati agricoli, l'iscrizione alla Formula "A" di base obbligatoria si intende automaticamente sottoscritta, in assenza di rinuncia scritta inviata nei modi previsti dall'art. 2 del presente Regolamento.

Il mancato versamento da parte del datore di lavoro implicherà, pertanto, per lo stesso, la messa in mora ed il conseguente avvio delle procedure di sollecito da parte del Fondo, nonché il diritto da parte del dipendente, di procedere nei confronti dello stesso datore di lavoro per il riconoscimento del danno causato dalla inosservanza della norma contrattuale. Per tutte le altre categorie assistite e per le Formule Facoltative, fermo quanto disposto dai precedenti artt. 5 e 6, l'iscrizione al Fondo si intende perfezionata con il versamento della contribuzione, nei modi previsti dall'art. 6 del presente Regolamento, ed ha effetto, ai fini del diritto alle prestazioni, dal giorno successivo a quello dell'avvenuto pagamento, sino alla sua scadenza naturale del 31 dicembre.

ART. 10 VARIAZIONE NELLA COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE DELL'ISCRITTO E ALTRE VARIAZIONI DEI TERMINI PER LA DENUNCIA

Le variazioni nella composizione del nucleo familiare dell'iscritto debbono essere denunciate al Fondo all'atto stesso del loro verificarsi e non oltre il trentesimo giorno da quello in cui le variazioni medesime si sono

verificate. Altresì le variazioni relative a residenza, recapiti telefonici, e-mail, conto corrente bancario per l'accredito delle prestazioni e quant'altro, dovranno essere trasmesse al Fondo al verificarsi stesso della variazione ed avranno effetto dal momento in cui la comunicazione perverrà al Fondo. Tali comunicazioni vanno effettuate esclusivamente tramite ricompilazione della scheda di adesione.

Altre forme di comunicazione delle variazioni non saranno considerate valide.

ART. 11 CESSAZIONE ANTICIPATA DELL'ISCRIZIONE

L'iscrizione al Fondo ha termine prima della scadenza prevista all'art. 5 soltanto nei seguenti casi:

- a. decesso dell'iscritto;
- b. licenziamento;
- c. dimissioni;
- d. cambio di attività.

In caso di decesso dell'iscritto i familiari aventi diritto alle prestazioni del Fondo conservano tale loro diritto per tutto l'anno solare in cui il decesso è avvenuto e possono continuare nell'iscrizione al Fondo medesimo fermo restando il pagamento della contribuzione, l'invio dei documenti richiesti e la ricompilazione della scheda a cura del nuovo titolare della posizione.

Gli iscritti che invece recedano per i motivi di cui ai punti b) e d) conservano il loro diritto all'iscrizione per tutto l'anno solare in cui l'evento è avvenuto, fermo restando il pagamento della contribuzione; tale versamento è ancora dovuto, per quanto di competenza, dal datore di lavoro, per tutto l'anno in corso nel caso di licenziamento e, solo per il periodo di servizio prestato in caso di dimissioni.

ART. 12 MODALITÀ PER LA DENUNCIA DELLE VARIAZIONI

La denuncia delle variazioni del numero dei componenti il nucleo familiare sia in aumento che in diminuzione, deve essere effettuata trasmettendo al Fondo copia della scheda di adesione aggiornata. L'iscrizione dei nuovi componenti il nucleo familiare avrà durata sino alla scadenza del periodo d'iscrizione del nucleo medesimo. Anche tutte le altre variazioni dovranno altresì essere segnalate tramite ricompilazione della scheda di adesione.

Nel caso di cessazione anticipata dell'iscrizione previsto all'art. 11 punto a) deve essere trasmesso al Fondo entro il termine di cui all'art. 10, il certificato di morte rilasciato dal Comune.

ART. 13 QUOTE DI ADESIONE

Le quote di adesione sono dovute nelle seguenti misure:

Quote di adesione	
Formula "A"	€ 17,00
Formula "B"	€ 9,85
Formula "C"	€ 9,85
Formula "D"	€ 9,85

Tali quote sono comprese nelle rispettive contribuzioni e sono dovute nella loro intera misura anche in caso di iscrizioni che avvengano nel corso dell'anno.

ART. 14 CONTRIBUZIONE

I contributi annui al Fondo sono stabiliti per nucleo familiare (salvo per le esclusioni espressamente specificate), intendendo per nucleo familiare quello specificato all'art. 3, rispettivamente nelle seguenti misure a seconda che le Formule di assistenza di cui al successivo art. 18 prescelte siano:

	Iscritti in attività	Personale in quiescenza
Formula A	€ 570,00	€ 527,00
Contributo a carico del datore di lavoro	€ 470,00	
Quota a carico Quadri e impiegati	€ 100,00	
Formula B	€ 300,00	€ 300,00
Formula C	€ 230,00	€ 230,00
Formula D	€ 350,00	€ 350,00

Per i **Dirigenti** la contribuzione a carico del datore di lavoro è determinata dal CCNL vigente.

Per i **figli maggiorenni conviventi non a carico**, di cui all'art. 3 punto f), sono previste le seguenti quote in aggiunta:

Formula A	€ 103,29
Formula B	€ 88,00
Formula C	non prevista
Formula D	€ 95,00

L'iscrizione dei figli maggiorenni conviventi non a carico ha medesime caratteristiche, formule e decorrenze di quella di tutti gli altri componenti del nucleo familiare.

I contributi e le maggiorazioni per quote di adesione si intendono al netto di qualsiasi imposta, tassa o contributo dovuti per legge presente o futura, e debbono essere versati nei termini e secondo le modalità previste per tutti gli altri contributi di iscrizione, dal richiedente l'iscrizione o dall'iscritto, per sé e per gli altri familiari iscritti.

ART. 15 COMMISURAZIONE DEL CONTRIBUTO

I contributi dovuti al Fondo per iscrizioni effettuate nel corso dell'anno sono commisurati a tanti dodicesimi del contributo annuale di cui all'art. 12 quanti sono i mesi, escluso quello di iscrizione, intercorrenti alla data di iscrizione al 31 dicembre e devono essere versati in unica soluzione, fermo quanto previsto all'art. 13 per quanto relativo alle quote di adesione.

ART. 16 MODALITÀ E TERMINI PER IL VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI

I contributi dovuti ai sensi di quanto disposto dai precedenti art. 13 e 14 debbono essere versati tramite versamento (tramite bonifico bancario o bollettino M.Av.) su conto corrente bancario presso:

BANCA POPOLARE DI SONDRIO AG. 138 - SEDE DI ROMA
C/C INTESTATO A FONDO SANITARIO IMPIEGATI AGRICOLI-
CODICE IBAN IT97F0569603211000009404X96

Il versamento della contribuzione relativa a tutto il periodo di iscrizione deve essere effettuato nei termini previsti all'art. 6 del presente Regolamento.

ART. 17 RITARDO NEL VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI

Il ritardo nel versamento dei contributi, fermo restando l'obbligo della contribuzione dovuta, non effettuato nei termini stabiliti all'artt. 5 e 6, determina tutte le conseguenze previste dall'art. 7 e cioè la cessazione della

garanzia e conseguentemente la cessazione del diritto all'assistenza che verrà sospesa per tutto il periodo di ritardo; eventuali richieste di rimborsi per costi sostenuti entro tale periodo, saranno ritenute inammissibili e non potranno essere più prese in considerazione. Per il personale in quiescenza e per le categorie affini vale quanto indicato agli artt. 5 - 6 e 7 del presente regolamento. La garanzia assicurativa di diritto all'assistenza, sospesa a causa del mancato pagamento entro i termini previsti, diverrà nuovamente operativa dalla data di effettuazione del pagamento sino alla sua naturale scadenza (31 dicembre), ad eccezione di quanto previsto per il personale in quiescenza e per le categorie affini. E' fatto salvo il diritto del Fondo a vedersi corrisposta la somma maggiorata di interessi e salvo il diritto del Fondo di ripetere per intero le spese sostenute per il recupero delle somme dovute dall'iscritto.

ART. 18 ACCERTAMENTI - CONTROLLI

Il Fondo si riserva il diritto di accettare o respingere le singole richieste di iscrizione e la facoltà di procedere a tutti i controlli che riterrà opportuni per accertare la regolarità e la veridicità delle dichiarazioni dei documenti trasmessi dagli iscritti.

PRESTAZIONI

ART. 19 EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Le prestazioni di seguito previste sono erogate dal Fondo nei casi di malattia (presunta o accertata), infortunio, gravidanza e puerperio.

ART. 20 PRESTAZIONI

FORMULA A OBBLIGATORIA DI BASE

A 1) RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO: in caso di ricovero per intervento chirurgico, reso necessario da malattia, infortunio o parto, ed effettuato in istituto di cura pubblico o privato (incluso day hospital e ambulatorio) è previsto il rimborso delle spese per:

- gli accertamenti diagnostici effettuati durante il ricovero;
- gli onorari del chirurgo e di ogni altro partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria c/o di sala parto, per il materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento);
- l'assistenza medica post intervento, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali e per gli esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero, per un massimo di 150 giorni dalla data dell'intervento chirurgico;
- per il trasporto in ambulanza dell'Assistito all'Istituto di Cura,- per le rette di degenza.

Il massimale garantito è di € 40.000,00= per ciascun nucleo familiare e per anno solare con il massimo di € 20.000,00= per ciascuna persona e per anno solare. Le spese sostenute saranno rimborsate con una detrazione del 20%, con il minimo di Euro 500,00= di detrazione per ciascun evento. Nel caso in cui il ricovero e le altre prestazioni sopra previste siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale e non sia stato pertanto richiesto alcun rimborso sopra previsto, il Fondo corrisponderà per le spese, comunque sostenute ma non documentate, un rimborso di Euro 45,00= giornalieri. Tale rimborso verrà corrisposto a partire dal terzo giorno successivo a quello del ricovero per un periodo massimo di 30 giorni per nucleo familiare e per anno solare.

Nel caso in cui la totalità delle spese sia rimborsata tramite polizza di cui l'Assicurato sia beneficiario, in luogo del rimborso, sarà erogata una indennità sostitutiva di Euro 45,00= per ogni giorno di ricovero con un massimo di 30 giorni. Se parte delle spese vengono rimborsate tramite polizza di cui l'Assicurato sia beneficiario, il Fondo rimborserà, entro i limiti delle somme assicurate per le varie prestazioni, le spese effettivamente rimaste a carico senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto ovvero, a richiesta

dell'interessato, in luogo del rimborso delle spese effettivamente a suo carico erogherà la indennità sostitutiva sopra indicata.

Per gli Assicurati di età uguale o superiore a 76 anni il massimale annuo per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 7.000,00 per persona.

Nei casi di intervento chirurgico che preveda un preventivo di spesa superiore a Euro 10.000,00= ed in cui l'Istituto di cura richieda il pagamento di un anticipo di spesa, il Fondo, su richiesta dell'iscritto, è disponibile a corrispondere direttamente all'istituto di cura l'importo richiesto a titolo di anticipo, entro il 60% delle somme garantite, salvo conguaglio a cure ultimate. Per determinare l'attivazione di tale procedura dovrà essere fornita al Fondo tutta la documentazione da esso richiesta.

INTERVENTI DI CORREZIONE DEI DIFETTI DI RIFRAZIONE:

Relativamente agli interventi di correzione dei difetti di rifrazione, si precisa che sono compresi in garanzia gli interventi effettuati in presenza di miopia e/o astigmatismo e/o presbiopia di almeno 5 diottrie.

A 2) RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PUBBLICO O PRIVATO: nei casi di parto non garantiti al punto A. 1 (Parto Fisiologico), il rimborso delle spese sostenute con detrazione del 20% fino a concorrenza di Euro 2.500,00= per nucleo familiare e per anno solare.

A 3) CURE E PRESTAZIONI SANITARIE DI QUALSIASI GENERE praticate da medici a domicilio o in ambulatorio, esami ed accertamenti diagnostico e radiografici, escluse le prestazioni odontoiatriche (con eccezione di quanto previsto nel punto A8) ed i medicinali, nonché delle spese sostenute, nel caso di accertata situazione patologica, per cure fisioterapiche, quando la fattura di spesa sia accompagnata dalla prescrizione medica che indichi la patologia (presunta o accertata) o la diagnosi. Il massimale garantito è pari a € 4.000,00 = per ciascun nucleo familiare e per anno solare, fino ad arrivare ad un importo massimo di € 2.000,00= per persona e per anno solare.

Le spese sostenute saranno rimborsate con applicazione di uno scoperto del 20%, con il minimo di Euro 50,00= per ogni visita o accertamento diagnostico o strumentale.

I ticket sanitari per visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici sono rimborsati senza l'applicazione dello scoperto e del minimo non indennizzabile.

La garanzia prevista per il suddetto punto A. 3 è operante esclusivamente nel caso di alterazione dello stato di salute per malattia (presunta o accertata), infortunio, o nel caso di gravidanza e puerperio.

A 4) PROTESI: rimborso delle spese sostenute per acquisto protesi (escluse quelle odontoiatriche e le lenti) fino a concorrenza di € 700,00= per nucleo familiare e per anno solare.

A 5) ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE: il rimborso delle spese sostenute, fino a concorrenza di € 850,00= per nucleo familiare e per anno solare.

A 6) CURE TERMALI: rimborso delle spese sostenute per cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) rese necessarie da intervento chirurgico o infortunio, fino a concorrenza di € 850,00= per nucleo familiare e per anno solare.

A 7) GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI: nel caso di interventi chirurgici ricompresi nell'elenco in calce "grandi interventi chirurgici", resi necessari da malattia il massimale garantito per ciascun nucleo familiare e per anno solare viene elevato a € 80.000,00=.

A 8) TRATTAMENTI LOGOPEDICI / DSA: indennizzo delle spese per trattamenti logopedici in presenza di diagnosi di patologia effettuata da medico specialista attinente (neurologo, neuropsichiatra, otorinolaringoiatra e psicologo). Nel caso in cui il trattamento logopedico venga effettuato da logopedista convenzionato, verrà applicata una franchigia di € 40 per ogni ciclo di terapia che dovrà essere versata dall'Assicurata al professionista.

Qualora ci si avvalga di logopedista non convenzionato, le spese sostenute verranno rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 50 per ciclo di terapia.

Un "ciclo di terapia" prevede un limite massimo di 16 sedute.

A 9) PACCHETTO MATERNITA': le prestazioni debbono essere effettuate esclusivamente in strutture sanitarie convenzionate.

Rientrano in garanzia le seguenti prestazioni.

In gravidanza:

- Amniocentesi / Test prenatale su dna;
- Villocentesi;
- In caso di aborto avvenuto dopo il primo trimestre di gravidanza, rientra in copertura l'eventuale successivo trattamento psicoterapico che si renda necessario, fino ad un massimo di 15 sedute per evento. La garanzia potrà essere attivata solo utilizzando terapeuti convenzionati con Unisalute.

Il massimale annuo corrisponde a € 500,00= per nucleo familiare.

A 10) PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI: Il Fondo provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con la stessa 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.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- urine; esame chimico, fisico e microscopico
- feci: ricerca del sangue occulto
- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES

Donne

- pap test

Uomini

- psa

A 11) DIAGNOSI COMPARATIVA

Il Fondo dà la possibilità all'Assicurato di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto.

Telefonando al numero verde della Centrale Operativa 800-822484 l'Assicurato verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

Il Fondo mette a disposizione dell'Assicurato i seguenti servizi:

1. Consulenza Internazionale. Il Fondo rilascerà all'Assicurato un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Best Doctors® e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione sanitaria richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
2. Trova Il Medico. Il Fondo, attraverso Best Doctors®, metterà in contatto l'Assicurato con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Best Doctors®

ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Assicurato.

3. Trova la Miglior Cura. Qualora l'Assicurato intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UniSalute, la stessa, attraverso Best Doctors®, provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell'Assicurato laddove necessario. Best Doctors® supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors® consentirà all'Assicurato di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

L'insieme delle prestazioni sopraindicate è fornito esclusivamente per le seguenti patologie:

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Perdita della vista
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Infarto
- Ictus
- Ustioni Gravi

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà contattare la centrale operativa e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare al Fondo la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata dal Fondo, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

A 12) CURE DENTARIE: per le sole prestazioni previste da apposito elenco allegato al presente Regolamento, è previsto un rimborso, che il Fondo erogherà fino a concorrenza di Euro 400.00,00= per anno assicurativo e per l'intero gruppo di assicurati, con applicazione di uno scoperto del 25% per ogni singola voce e con un limite, nell'ambito dello stesso anno assicurativo, di € 1.500,00= per nucleo familiare, nell'ambito del quale il rimborso per ciascuna persona non potrà superare € 800,00=. Il rimborso avverrà in base al rapporto esistente tra il massimale complessivo a disposizione e la sommatoria delle spese indennizzabili presentate dagli assicurati, in unica soluzione, trascorsi almeno 90 giorni dalla scadenza dell'annualità assicurativa di riferimento.

A 13) GARANZIA DCA - DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

La presente garanzia opera in presenza di diagnosi accertata da specialista in psichiatria di:

- **bulimia** (disturbo alimentare associato a depressione e riduzione di autostima caratterizzato da patologica assunzione di cibo in grandi quantità);
- **anoressia** (disturbo del comportamento alimentare associato a depressione e riduzione di autostima caratterizzato da mancanza patologica di appetito).

Il Fondo Fia rimborsa fino alla concorrenza di € 1.500 (per anno e per nucleo familiare) le spese ambulatoriali sostenute per analisi e terapie eseguite da internisti, nutrizionisti, psichiatri, psicologi clinici, dietisti, avvenute sotto il controllo specialistico psichiatrico.

Qualora tali prestazioni avvenissero in regime di ricovero, sempre prescritto da specialista psichiatra, in centro specialistico a carico del S.S.N. di durata minima di 4 giorni con pernottamento, Fondo Fia provvederà a un riconoscimento forfetario di € 300. Si precisa che nulla è dovuto per ricoveri di durata inferiore.

L'importo di tale diaria è compreso nel massimale di € 1.500 sopraindicato.

A 14) GARANZIA PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA (GARANZIA OPERANTE PER IL SOLO TITOLARE ISCRITTO)

Il Fondo garantisce il rimborso delle spese per un valore corrispondente alla somma garantita all'Assicurato quando questi si trovi, in un momento successivo alla data di decorrenza della polizza, in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo punto c) "Definizione dello stato di non autosufficienza".

La copertura assicurativa è valida per tutti i titolari Iscritti al Fondo Contraente (sono esclusi i familiari), di età compresa tra diciotto e settanta anni, che rispondono ai criteri di accettazione medica esposti nel punto a) "Condizioni di Assicurabilità".

a) Condizioni di assicurabilità:

All'effetto di polizza, ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate devono rientrare nelle seguenti condizioni di assicurabilità:

1. Non avere limitazioni per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate:
 - lavarsi;
 - vestirsi e svestirsi;
 - spostarsi;
 - nutrirsi.
2. Non essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
3. Non essere affette dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche, da diabete complicato, da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.
4. Non essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

b) Somma assicurata

Il rimborso massimo garantito nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto c) "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde ad euro 350,00 mensili, per una durata massima di un anno.

Qualora l'importo mensile complessivamente richiesto non esaurisca il massimale mensile di 350,00 €, la parte non goduta verrà accumulata sul massimale del mese successivo.

c) Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute venga giudicato "consolidato" e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di potere effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale);
 - nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile);
 - spostarsi (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio);
 - vestirsi (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali);
- e necessari in modo costante:
- o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;

- o di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza.

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato che sia affetto da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer, accertata da un referto medico redatto successivamente all'esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein) e necessari in modo costante:

- di un soggiorno in ospedale psichiatrico riconosciuto dal Servizio Sanitario;
- dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio.

A15) SINDROME METABOLICA

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà compilare il questionario raggiungibile cliccando su www.unisalute.it e "confermare il suo invio" a Unisalute.

La stessa provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all'Assicurato l'esito della valutazione tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Unisalute fornirà all'assicurato, indipendentemente dallo stato risultante dal questionario alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

Unisalute comunicherà l'esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assicurato verrà contattato da Unisalute (via email, sms o telefono) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Solo nel caso in cui l'assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, Unisalute provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Al fine di incentivare l'Assicurato ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online personale in cui egli potrà registrare questi parametri.

La presente garanzia verrà prestata fino alla scadenza della polizza, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito UniSalute

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle assicurate con la presente polizza, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui al relativo articolo contrattuale. Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle assicurate con la presente polizza, all'Assicurato verrà fornito un servizio di "fax-assistito" che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate con Unisalute a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.

A 16) AUSILI ORTOPEDICI: rimborso delle spese sostenute per ausili ortopedici.

Quali ausili ortopedici si intendono le stampelle, le carrozzine, gli alzawater.

La garanzia è operante in presenza di accertata patologia ortopedica opportunamente documentata da medico specialista la cui specializzazione sia inerente la patologia diagnosticata.

Il massimale annuo garantito corrisponde a € 500,00= per persona assicurata.

A 17) LENTI: rimborso delle spese sostenute per lenti correttive di occhiali o lenti a contatto nel limite annuo di € 100,00 per nucleo familiare. Il Fondo provvederà al rimborso delle spese sostenute con applicazione di una franchigia di € 50,00 per fattura/persona.

Per l'attivazione è necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus.

GARANZIE FACOLTATIVE

Non è consentito optare per le sole Formule Facoltative.

L'adesione alle formule facoltative deve essere sottoscritta contestualmente alle iscrizioni alla Formula obbligatoria.

FORMULA B

1. RICOVERO MEDICO

Il Fondo assicura, per ciascuna delle persone assicurate e fino a concorrenza del massimale garantito per evento (intendendosi per tale l'intero ciclo di cure relativo alle stesse malattie o allo stesso infortunio) il rimborso delle spese sostenute in caso di ricovero in istituto di cura pubblico o privato (inclusi day-hospital e ambulatorio) reso necessario da malattie, infortunio o parto non cesareo e che non comporti intervento chirurgico, per gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica, le cure, le rette di degenza, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, riguardanti il periodo di ricovero.

Il massimale garantito corrisponde a € 15.000,00 per nucleo familiare assicurato e per anno assicurativo.

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture sanitarie convenzionate ad eccezione di uno scoperto del 20% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 500,00.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute".

Qualora l'Assicurato non richieda alcun rimborso al Fondo, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 50,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo massimo di 30 giorni per anno assicurativo e per nucleo familiare.

L'indennità verrà corrisposta a partire dal terzo giorno successivo a quello del ricovero.

Resta peraltro convenuto che, fermo restando il massimale previsto, dal rimborso corrisposto ai sensi della presente Formula per la garanzia relativa al parto fisiologico verrà detratto quanto erogato per lo stesso titolo a norma del punto A2) "Parto non cesareo".

d) Incremento indennità sostitutiva per ricovero chirurgico

L'importo di cui al punto A1) "Ricovero per intervento chirurgico", è incrementato ad € 65.

2. PREVENZIONE OBESITA' INFANTILE

La garanzia è prestata a favore dei figli del titolare, di età compresa tra i 4 e 18 anni, già in copertura oppure inseriti in polizza per la sola garanzia "PREVENZIONE OBESITA' INFANTILE", mediante procedura di adesione online disponibile sul sito www.unisalute.it, con contestuale richiesta di attivazione della garanzia stessa.

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà compilare un questionario dati volto ad individuare eventuali stati di rischio di obesità nei figli da 4 a 18 anni, raggiungibile cliccando su www.unisalute.it e "confermare il suo invio" a Unisalute.

Unisalute provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà al genitore assicurato tramite email, l'esito delle valutazioni, mettendo a disposizione una tabella con dati e consigli personalizzati su una corretta alimentazione e attività fisica, sull'area riservata del sito internet accessibile tramite username e password.

Saranno altresì fornite indicazioni e consigli su comportamenti e stili di vita corretti in merito ad alimentazione e attività fisica, rivolti all'assicurato per i propri figli, anche in collaborazione con un medico UniSalute.

Solo nel caso in cui i parametri rilevati dalla compilazione del questionario indichino che il figlio si trovi in uno stato di obesità, sovrappeso o sottopeso, Unisalute provvederà all'organizzazione e al pagamento di una visita specialistica dal pediatra/dietologo da effettuarsi in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Poiché gli indicatori di tali stati devono essere regolarmente monitorati, Unisalute provvederà a contattare il genitore assicurato via email una volta al mese per un periodo di tre mesi, richiedendo l'inserimento di peso e altezza del figlio.

La presente garanzia verrà prestata fino alla scadenza della polizza, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito Unisalute.

3. SERVIZIO MONITOR SALUTE

Il Servizio Monitor Salute è offerto da UniSalute in collaborazione con SiSalute, divisione di UniSalute Servizi S.r.l., la nuova società controllata da UniSalute che offre servizi non assicurativi in ambito salute.

Si tratta di un servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso delle seguenti malattie croniche: diabete, ipertensione e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) rivolto agli Assicurati con età maggiore o uguale a 50 anni.

Per attivare il Servizio, l'Assicurato dovrà compilare il "Questionario Monitor - Salute" presente sul sito www.unisalute.it, reperibile nell'Area Riservata nella quale ogni Assicurato può accedere tramite proprie credenziali di accesso.

L'Assicurato seguendo le indicazioni che verranno fornite durante la compilazione del Questionario, dovrà: inviare documentazione medica attestante la patologia cronica, sottoscrivere e inviare il consenso al trattamento dei dati personali; sottoscrivere e inviare il Modulo di Adesione al servizio.

In caso di risposte dubbie o non definitive al Questionario, SiSalute potrà contattare telefonicamente l'Assicurato al fine di concludere la procedura di attivazione del servizio.

Nel caso in cui l'Assicurato presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio, SiSalute provvederà all'invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all'attivazione degli stessi, previo contatto telefonico con l'Assicurato.

Unisalute, attraverso il suo personale qualificato, provvederà a monitorare a distanza la malattia cronica e all'occorrenza contatterà telefonicamente l'Assicurato, per verificare i valori rilevati dai dispositivi medici.

L'Assicurato avrà inoltre a disposizione un massimale aggiuntivo per visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti la sua condizione di cronicità, da poter eseguire nelle strutture convenzionate con UniSalute o poter ottenere il rimborso delle spese sostenute nel Servizio Sanitario Nazionale come indicato nel paragrafo "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche".

Per risolvere problemi di carattere tecnico, l'Assicurato potrà contattare il numero verde dedicato 800169009, per richiedere invece informazioni sul servizio, l'Assicurato potrà contattare il numero verde dedicato 800244262.

La presente garanzia è prestata per l'intera annualità assicurativa sempre che l'Assicurato presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio.

VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PER PATOLOGIE CRONICHE

Per gli Assicurati che sono entrati a far parte del programma di monitoraggio della cronicità, secondo i parametri indicati dal "Servizio Monitor Salute", Unisalute provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli Assicurati, con le modalità sotto indicate.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica 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 con Unisalute, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con Unisalute, potrà rivolgersi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, Unisalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 300,00 per persona.

4. ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

L'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato o l'Assicurato stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito all'art. A 14) lett.c "Definizione dello stato di non autosufficienza", dovrà telefonare alla Centrale Unisalute (entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza), al numero verde 800-822484 (o dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e fornire le informazioni richieste per poter fruire, previa valutazione di Unisalute, delle prestazioni e consulenze, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità ivi descritte.

Unisalute intervistando telefonicamente l'Assicurato o l'amministratore di sostegno o il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, valuterà la richiesta pervenuta ed effettuerà una prima valutazione del caso.

A seguito del contatto telefonico l'Assicurato o l'amministratore di sostegno o il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, dovrà produrre la documentazione specificata all'articolo A 14) lett. c "Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte di Unisalute". Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta, Unisalute si riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo stato di non autosufficienza, alla presenza anche del Case Manager.

In questa fase, qualora Unisalute valuti che vi siano i presupposti, potranno essere fornite dal Case Manager informazioni sui servizi socio-sanitari erogati dalle strutture socio assistenziali e indicazioni sugli uffici deputati ad offrire assistenza a fronte di condizioni di non autosufficienza. Sarà inoltre inviata all'Assicurato una guida orientativa per le agevolazioni socio/gestionali.

Nel caso in cui Unisalute riconosca uno stato di non autosufficienza all'assicurato verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; il Case Manager inoltre eseguirà una valutazione multidimensionale allo

scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'assicurato o dai familiari e qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra queste di seguito indicate:

Assistenza fornita da infermiere – Operatore Socio Sanitario – Assistente familiare;
Badante;
Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
Visite specialistiche;
Accertamenti diagnostici;
Trasporto in Ambulanza
Prestazioni erogate in regime di ricovero

Unisalute, provvederà a prenotare, inviando alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria Rete, un fax che permetterà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati Unisalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto; il costo della o delle prestazioni rimarrà a carico dell'Assicurato.

FORMULA C

GARANZIA PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA (GARANZIA OPERANTE PER IL SOLO TITOLARE ISCRITTO O CONIUGE/ CONVIVENTE "MORE UXORIO")

Il Fondo garantisce il rimborso delle spese per un valore corrispondente alla somma garantita all'Assicurato quando questi si trovi, in un momento successivo alla data di decorrenza della polizza, in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo punto c) "Definizione dello stato di non autosufficienza".

La copertura assicurativa è valida per tutti i titolari Iscritti al Fondo Contraente (ed eventualmente al coniuge/ convivente "more uxorio" che abbia attivato la garanzia e versato il premio a proprio carico), di età compresa tra diciotto e settanta anni, che rispondono ai criteri di accettazione medica esposti nel punto a) "Condizioni di Assicurabilità".

a) Condizioni di assicurabilità:

All'effetto di polizza, ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate devono rientrare nelle seguenti condizioni di assicurabilità:

1. Non avere limitazioni per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate:
 - lavarsi;
 - vestirsi e svestirsi;
 - spostarsi;
 - nutrirsi.
2. Non essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
3. Non essere affette dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche, da diabete complicato, da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.

4. Non essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

b) Somma assicurata

Il rimborso massimo garantito nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto c) "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde ad euro 1.000,00 mensili, per una durata massima di cinque anni.

Qualora l'importo mensile complessivamente richiesto non esaurisca il massimale mensile di 1.000,00 €, la parte non goduta verrà accumulata sul massimale del mese successivo.

c) Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute venga giudicato "consolidato" e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di potere effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale);
 - nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile);
 - spostarsi (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio);
 - vestirsi (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali);
- e necessari in modo costante:
- o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
 - o di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza.

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato che sia affetto da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer, accertata da un referto medico redatto successivamente all'esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein) e necessari in modo costante:

- di un soggiorno in ospedale psichiatrico riconosciuto dal Servizio Sanitario;
- dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio.

FORMULA D

ELEVAZIONE MASSIMALI PER RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO

Il massimale previsto per le garanzie prestate al precedente punto A1) "Ricovero con intervento chirurgico in Istituto di Cura anche per parto cesareo" si intende elevato a **€100.000,00** per nucleo familiare e per anno solare con il massimo di **€ 80.000,00** per ogni componente del nucleo familiare e per anno assicurativo.

L'importo della diaria giornaliera, di cui al punto A1) è incrementato ad **€ 120**.

ART. 20 BIS LIMITI DI ETÀ

La Formula A è operante per persone di età non superiore ai 75 anni in caso di prima iscrizione.

Al compimento del settantacinquesimo anno di età, resta operante la garanzia di rimborso per le cure e prestazioni sanitarie, mentre il rimborso per le spese sostenute per i casi di ricovero per intervento chirurgico è garantita nei limiti previsti dall'art. A1.

Al compimento dei 75 anni di età per l'applicazione delle garanzie previste alla Formula Facoltativa "B" è richiesta, in via obbligatoria, la presentazione di un certificato di buona salute.

La Formula Facoltativa "C" è operante per persone di età non superiore ai 70 anni e scadrà alla fine dell'anno solare in cui l'assicurato compie detto limite di età.

La Formula Facoltativa "D" è operante per persone di età non superiore ai 75 anni e scadrà alla fine dell'anno solare in cui l'assicurato compie detto limite di età.

Tutte le limitazioni riferite al raggiungimento del settantacinquesimo anno di età, si intendono ugualmente applicate all'iscritto ed al nucleo familiare assistito.

Non è consentito l'accesso alle prestazioni a partire dall'anno solare successivo a quello del compimento degli 80 anni di età.

ART. 21 DECORRENZA E CESSAZIONE DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Il diritto alle prestazioni previste dall'art. 20 è riconosciuto, salvo quanto previsto nei "Termini di aspettativa per le garanzie facoltative" per le malattie e per gli altri eventi assistibili insorti e denunciati a partire dal primo giorno del mese successivo a quello di perfezionamento dell'iscrizione ed ha termine con la cessazione della medesima, fermo restando quanto stabilito al precedente art.7).

Il diritto alle prestazioni per i figli a carico dell'iscritto nati durante il periodo dell'iscrizione è riconosciuto per le malattie che insorgono dal giorno della nascita a condizione che l'iscrizione sia richiesta non oltre il trentesimo giorno dalla nascita medesima; le giornate di degenza del neonato sono ritenute evento rimborsabile solo se documentata una situazione patologica. Nel caso di variazione del numero dei componenti il nucleo familiare per avvenuto matrimonio, il diritto alle prestazioni per il coniuge è riconosciuto per le malattie, gli infortuni o il parto, secondo quanto previsto nel Regolamento, che insorgano dal giorno del matrimonio, a condizione che l'iscrizione sia stata richiesta non oltre il trentesimo giorno dal matrimonio stesso. Se invece la richiesta della iscrizione dei soggetti di cui ai due precedenti comma non avviene entro il termine nei medesimi indicato, il diritto alle prestazioni decorre dal primo giorno del mese successivo a quello in cui viene effettuata la richiesta della loro iscrizione al Fondo.

ART. 22 TERMINI DI ASPETTATIVA PER LE GARANZIE

E' escluso dalla garanzia il rimborso delle spese di cui alla Formula A punto A. 1) e punto A7) e alla Formula B, sostenute anteriormente al 121° giorno successivo alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni di cui all'art. 7 e rese necessarie da:

- infortuni che si siano verificati prima della data stessa;
- malattie che siano espressione e conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data stessa;
- parto.

La non preesistenza di situazioni patologiche, che impedisce l'erogazione delle prestazioni ai sensi del precedente comma, deve essere dimostrata dall'iscritto mediante idonea certificazione medica. Su quest'ultima, comunque, deciderà il Consiglio Direttivo del Fondo dopo aver espletato gli opportuni accertamenti nel caso di eventi verificatisi nel periodo di carenza, che siano assolutamente fortuiti o accidentali (incidenti, parti prematuri, aborti, infortuni). Per tali eventi potrà essere presentata richiesta di rimborso se rispondenti ai requisiti appena elencati.

ART. 23 ESCLUSIONI

Le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e le accelerazioni di particelle atomiche (Fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchina acceleratrice, raggi CX etc.); le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e alluvioni; gli eventi derivanti da atti dolosi dell'Assicurato; le prestazioni aventi finalità estetica (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da malattia e infortunio); le cure dentarie ed ortodontiche e delle parodontopatie e le forniture di protesi dentarie quando non siano rese necessarie da

infortunio, salvo quanto descritto alla Formula A; le malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici; gli infortuni e le malattie conseguenti ad alcoolismo, all'uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti e allucinogeni; gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di gare di regolarità; l'aborto non praticato nei termini di legge; la diagnostica, le terapie e gli interventi attinenti le patologie relative a infertilità e sterilità.

ART. 24 DETERMINAZIONE DEL RIMBORSO

Il numero, la specie e la durata delle prestazioni da ammettere a rimborso sono stabiliti sulla base della documentazione prodotta dall'iscritto, avuto riguardo alla natura ed alla durata dell'evento, come pure al risultato di eventuali controlli ed accertamenti eseguiti ad iniziativa del Fondo.

ART. 25 DENUNCIA DI EVENTO

Al termine dell'evento malattia, infortunio o parto, l'iscritto deve inviare, per la liquidazione delle prestazioni:

- la copia della fattura da cui risulti il numero, la specie e la data delle prestazioni mediche praticate e l'importo della spesa sostenuta, nonché la relativa prescrizione medica o la diagnosi;
- la prescrizione medica degli esami ed accertamenti diagnostici e/o radiografici e delle ricerche cliniche nonché una copia della fattura della spesa sostenuta con il costo analitico per ogni singolo esame, accertamento o ricerca clinica;
- la copia integrale della cartella clinica per il ricovero in istituzione pubblica o privata, che attesti la durata della degenza, la causa e l'intervento chirurgico ovvero le cure mediche fruite; in alternativa l'iscritto potrà produrre un certificato di ricovero nel quale siano riportati gli stessi dati;
- la documentazione di spesa per i casi di ricovero con intervento chirurgico (conto quietanzato) per i rimborsi di cui alla Formula A punto A. 1) e alla Formula D;
- la documentazione di spesa per i casi di ricovero senza intervento chirurgico (conto quietanzato) per i rimborsi di cui alla Formula B. Tutte le fatture originali dovranno essere corredate di una fotocopia, al fine di segnalare al Fondo la richiesta di restituzione al mittente della copia originale debitamente contrassegnata dal Fondo. In caso di decesso del capo nucleo familiare (titolare della iscrizione) gli eredi legittimi del "de cuius" per ottenere l'erogazione delle prestazioni richieste dovranno esibire la seguente documentazione:
 - a) atto di notorietà, dal quale risultino le generalità complete degli eredi legittimi;
 - b) delega di ciascuno degli eredi per uno di essi a riscuotere l'importo delle prestazioni;
 - e) copia autentica del mod. 240 o dichiarazione degli eredi che gli stessi non sono tenuti a presentarlo.

La documentazione deve pervenire al Fondo entro il mese di febbraio dell'anno successivo all'anno di emissione della fattura di spesa, documentata con timbro postale.

ART. 26 ESCLUSIONE DELLE PRESTAZIONI

L'inosservanza di quanto stabilito al precedente art. 23 determina l'esclusione dalle prestazioni.

ART. 27 CONTROLLI DEL FONDO

Allo scopo di accertare il diritto alle prestazioni o la necessità delle prestazioni stesse, il Fondo ha facoltà di esercitare ogni controllo, disponendo accertamenti diretti o per il tramite di istituzioni sanitarie pubbliche o private.

Il rifiuto dell'iscritto a produrre i documenti richiesti o l'opposizione agli accertamenti comunque disposti dal Fondo comporta la decadenza dal diritto alle prestazioni.

ART. 28 RICORSI

Avverso i provvedimenti adottati dal Fondo in merito alle prestazioni previste all'art. 18, alle iscrizioni ed ai contributi, è ammesso ricorso al Consiglio Direttivo del Fondo medesimo, il quale deve pronunciarsi sul ricorso stesso nella riunione successiva al ricevimento del ricorso stesso.

Il ricorso deve essere prodotto dall'iscritto, o in caso di suo decesso dagli aventi causa, entro il termine di trenta giorni dalla data di comunicazione del provvedimento da impugnare e deve contenere l'indicazione dei motivi per i quali non si ritiene giustificato il provvedimento adottato dal Fondo.

Trascorso il termine indicato nel precedente comma senza che sia stato presentato ricorso, s'intende che l'iscritto o i suoi aventi causa hanno accettato, senza riserve, il provvedimento adottato.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali; - Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario;
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne; - Resezione dell'esofago cervicale;
- Resezioni polmonari segmentarie e lobectomia; - Pneumectomia polmonare;
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi; - Interventi per fistole bronchiali-cutanee;- Pericardioetomia parziale; - Pericardioctomia totale;
- Sutura del cuore per ferite; - Interventi per corpi estranei nel cuore;
- Interventi per malformazioni congenite del cuore e dei grossi vasi endotoracici; - Commisurotomia per stenosi mitralica;
- Legatura e resezione del dotto di Botallo; - Operazione per embolia dell'arteria polmonare;
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica postoperatoria; - Operazione sull'esofago per stenosi benigno;
- Operazioni sull'esofago per tumori: resezioni totali e resezioni parziali basse e alte; - Esofagoplastica;- Resezione gastrica; - Gastrectomia totale;
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica; - Intervento per fistola gastro-digiuno-colica;
- Colectomia totale; - Amputazione del retto per via addomino-perineale in uno o più tempi;
- Resezione epatica; - Epatico o coledocotomia;- Papillotomia per via trans-duodenale; - Interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
- Interventi di necrosi acuta del pancreas;- Interventi per cisti e pseudo cisti pancreatiche (enucleazione della ciste e marsupializzazione);
- Interventi per fistole pancreatiche; - Interventi demolitivi sul pancreas (totale, della testa o della coda);
- Splenectomia; - Anasmosi porto-cava e spleno-renale;- Asportazioni di neoplasie endocraniche, o di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche;
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico; - Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta;
- Operazioni per encefalo-meningocele;- Lobotomia ed altri interventi di psichirurgia;- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili;- Interventi per epilessia locale;
- Interventi endorachidei per esportazione di neoplasie, cordotomie radicotomie ed altre affezioni meningomidollari;
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi;- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici;
- Surrenalectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale;- Interventi per aneurismi su basi arteriosi: arteria carotide, vertebrale, sueciavia, tronco brachio-cefalico ed iliaca;
- Operazioni sull'aorta toracica e sull'aorta addominale;- Cranio bifido con meningocele e meningoencefalocele;
- Idrocefalo ipersecretorio;- Polmone cistico e policistico (lobectomia e pneumonectomia pediatrica);
- Cisti e tumori tipici del bambino (simpatoblastoma);- Atresia congenita dell'esofago;- Fistola congenita dell'esofago;- Torace ad imbuto e torace carenato;
- Ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva;- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale;
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale o retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale;
- Megaretere: resezione con rimpianto o resezione con sostituzione di ansa intestinale;
- Magacolon: operazione addomino-perineale di Duhamel o Jwenson;- Disarticolazione interscapolo-toracica;
- Emipelvectomy;- Cistectomia totale con ureterosigmoidostomia;- Nefrectomia allargata per tumore;- Nefro-ureterectomia totale;
- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia;- Panistrectomia radicale per via addominale per tumori maligni;- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;
- Laringectomia totale;- Faringolaringectomia;
- IL trapianto degli organi per il quale sono comprese altresì le spese relative al prelievo;
- L'artoprotesi.

ELENCO CURE DENTARIE AMMESSE A RIMBORSO

IGIENE ORALE E PARADONTOLOGIA

ABLAZIONE TARTARO; LEVIGATURA DELLE RADICI (per 6 denti); LEGATURE DENTALI EXTRACORONALI (per 4 denti); LEGATURE DENTALI INTRACORONALI (per 4 denti); PLACCA DI SVINCOLO; MOLAGGIO SELETTIVO PARZIALE; MOLAGGIO SELETTIVO COMPLETO; COURRETAGE GENGIVALE (per 4 denti); GENGIVECTOMINA; LEMBO GENGIVALE (per 4 denti); AMPUTAZIONI RADICOLARI
CHIRURGIA OSSEA RESETTIVA (incluso Lembo di accesso); INNESTO DI MATERIALE BIOCOMPATIBILE (sito singolo)
INNESTO DI MATERIALE BIOCOMPATIBILE (sito multiplo); RALLUNGAM CORONA CLINICA;
RADIOGRAFIA ENDORALE 1

CHIRURGIA

ESTRAZIONE SEMPLICE DI DENTE O RADICE; ESTRAZIONE COMPLICATA DI DENTE O RADICE
ESTRAZIONE DI DENTE O RADICE IN INCLUS. OSSEA PARZIALE; ESTRAZIONE DI DENTE CON PARADONTOPATIA
INTERVENTO PER BIOPSIE (escluso esame istologico); MEDICAZIONE CHIRURG., LAVAGGI, DRENAGGI, TRATTAMENTI
ALVEOLITE (per ogni seduta); APICECTOMIA (cura canalare a parte)
RIZOTOMIA; INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO

CONSERVATIVA

SPLINTAGGIO AD ELEMENTO; CAVITA' DI I CLASSE DI BLACK; CAVITA' DI II CLASSE DI BLACK CON PERDITA DI DUE PARETI
CAVITA' DI III CLASSE CON PERDITA DI TRE PARETI compl.; CAVITA' DI IV CLASSE compl.
RICOSTRUZIONE IN AMALGAMA; RICOSTRUZIONE IN COMPOSITO (anche II cl.)
SIGILLATURA SOLCHI PER DENTE; AMALGAMA PERNATA

ENDODONZIA

DEVITALIZZAZIONE MONORADICOLARE; DEVITALIZZAZIONE PLURIRADICOLATO
PROTESI MOBILE; PROTESI MOBILE TOTALE RESINA SUPERIORE
PROTESI MOBILE TOTALE RESINA INFERIORE; SCHELETRATO MOB. IN CROMO COBALTO O METALLI SIMILI N. NOB.