

Fascicolo Informativo

Contratto di assicurazione sanitaria

Piano sanitario

FONDO FASA

Fondo Assistenza Sanitaria Alimentaristi

Redazione di Marzo 2014

Il presente Fascicolo Informativo contenente

- a) Nota Informativa comprensiva del Glossario;
- b) Condizioni di assicurazione.

INDICE

INDICE	2
NOTA INFORMATIVA	4
A. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	4
Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo	4
3. Reclami	5
4. Mediazione per la conciliazione delle controversie	5
5. Arbitrato irrituale	5
6. Commissione paritetica	6
GLOSSARIO	7
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	10
1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	10
2. PERSONE ASSICURATE	10
3. RICOVERO	11
3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO	11
3.2 DAY-HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO	11
3.3 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER PRESTAZIONI DI DERMATOLOGIA E OCULISTICA	11
3.4 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO	12
3.5 PARTO E ABORTO	12
3.5.1 PARTO CESAREO, ABORTO SPONTANEO O TERAPEUTICO	12
3.5.2 PARTO NATURALE.....	12
3.6 NEONATI	12
3.7 ANTICIPO DELL'INDENNIZZO	12
3.8 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	12
3.9 INDENNITÀ GIORNALIERA	13
3.10 MASSIMALE ASSICURATO	13
4. ALTA SPECIALIZZAZIONE	13
5. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI.....	14
6. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI <u>SOLO A SEGUITO DI INFORTUNIO SUL LAVORO</u> (GARANZIA OPERANTE PER IL SOLO TITOLARE)	15
7. PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI.....	15
8. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO.....	15
9. IMPLANTOLOGIA	16
9.1 APPLICAZIONE DI TRE O PIU' IMPIANTI.....	16
9.2 APPLICAZIONE DI DUE IMPIANTI	16
9.3 APPLICAZIONE DI UN IMPIANTO	16
10. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE ED ORTODONTICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO	17
11. PREVENZIONE ODONTOIATRICA	17
IN DEROGA A QUANTO PREVISTO ALL'ART. B.2 "ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE" AL PUNTO 2, UNISALUTE PROVVEDE AL PAGAMENTO DEL "PACCHETTO" DI PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI FRUIBILE UNA VOLTA L'ANNO IN STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON UNISALUTE INDICATE DALLA CENTRALE OPERATIVA PREVIA PRENOTAZIONE.....	17
LE PRESTAZIONI CHE COSTITUISCONO IL "PACCHETTO" SOTTO INDICATE SONO NATE PER MONITORARE L'EVENTUALE ESISTENZA DI STATI PATOLOGICI, ANCORCHÉ NON ANCORA CONCLAMATI, E SI PREVEDE SIANO PARTICOLARMENTE OPPORTUNE PER SOGGETTI CHE ABBIANO SVILUPPATO CASI DI FAMILIARITÀ.	17
LE PRESTAZIONI DEVONO ESSERE EFFETTUATE IN UN'UNICA SOLUZIONE.	17
12. PREVENZIONE ODONTOIATRICA (GARANZIA OPERATE PER I FIGLI CON ETÀ < A 6 ANNI)	17
IN DEROGA A QUANTO PREVISTO ALL'ART. B.2 "ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE" AL PUNTO 2, UNISALUTE PROVVEDE AL PAGAMENTO DEL "PACCHETTO" DI PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI FRUIBILE UNA VOLTA L'ANNO IN STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON UNISALUTE INDICATE DALLA CENTRALE OPERATIVA PREVIA PRENOTAZIONE.....	17
LE PRESTAZIONI DEVONO ESSERE EFFETTUATE IN UN'UNICA SOLUZIONE.	17
13. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE	17
14. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (GARANZIA OPERANTE PER TITOLARE E CONIUGE)	18
15. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (GARANZIA OPERANTE PER FIGLI < 6 ANNI)	18
16. PACCHETTO MATERNITÀ'.....	18
17. PRESTAZIONI PER MATERNITÀ' A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE.....	19
18. SERVIZI DI CONSULENZA	19
19. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA (GARANZIA OPERANTE PER IL SOLO TITOLARE)	19
19.1 OGGETTO DELLA GARANZIA	19
19.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ'	19
19.3 SOMMA ASSICURATA.....	20
19.4 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	20
A - CONDIZIONI GENERALI.....	20

A.1	FORO COMPETENTE.....	20
A.2	RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	20
A.3	ALTRE ASSICURAZIONI.....	20
A.4	AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO.....	20
B	- LIMITAZIONI.....	20
B.1	ESTENSIONE TERRITORIALE.....	20
B.2	ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE.....	20
B.3	LIMITI DI ETÀ.....	21
C	- SINISTRI.....	21
C.1	DENUNCIA DEL SINISTRO.....	21
C.1.1	SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON UNISALUTE.....	21
C.1.2	SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON UNISALUTE (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE DI ODONTOIATRIA).....	22
C.1.3	SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON UNISALUTE (solo per le garanzie che prevedono tale modalità).....	23
C.1.4	SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.....	23
C.2	RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA DA PARTE DELUNISALUTE.....	24
C.2.1	MODALITÀ DI RIMBORSO.....	24
C.2.2	RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE.....	25
C.2.3	ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA.....	25

NOTA INFORMATIVA

Nota Informativa relativa al contratto di assicurazione sanitaria di **FONDO FASA - Fondo Assistenza Sanitaria Alimentaristi** (Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010).

Le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico dell'Associato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni che riguardano limitazioni ed esclusioni sono identificate nella presente Nota in questo modo **Avvertenze** e nelle Condizioni di assicurazione in **grassetto**, e sono da leggere con particolare attenzione.

A. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Denuncia del sinistro

Sinistri in strutture convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati

In caso di sinistro, l'Associato deve preventivamente contattare la Centrale Operativa UniSalute per prenotare la prestazione o il ricovero presso una struttura sanitaria convenzionata con UniSalute.

All'atto della prestazione l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata i documenti attestanti la propria identità, oltre alla prescrizione medica, qualora richiesta.

Le prestazioni autorizzate da UniSalute, saranno liquidate da UniSalute direttamente alla struttura convenzionata, salvo eventuali scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

Avvertenza: All'interno dell'**Area riservata** accessibile dal sito www.fondofasa.it, l'Associato potrà consultare e conoscere con precisione le strutture ed i medici convenzionati dedicati al suo specifico Piano sanitario.

Per le modalità e termini riferiti all'attivazione del servizio di denuncia del sinistro, si rimanda all'art. C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO del capitolo C -SINISTRI nelle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

Qualora siano erogati servizi non previsti dal Piano sanitario e/o non autorizzati da UniSalute, l'Assicurato provvederà al pagamento degli stessi direttamente al centro sanitario convenzionato.

In caso di prestazione odontoiatrica

In occasione del primo sinistro nella struttura sanitaria convenzionata, il dentista provvederà all'effettuazione della prima visita e redigerà la "scheda anamnestica" relativa all'apparato masticatorio dell'Associato.

Sinistri in strutture non convenzionate con UniSalute o effettuati da medici non convenzionati

Le prestazioni previste dal Piano sanitario eseguite in strutture non convenzionate, sono rimborsate secondo i limiti contrattuali indicati nelle Condizioni di assicurazione.

Per richiedere il rimborso di quanto speso l'Associato dovrà utilizzare il modulo cartaceo che verrà fornito.

Il modulo di rimborso, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato via posta alla sede del Fondo, unitamente a copia della documentazione medica e di spesa indicata nelle Condizioni di assicurazione al seguente indirizzo: **FONDO FASA Via Flavia, 3 - 00187 ROMA**.

Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Le prestazioni previste dal Piano sanitario eseguite nel Servizio Sanitario Nazionale, sono rimborsate secondo i limiti contrattuali indicati nelle Condizioni di assicurazione.

In caso di ricovero a completo carico del SSN, l'Associato potrà richiedere, in alternativa al rimborso, l'erogazione dell'indennità sostitutiva.

Per richiedere il rimborso di quanto speso l'Associato dovrà utilizzare il modulo cartaceo che verrà fornito.

Il modulo di rimborso, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato via posta alla sede del Fondo, unitamente a copia della documentazione medica e di spesa indicata nelle Condizioni di assicurazione al seguente indirizzo: **FONDO FASA Via Flavia, 3 - 00187 ROMA**.

Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte di UniSalute

Entro 60 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza, l'Associato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà produrre a UniSalute, per il tramite del Fondo, i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Associato.

Per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza l'Associato dovrà produrre idonea documentazione, sia nel caso in cui sia mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, sia nel caso in cui sia ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, per il quale dovrà presentare un certificato medico da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero.

La documentazione verrà valutata da UniSalute, la quale avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Associato per il tramite del Fondo da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Il diritto dell'Associato al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, decorre dal momento in cui UniSalute e il Fondo considereranno completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Associato.

Modalità di rimborso

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza dà diritto all'Associato a richiedere la corresponsione della somma assicurata e al rimborso delle spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza (su presentazione di fatture, ricevute in originale o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro).

Richiesta di rimborso spese

In caso di rimborso spese il fascicolo che l'Associato invierà al Fondo, dovrà contenere la documentazione necessaria, ovvero la copia della cartella clinica in caso di ricovero, i certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra-ricovero, le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria.

Il pagamento di quanto spettante all'Associato viene effettuato dal Fondo su presentazione della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata.

Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

UniSalute, per il tramite del Fondo, hanno la facoltà di procedere a controlli presso l'Associato, di farlo esaminare da un Medico di sua scelta, anche in presenza del Medico curante dell'Associato.

UniSalute, per il tramite del Fondo, può inoltre richiedere ulteriore documentazione che ritiene necessario per valutare lo stato di salute dell'Associato, in caso di rifiuto da parte dell'Associato, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data di richiesta di UniSalute.

Si rinvia alla sezione "GLOSSARIO" per gli aspetti riguardanti la terminologia usata.

3. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

- UniSalute S.p.A. Funzione Reclami - Via Larga, 8 - 40138 - Bologna - fax 0517096892
e-mail reclami@Unisalute.it;
- Fondo FASA - Via Flavia, 3 - 00187 - Roma - fax 06.47880567 - e-mail reclami@fondofasa.it;

Avvertenza: In relazione alle controversie inerenti l'attivazione delle garanzie o la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

4. Mediazione per la conciliazione delle controversie

Il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Tale decreto ha previsto la possibilità, per la risoluzione di controversie civili anche in materia di contratti assicurativi, di rivolgersi prioritariamente ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. Nel caso in cui il Contraente intenda avvalersi di tale possibilità, potrà far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali organismi, alla sede legale di UniSalute S.p.A., Ufficio Liquidazione Rimborsuale e Recuperi, Via Larga, 8 - 40138 Bologna, fax n. 0517096904.

Il tentativo di mediazione è obbligatorio cioè deve essere attivato prima dell'instaurazione della causa civile come condizione di procedibilità della stessa.

Avvertenza: resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

5. Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo tra i primi due, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio Arbitrale risiede e si riunirà nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicili elettivo dell'Associato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico ed è esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio Arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Avvertenza: resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.
Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

6. Commissione paritetica

Su esplicita richiesta del Fondo, UniSalute si rende disponibile a partecipare ad una Commissione paritetica per la valutazione delle pratiche in contenzioso con propri incaricati liquidatori e medici, che potranno anche sostenere l'eventuale ricorso che l'Associato abbia intentato al Fondo.

A tal fine tale Commissione potrà sostanzarsi nell'analisi del ricorso/reclamo proposto dall'Associato, nella redazione di un parere medico e/o legale sulla vertenza che il Fondo potrà utilizzare qualora lo ritenga opportuno per sostenere il confronto con l'Associato.

GLOSSARIO

Aborto

Interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente.

Aborto spontaneo

Interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno.

Aborto terapeutico

Interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni al feto.

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo

Anno

Periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessantasei giorni in caso di anno bisestile.

Associato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Atti ordinari della vita

Spostarsi: capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio.

Lavarsi: capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo

Vestirsi: capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente

Nutrirsi: capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire

Centrale Operativa/Struttura organizzativa

E' la struttura di UniSalute costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga le prestazioni previste dalla polizza.

La Centrale Operativa con linea telefonica "verde" provvede a: organizzare e prenotare, su richiesta dell'Associato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate;

fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.

Contraente

Il soggetto che stipula la polizza (Fondo FASA).

Day-hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Documentazione sanitaria

Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).

Fascicolo informativo

L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di assicurazione, Informativa Privacy.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Associato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Associato l'importo garantito.

Indennità giornaliera

Importo giornaliero erogato da UniSalute in caso di ricovero o di day hospital corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero o di day hospital stessi.

Indennizzo

La somma dovuta da UniSalute in caso di sinistro.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Istituto di Cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Ivass

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da Isvap dal 1° gennaio 2013.

Lettera di Impegno (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Documento con cui l'Associato si impegna a far fronte agli oneri che rimarranno a proprio carico e a dare la liberatoria per la privacy a UniSalute.

Libera professione intramuraria

L'attività che il personale medico alle dipendenze dell'SSN esercita in forma individuale o di equipe, al di fuori dall'orario di lavoro, in favore e su libera scelta dell'Associato e con oneri a carico dello stesso.

Malattia

Qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, e non sia dipendente da infortunio.

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale

L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che UniSalute si impegna a prestare nei confronti dell'Associato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Piano terapeutico (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Documento sottoscritto dall'Associato contenente l'insieme delle prestazioni che il dentista convenzionato e lo stesso concordano di effettuare. Tale documento deve essere comunicato all'UniSalute per rendere possibile la successiva "presa in carico". Eventuali successive variazioni al piano terapeutico concordato dovranno essere sottoposte ad una nuova presa in carico da parte dell'UniSalute.

Presa in carico (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Comunicazione di UniSalute al Centro Odontoiatrico convenzionato in ordine alle prestazioni contenute nel piano terapeutico che UniSalute stessa si impegna a pagare, in toto o in parte, direttamente allo stesso. La liquidazione degli oneri contenuta nella presa in carico è subordinata al rispetto di quanto riportato nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nel presente contratto.

Questionario di riconoscimento di uno stato di non autosufficienza

Documento contenente le informazioni sullo stato di non autosufficienza dell'Associato, compilato e sottoscritto dal medico curante e dall'Associato stesso o dal suo tutore legale o dall'amministratore di sostegno o dal familiare preposto alla cura dell'Associato.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.

Ricovero di lunga convalescenza (definizione relativa a “Stati di non autosufficienza”)

La degenza in istituto di cura specializzata nell’assistenza agli anziani.

Rischio

La probabilità del verificarsi del sinistro.

Scheda anamnestica (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Documento redatto dal dentista, in collaborazione con l’Associato, che descrive lo stato dell’apparato masticatorio dell’Associato, con particolare riferimento alle patologie che possono influire sulla sua salute.

Scoperto

Percentuale applicabile all’ammontare delle spese sostenute dall’Associato che, per ogni sinistro, rimane a carico dell’Associato.

Sinistro

Il verificarsi della prestazione di carattere sanitario per la quale è prestata l’assicurazione, che comporta un’attività gestionale per il Fondo.

Società

UniSalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

Stato di non autosufficienza consolidato

Situazione irreversibile e permanente, relativa alla salute dell’Associato, di norma suscettibile solo di ulteriore aggravamento.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico e relativi medici chirurghi - dedicati al presente Piano Sanitario - con cui UniSalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Tutore legale

Il tutore legale viene nominato dal Tribunale quando per la persona disabile o non autosufficiente viene richiesta l’interdizione, cioè il tutore si assume la responsabilità di quella persona nelle decisioni che riguardano gli atti della vita quotidiana e per tutte le decisioni della sfera patrimoniale per il mantenimento della stessa. In questo caso la persona assistita ha una capacità di agire molto limitata.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute dall'Associato per:

SEZIONE PRIMA:

- ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia e oculistica;
- trapianti;
- ricovero per parto cesareo, aborto spontaneo o terapeutico e parto naturale;
- neonati;
- anticipo dell'indennizzo;

- alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi solo a seguito di infortunio sul lavoro (garanzia operante per il solo titolare);
- protesi/ausili medici ortopedici ed acustici;

- interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- implantologia;
- cure dentarie da infortunio;
- prevenzione odontoiatrica;
- prevenzione odontoiatrica (garanzia operante per figli < 6 anni)
- prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate;

- prestazioni diagnostiche particolari (garanzia operante per titolare e coniuge);
- prestazioni diagnostiche particolari (garanzia operante per figli < 6 anni);

- pacchetto maternità;
- prestazioni per maternità a tariffe agevolate;
- servizi di consulenza.

SEZIONE SECONDA:

- stati di non autosufficienza (garanzia operante per il solo titolare).

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Associato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con UniSalute
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute
- c) Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei lavoratori dipendenti con contratto a tempo indeterminato o con contratto a termine di durata predeterminata pari o superiore a 9 mesi nell'arco dell'anno solare per i quali si applica il C.C.N.L. dell'Industria Alimentare, ai loro coniugi ed ai figli, questi ultimi solo se fiscalmente a carico, risultanti da stato di famiglia regolarmente iscritti al Fondo FASA.

NB: Si precisa che qualora ci siano due coniugi entrambi dipendenti di Aziende iscritte al Fondo, dovranno essere inseriti come titolari e non potranno essere in alcun modo inseriti come beneficiari dell'altra copertura; i figli fiscalmente a carico invece potranno risultare beneficiari di entrambe le coperture dei genitori.

A completamento della definizione di nucleo si precisa che possono essere inclusi nella presente copertura, previa tassativa compilazione di un'autocertificazione in carta libera da inviare al Fondo:

- i figli del/della dipendente non presenti sul medesimo stato di famiglia purché fiscalmente a carico del/della dipendente stesso/a,
- il coniuge non presente sul medesimo stato di famiglia del/della dipendente purché convivente presso il domicilio del/della dipendente stesso/a,

Ogni altro soggetto diverso da quelli sopra indicati (es. convivente “more uxorio”, figli non fiscalmente a carico, genitori, fratelli, zii etc.), non può in ogni modo essere incluso nella presente copertura.

SEZIONE PRIMA

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

UniSalute per tramite del Fondo, provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche **effettuati nei 150 giorni precedenti l’inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall’infortunio che ha determinato il ricovero.**

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell’aiuto, dell’assistente, dell’anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all’intervento (**risultante dal referto operatorio**); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. **Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.**

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell’accompagnatore nell’Istituto di cura o in struttura alberghiera.

La garanzia è prestata nel limite di **€. 70,00 al giorno per ogni giorno di ricovero.**

f) Post-ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (**queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall’istituto di cura**), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**), **effettuati nei 180 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall’infortunio che ha determinato il ricovero**; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. **Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all’atto delle dimissioni dall’istituto di cura.**

3.2 DAY-HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

La garanzia è operante in caso di **day-hospital con intervento chirurgico.**

La garanzia è altresì operante per i **day-hospital medici eseguiti per cure e terapie di patologie oncologiche.**

- **Sono esclusi invece dalla presente garanzia tutti i day-hospital medici diversi da quelli per cure e terapie di patologie oncologiche.**

Nel caso di day-hospital come sopra definito, UniSalute, per il tramite del Fondo, provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni previste al punto 3.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” con i relativi limiti in esso indicati.**

3.3 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER PRESTAZIONI DI DERMATOLOGIA E OCULISTICA

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale per **prestazioni di dermatologia e oculistica**, UniSalute, per il tramite del Fondo, provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni previste ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” lett. a) “Pre-ricovero”, b) “Intervento chirurgico, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, f) “Post-ricovero” con i relativi limiti in essi indicati.**

NB:

- In caso di interventi ambulatoriali per prestazioni di dermatologia la garanzia opererà in presenza di situazioni patologiche refertate dallo specialista che esegue la prestazione (es. esame istologico per i nei etc..)
- In caso di intervento per la correzione della miopia tramite metodica laser, la garanzia opererà soltanto in presenza di un difetto della capacità visiva risultante dallo specchietto dell'oculista riportante l'indicazione delle diottrie.

3.4 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, UniSalute, per il tramite del Fondo, liquida le spese previste al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" con i relativi limiti in esso indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.

Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

3.5 PARTO E ABORTO

3.5.1 PARTO CESAREO, ABORTO SPONTANEO O TERAPEUTICO

In caso di parto cesareo, aborto spontaneo o terapeutico, effettuato in struttura sanitaria privata, UniSalute, per il tramite del Fondo, provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore; f) "Post-ricovero".

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per persona (da intendersi come sottolimito del massimale di cui al punto 3.10 "Massimale assicurato").

3.5.2 PARTO NATURALE

In caso di parto naturale effettuato in struttura sanitaria privata, UniSalute, per il tramite del Fondo, provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 2.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza"; relativamente alle prestazioni "post-ricovero" vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio", lettera f) "Post-ricovero".

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 3.000,00 per anno assicurativo e per persona (da intendersi come sottolimito del massimale di cui al punto 3.10 "Massimale assicurato").

3.6 NEONATI

UniSalute, per il tramite del Fondo, provvede al pagamento delle spese per interventi effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in una struttura alberghiera per il periodo del ricovero.

3.7 ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico in strutture sanitarie private, fermi restando i limiti previsti, è data facoltà all'Associato di richiedere un anticipo sulle spese già sostenute e documentate in misura non superiore al 70% delle stesse, previa contestuale presentazione a UniSalute, per il tramite del Fondo, di certificazione attestante la necessità dell'intervento chirurgico, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare totale delle spese sanitarie.

Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di spesa e della documentazione relativa al ricovero come previsto al punto "C - Sinistri", si procederà al relativo conguaglio.

3.8 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate da UniSalute, per il tramite del Fondo, con uno scoperto del 30% ad eccezione della seguente:

punto 3.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”:

– lett. e) “Accompagnatore”;

che viene rimborsata al Fondo nel limite previsto al punto indicato.

b) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.9 “Indennità Giornaliera”. Tale garanzia sarà altresì attivata in caso di day-hospital con i relativi limiti in essa indicati.

Qualora l’Associato sostenga, durante il ricovero, delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, UniSalute, per il tramite del Fondo, rimborserà integralmente quanto anticipato dall’Associato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l’ “indennità giornaliera”.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell’Associato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute.

Si precisa che per la presente garanzia non è prevista alcuna forma di indennizzo in forma diretta presso le Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, qualora un Assistito si rivolga a tali strutture, le spese verranno rimborsate come previsto al punto a) “Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute”.

3.9 INDENNITA’ GIORNALIERA

L’Associato, qualora non richieda alcun rimborso a UniSalute, per il tramite del Fondo, per il ricovero e per le prestazioni ad esso connesse avrà diritto a un’indennità per ogni giorno di degenza di:

- € 50,00: per i ricoveri medici o chirurgici e per i day-hospital chirurgici, e sarà corrisposta a partire dal primo giorno di degenza per un periodo non superiore a 90 giorni per evento.
- € 50,00: per i day-hospital per cure e terapie di patologie oncologiche e sarà prestata a partire dal primo giorno per un massimo di 30 giorni per evento.
NB: Sono esclusi invece dalla presente garanzia tutti i day-hospital medici diversi da quelli per cure e terapie di patologie oncologiche.
- € 70,00: per i ricoveri per parto cesareo, aborto spontaneo o terapeutico e parto naturale, e sarà corrisposta a partire dal primo giorno di degenza per un periodo non superiore a 90 giorni per evento.

3.10 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 20.000,00 per persona.

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

UniSalute, per il tramite del Fondo, provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici “anche in digitale”)

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Chemioterapia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Cobaltoterapia
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia

- Defecografia
- Dialisi
- Elettroencefalografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Risonanza
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- TAC
- Wirsungrafia

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 in cui l'Associato si rivolga a **strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di € 20,00 per ciascuna prestazione.

Si precisa che per la presente garanzia non è prevista alcuna forma di indennizzo in forma diretta presso le Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, qualora un Assistito si rivolga a tali strutture, le spese verranno rimborsate come previsto al punto precedente: "strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute".

Nel caso in cui l'Associato si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di € 20,00 per ciascuna prestazione.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 15.000,00 per persona.

5. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

UniSalute, per il tramite del Fondo, provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia. Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso in cui l'Associato si rivolga a **strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute**, le spese sostenute vengono rimborsate con:

- l'applicazione di una franchigia di € 35,00 per visita specialistica;
- l'applicazione di una franchigia di € 45,00 per accertamento diagnostico.

Si precisa che per la presente garanzia non è prevista alcuna forma di indennizzo in forma diretta presso le Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, qualora un Assistito si rivolga a tali strutture, le spese verranno rimborsate come previsto al punto precedente: "strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute".

Nel caso in cui l'Associato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di € 20,00 per visita specialistica o accertamento diagnostico.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 5.000,00 per persona.

6. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI SOLO A SEGUITO DI INFORTUNIO SUL LAVORO (garanzia operante per il solo titolare)

UniSalute, per il tramite del Fondo, provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio sul lavoro, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza sia del certificato di Pronto Soccorso sia della denuncia dell'infortunio che il Datore di lavoro ha presentato all'INAIL, sempreché siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Nel caso in cui l'Associato si rivolga a strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 40,00 per fattura.

Nel caso in cui l'Associato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 40,00 per fattura.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 800,00 per persona.

7. PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI

UniSalute, per il tramite del Fondo, rimborsa le spese per l'acquisto o il noleggio di protesi ortopediche. Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici ed acustici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodì, plantari, apparecchi acustici, ecc..

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20% e con un minimo non indennizzabile di € 70,00 per fattura/persona.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per persona.

8. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

UniSalute liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso;
- cisti follicolari;
- cisti radicolari;
- adamantinoma;
- odontoma;
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare.

Solo in tali casi è prevista l'indennizzo delle spese dell'intervento di implantologia dentale necessario a completamento dell'intervento.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Associato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Per l'attivazione della garanzia in strutture sanitarie convenzionate, il dentista convenzionato dovrà produrre, tramite la procedura concordata con UniSalute, la seguente documentazione medica necessaria al fine di ottenere l'erogazione in forma diretta, tale documentazione consisterà in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- = radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

Nel caso in cui l'Associato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute vengono rimborsate, per il tramite del Fondo, con l'applicazione di uno scoperto del 20%.

Per l'attivazione della garanzia in SSN sarà necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- = radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

Si precisa che per la presente garanzia non è prevista alcuna forma di indennizzo in forma rimborsuale presso le Strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute, qualora un Assistito si rivolga a tali strutture, le spese resteranno a suo carico.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 3.800,00 per persona.

9. IMPLANTOLOGIA

Viene previsto un massimale di € 1.100,00 per prestazioni di implantologia dentale in un anno assicurativo e per nucleo.

Si specifica che:

- le prestazioni sono erogabili **solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato con UniSalute**;
- le spese per le prestazioni erogate all'Associato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime **senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto**;
- si precisa che per l'attivazione della garanzia il dentista convenzionato dovrà produrre, tramite la procedura concordata con UniSalute, le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.

9.1 APPLICAZIONE DI TRE O PIU' IMPIANTI

La garanzia opera nel caso di applicazione di tre o più impianti previsti dal medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi ai 3 o più impianti.

Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Associato alla struttura convenzionata.

9.2 APPLICAZIONE DI DUE IMPIANTI

Viene previsto un sottomassimale annuo di € 700,00 nel caso di applicazione di due impianti previsti dal medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi ai 2 impianti.

Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Associato alla struttura convenzionata.

Qualora, nel corso della medesima annualità di copertura, dopo aver attivato la garanzia prevista al punto 9.3 "Applicazione di un impianto", si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottomassimale di € 700,00 previsto in questa garanzia, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

9.3 APPLICAZIONE DI UN IMPIANTO

Viene previsto un sottomassimale annuo di € 350,00 nel caso di applicazione di un impianto previsto dal piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi all'impianto.

Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Associato alla struttura convenzionata.

10. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE ED ORTODONTICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, UniSalute liquida le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sotto indicate.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

- radiografie e referti radiologici;
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Associato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Associato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, UniSalute, per il tramite del Fondo, rimborsa integralmente i ticket sanitari a Suo carico nel limite dei massimali assicurati.

Si precisa che per la presente garanzia non è prevista alcuna forma di indennizzo in forma rimborsuale presso le Strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute, qualora un Assistito si rivolga a tali strutture, le spese resteranno a suo carico.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per persona.

11. PREVENZIONE ODONTOIATRICA

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 2, UniSalute provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto" sotto indicate sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

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

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Associato, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con UniSalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, UniSalute provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

Restano invece a carico dell'Associato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

12. PREVENZIONE ODONTOIATRICA (garanzia operate per i figli con età < a 6 anni)

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 2, UniSalute provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- Visita specialistica odontoiatrica;
- Fluorazione.

Restano invece a carico dell'Associato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

13. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Qualora una prestazione non sia ricompresa nelle prestazioni odontoiatriche di cui sopra perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Associato, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

14. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (garanzia operante per titolare e coniuge)

UniSalute provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute 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.

- 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

- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Elettrocardiogramma di base

Prestazioni previste per gli uomini una volta ogni due anni a partire dal compimento dei 45 anni

- PSA (Specifico antigene prostatico)

Prestazioni previste per le donne una volta ogni due anni a partire dal compimento dei 35 anni

- Pap test
- Mammografia *(solo con presentazione della prescrizione del medico curante)*

15. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (garanzia operante per figli < 6 anni)

UniSalute provvede al pagamento della prestazione sotto elencata, effettuata una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. La prestazione prevista, nata per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede sia particolarmente opportuna per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- Visita oculistica.

16. PACCHETTO MATERNITA'

Sono comprese nella garanzia:

- n°4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a n°6 per gravidanza a rischio);
- le ecografie;
- le analisi clinico chimiche;
- l'amniocentesi o la villocentesi: per le donne di età ≥ 35 anni tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione mentre per le donne di età < 35 anni sono riconosciute solo nel caso di malformazione familiare in parenti di 1° grado o nel caso di patologie sospette.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritta vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Iscritta si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, UniSalute, per il tramite del Fondo, rimborsa integralmente i ticket sanitari a Suo carico nel limite dei massimali assicurati.

Si precisa che per la presente garanzia non è prevista alcuna forma di indennizzo in forma rimborsuale presso le Strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute, qualora un Assistito si rivolga a tali strutture, le spese resteranno a suo carico.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per persona.

17. PRESTAZIONI PER MATERNITA' A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Qualora una prestazione non sia ricompresa nelle prestazioni del pacchetto maternità di cui sopra perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Associata, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

18. SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde nazionale **800-009619** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il seguente numero verde **00800-39009619**, in caso di mancato funzionamento del numero verde internazionale occorre comporre il seguente numero a pagamento: **0039514185619**.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Associato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

SEZIONE SECONDA

19. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA (garanzia operante per il solo titolare)

19.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

UniSalute, per il tramite del Fondo, garantisce il rimborso delle spese sanitarie ed assistenziali per un valore corrispondente alla somma garantita all'Associato (avente la qualità di TITOLARE) quando questi si trovi, in un momento successivo alla data di decorrenza della polizza, in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo articolo 19.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza".

19.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ'

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi.
2. Aver diritto, aver richiesto, o percepire una pensione di invalidità, o una rendita per incapacità permanente che corrisponda ad un livello di incapacità superiore al 25%.
3. Presentare malattie, postumi di malattie o di infortuni precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.
4. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o 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.

19.3 SOMMA ASSICURATA

La **somma mensile** garantita nel caso in cui l'Associato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo 19.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a € 1.000,00 da corrispondersi per una durata massima di 3 anni.

19.4 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Associato il cui stato di salute venga giudicato "consolidato" e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter 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),
 - coprire (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali),
- e necessiti 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'Associato 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 necessiti in modo costante:

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

A - CONDIZIONI GENERALI

A.1 FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto, il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Associato.

A.2 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

A.3 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare ad UniSalute l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'Associato di darne avviso per iscritto in caso di sinistro, ai sensi dell'art. 1910 c.c. .

A.4 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve comunicare ad UniSalute l'eventuale aggravamento del rischio legato al trasferimento della sede operativa o della sede legale dell'Azienda assicurata, ai sensi dell'art. 1898 c.c..

B - LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

Sono in ogni caso escluse dalla copertura le spese per:

- a) L'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del piano;

- b) Qualsiasi trattamento avente mera finalità di controllo routinario e/o prevenzione, salvo quanto previsto agli artt. 11 e 12 “Prevenzione odontoiatrica” agli artt. 14 e 15 “Prestazioni diagnostiche particolari” e all’art. 16 “Pacchetto maternità”;
- c) Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- d) La semplice correzione di difetti visivi con trattamento laser eccetto quelli finalizzati alla correzione della miopia come previsto all’art. 3.3 “Intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia e oculistica”;
- e) L’intervento per deviazione del setto nasale, se non a seguito di evento traumatico, anche se associato ad ipertrofia dei turbinati o poliposi;
- f) Cure e trattamenti terapeutici non fruiti in regime di ricovero o nei 180 giorni successivi allo stesso;
- g) Tutte le prestazioni afferenti ad una fecondazione non fisiologica (assistita);
- h) Infortuni derivanti da atti dolosi dell’Associato (è operante invece per gli infortuni derivanti da imprudenze e negligenze anche gravi);
- i) Infortuni ed intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all’uso di stupefacenti o allucinogeni;
- j) Aborto volontario non terapeutico;
- k) Prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio) e/o non conseguenti a patologia;
- l) Trattamenti sclerosanti;
- m) I trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali, medicinali e vaccini (salvo quanto previsto all’art. 5 “Trattamenti fisioterapici da infortunio sul lavoro” e al punto f) “Post ricovero” di cui all’art. 2. “Ricovero”);
- n) Le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o trasmutazione dell’atomo, naturali o provocate e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopiradio-attivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.)
- o) Le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- p) Prestazioni rese a persone affette da infermità mentali, alcolismo, tossicodipendenza e relative alle cause ed alle conseguenze di tali infermità;
- q) Le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

B.3 LIMITI DI ETÀ

L’assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l’assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il 75° anno di età, l’assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Associato.

C - SINISTRI

SEZIONE PRIMA

C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

La modalità di denuncia del sinistro si differenzia a seconda della forma attivabile:

- La forma diretta presso le strutture convenzionate con UniSalute;
- La forma indiretta (metodo rimborsuale) presso le strutture non convenzionate con UniSalute o presso le strutture del SSN.

C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON UNISALUTE

L’Associato o il familiare potrà richiedere la prenotazione della prestazione tramite il sito www.fondofasa.it utilizzando la funzione “Prenotazione visite ed esami” disponibile all’interno dell’Area riservata.

Se non può accedere ad internet potrà alternativamente contattare la Centrale Operativa di Fondo FASA - presso UniSalute telefonando al numero verde nazionale 800-009619 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30 (dall’estero occorre comporre il seguente numero verde 00800-39009619, in caso di mancato funzionamento del numero verde internazionale occorre comporre il seguente numero a pagamento: 0039514185619), e specificare la prestazione richiesta.

Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario; inoltre, all’interno dell’Area riservata accessibile dal sito

www.fondofasa.it, l'Associato potrà consultare e conoscere con precisione le strutture ed i medici convenzionati dedicati al suo specifico Piano sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa oppure qualora l'Associato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con UniSalute senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti C.1.3 "Sinistri in strutture non convenzionate con UniSalute" o C.1.4 "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

L'Associato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante (ove richiesta) e dovrà comunicare le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

Per le prestazioni previste in forma diretta, l'Associato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

UniSalute provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Associato delega UniSalute a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Associato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale Assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Associato verranno liquidate con le modalità previste ai punti C.1.3 "Sinistri in strutture non convenzionate con UniSalute" o C.1.4 "Sinistri nel servizio sanitario nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie purché tale modalità sia contemplata alle singole garanzie.

L'Associato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

C.1.2 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON UNISALUTE (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE DI ODONTOIATRIA)

L'Associato, o il Centro odontoiatrico convenzionato, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al fine di attivare la verifica della copertura assicurativa e la conseguente trasmissione della "presa in carico" al centro odontoiatrico relativa alle prestazioni sanitarie cui l'Associato stesso ha diritto.

In occasione del primo sinistro nella struttura sanitaria convenzionata, il dentista provvederà all'effettuazione della prima visita e redigerà la "scheda anamnestica" relativa all'apparato masticatorio dell'Associato, mentre le eventuali prestazioni necessarie saranno elencate nel piano terapeutico.

Il dentista invierà a UniSalute:

- la scheda anamnestica compilata in ogni parte;
- l'eventuale piano terapeutico, condiviso con l'Associato, insieme ai referti, alle radiografie, ecc.;

Successivamente all'esame di tale documentazione UniSalute provvederà ad inviare alla struttura convenzionata la "presa in carico" relativa alle prestazioni che rientrano in copertura.

La "presa in carico" varrà nei limiti temporali nella stessa indicati, fino alla concorrenza dei massimali e nei limiti previsti nelle singole garanzie.

All'atto dell'effettuazione delle prestazioni, l'Associato dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e sottoscrivere la lettera di impegno.

UniSalute provvederà, nei limiti indicati nelle singole garanzie, a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni prese in carico. A tal fine l'Associato delega UniSalute a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Associato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese restanti a suo carico per prestazioni non completamente pagate da UniSalute, non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato, non prese in carico.

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Associato verranno liquidate con le modalità previste al punto C.1.4 "Sinistri nel servizio sanitario nazionale" e con l'applicazione degli scoperti e/o franchigie previsti purché tale modalità sia contemplata alle singole garanzie.

L'Associato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

C.1.3 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON UNISALUTE (solo per le garanzie che prevedono tale modalità)

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Associato deve inviare direttamente alla sede della Fondo FASA Via Flavia, 3 - 00187 ROMA la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di ricovero(*), copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale(*), copia completa della documentazione clinica, conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento. Inoltre, l'Associato, a fronte di specifica richiesta da parte di UniSalute per il tramite del Fondo, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

(*) Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero od all'intervento chirurgico ambulatoriale e ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UniSalute, per il tramite del Fondo, avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Associato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna a UniSalute per il tramite del Fondo della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Associato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

L'Associato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e/o dal Fondo e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Qualora l'Associato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Associato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità di cui al punto 3.8 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute" per le garanzie di ricovero e con le modalità riportate nei singoli punti delle garanzie di specialistica, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

C.1.4 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti C.1.1 "Sinistri in strutture convenzionate con UniSalute, C.1.2 "Sinistri in strutture convenzionate con UniSalute (sezione valida per garanzie odontoiatria)" e C.1.3 "Sinistri in strutture non convenzionate con UniSalute".

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Associato deve inviare direttamente alla sede della Fondo FASA Via Flavia, 3 - 00187 ROMA

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di ricovero(*) è sufficiente presentare la lettera di dimissione; per taluni casi, tassativamente concertati con il Fondo, UniSalute potrà sempre richiedere copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale (non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro).
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale(*), copia completa della documentazione clinica, conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento. Inoltre, l'Associato, a fronte di specifica richiesta da parte del UniSalute per il tramite del Fondo, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

(*) Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero od all'intervento chirurgico ambulatoriale e ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Associato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato dalla lettera di dimissione; per taluni casi, tassativamente concertati con il Fondo, UniSalute potrà sempre richiedere copia della cartella clinica conforme all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.

SEZIONE SECONDA

C.2 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA DA PARTE DELUNISALUTE

Entro 60 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi dell'art. 19.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza", l'Associato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Associato stesso.

Il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, indirizzato a: **Fondo FASA Via Flavia, 3 - 00187 ROMA**, dovrà contenere un certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Associato e la data della sua sopravvenienza. Dovrà inoltre precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni.

In risposta, UniSalute invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Associato o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente del malato. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.

In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. 19.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Associato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. 19.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Associato è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Associato, dovrà essere inviata a UniSalute per il tramite del Fondo.

Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Associato sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'Associato.

UniSalute, per il tramite del Fondo, avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Associato da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato da UniSalute, per il tramite del Fondo, quando:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustificano l'aggravarsi dello stato di salute dell'Associato intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione;
- il contratto sia ancora in vigore.

Il diritto dell'Associato al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, con le modalità di cui all'articolo C.2.2 decorre dal momento in cui UniSalute considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Associato.

C.2.1 MODALITÀ DI RIMBORSO

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte di UniSalute secondo le condizioni dell'articolo 19.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Associato che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma assicurata - entro i limiti previsti all'articolo 19.3 "Somma assicurata" - nelle forme di seguito indicate e dettagliate al successivo articolo e C.2.2:

- rimborso delle spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza (su presentazione di fatture, ricevute in originale o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro). L'erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui UniSalute considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza dell'Associato.

C.2.2 RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: **Fondo FASA Via Flavia, 3 - 00187 ROMA** dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- la copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero; ovvero
- i certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra-ricovero.

Dovrà inoltre allegare le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria, o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro.

Il pagamento di quanto spettante all'Associato viene effettuato su presentazione alla Fondo della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Associato, a fronte di specifica richiesta da parte del Fondo, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

C.2.3 ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

UniSalute, per il tramite del Fondo, si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Associato, a controlli presso l'Associato e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Associato.

In caso di rifiuto da parte dell'Associato di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data della richiesta di UniSalute