



FONDO FONSAF **PIANO SANITARIO**


FONSAF



FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA
INTEGRATIVA PER I LAVORATORI DIPENDENTI DI
PANIFICAZIONE E ATTIVITÀ AFFINI

Fondo | **FONSAP**

 Via G. B. Morgagni, 33 - 00161 Roma

 +39 06/47824858 int. 9

 info@fonsap.it

 www.fonsap.it



FONDO FONSAF
PIANO SANITARIO



INDICE

FON.SA.P PRESENTAZIONE	9
PIANO SANITARIO NOTE UTILI	11
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	13
1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	13
SEZIONE PRIMA	13
SEZIONE SECONDA:	13
SEZIONE TERZA:	13
2. PERSONE ASSICURATE	14
SEZIONE PRIMA	14
3. RICOVERO	14
3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO	14
3.2 DAY-HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO	15
3.3 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER PRESTAZIONI DI	15
3.4 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO	16
3.5 PARTO E ABORTO	16
3.5.1 PARTO CESAREO, ABORTO SPONTANEO O TERAPEUTICO	16
3.5.2 PARTO NATURALE	16
3.6 ANTICIPO DELL'INDENNIZZO	17
3.7 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	17
3.8 INDENNITÀ GIORNALIERA	18
3.9 MASSIMALE ASSICURATO	18
4 ALTA SPECIALIZZAZIONE	18
5 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	20
6 LENTI ED OCCHIALI	21
7 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI SOLO A SEGUITO DI INFORTUNIO SUL LAVORO	21
8 PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI	21
9 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO	22

10 IMPLANTOLOGIA	23
10.1 APPLICAZIONE DI TRE O PIU' IMPIANTI	24
10.2 APPLICAZIONE DI DUE IMPIANTI	24
10.3 APPLICAZIONE DI UN IMPIANTO	24
11 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE ED ORTODONTICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO	25
12 PREVENZIONE ODONTOIATRICA	25
13 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE	26
14 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI	26
15 PACCHETTO MATERNITÀ	27
16 PRESTAZIONI PER MATERNITÀ A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE	29
17 SERVIZI DI CONSULENZA	29
SEZIONE SECONDA	30
18 STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA	30
18.1 OGGETTO DELLA GARANZIA	30
18.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ	30
18.3 SOMMA ASSICURATA	31
18.4 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	31
SEZIONE TERZA	33
19 INFORTUNI PROFESSIONALI	33
19.1 ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE	33
19.2 RISCHIO VOLO	33
19.3 RISCHIO GUERRA ALL'ESTERO	34
19.4 RISCHIO IN ITINERE	34
19.5 MANCINISMO	34
19.6 SUPERVALUTAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE	34
19.7 FRANCHIGIA SULL'INVALIDITÀ PERMANENTE	34
19.8 MASSIMALI ASSICURATI	35

19.9 MORTE	35
19.10 RISCHI ESCLUSI	36
19.11 ESTENSIONE TERRITORIALE	36
19.12 PERSONE NON ASSICURABILI	36
19.13 ESCLUSIONI DALL'ASSICIRAZIONE	37
19.14 LIMITI DI ETÀ	38



FONSAP PRESENTAZIONE

Il Fondo di **Assistenza Sanitaria Integrativa** per i lavoratori del settore panificazione "**Fonsap**", è un organismo paritetico costituito con atto pubblico il 15 giugno 2011 dalle Organizzazioni sindacali rappresentative dei datori di lavoro (Federazione Italiana Panificatori e Assopanificatori-Fiesa/Confesercenti) e dei lavoratori (Flai-Cgil, Fai-Cisl e Uila-Uil) in attuazione del C.C.N.L., datato 1° dicembre 2009 per il personale comunque dipendente da aziende di panificazione anche per attività collaterali e complementari, nonché da negozi di vendita al minuto di pane, generi alimentari e vari.

Il **Fonsap** che ha natura giuridica di associazione non riconosciuta non persegue finalità di lucro ed è regolarmente iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari integrativi istituita presso il Ministero della Salute.

Promosso e regolato in sede di contrattazione collettiva, il **Fonsap**, si propone di erogare prestazioni di assistenza sanitaria che integrino per i lavoratori iscritti i trattamenti di assistenza sanitaria già offerti dal Servizio Sanitario Nazionale.

Il **Fonsap** ha sede legale in Via Alessandria 159/D — 00198 ROMA





PIANO SANITARIO | NOTE UTILI

BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

Beneficiari delle prestazioni garantite dal Fonsap sono le seguenti tipologie di lavoratori per i quali si applica il C.C.N.L.-Panificazione regolarmente iscritti al Fondo FONSAF e in regola con i versamenti contributivi al Fondo:

1. Lavoratori dipendenti con contratto a tempo indeterminato;
2. Lavoratori dipendenti assunti con contratto di lavoro a termine di durata predeterminata pari o superiore a 9 mesi nell'arco dell'anno solare.
3. Il nucleo familiare dell'iscritto. La composizione del nucleo deve intendersi così configurata: Coniuge/convivente "more uxorio" purché risultanti dallo stato di famiglia dell'iscritto, figli solamente se fiscalmente a carico dell'iscritto.

STRUTTURE SANITARIE A CUI RIVOLGERSI

A seconda della tipologia della copertura sanitaria garantita da FONSAF, per ottenere le prestazioni di cui necessita, i beneficiari possono rivolgersi, con le modalità riportate nel Piano Sanitario a:

PRESTAZIONI INDENNIZZATE IN FORMA INDIRECTA

(RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE)

- a) Strutture Sanitarie Private*;
- b) Servizio Sanitario Nazionale*.

PRESTAZIONI INDENNIZZATE IN FORMA DIRETTA

(STRUTTURE IN CONVENZIONE)

- c) Strutture convenzionate con **UNISALUTE****.

* Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Associato deve inviare la documentazione necessaria direttamente alla sede operativa del **Fondo FONSAF | Via G. B.Morgagni, 33 - 00161 ROMA (tel. 0647824858; info@fonsap.it)**

** L'associato potrà richiedere la prenotazione della prestazione contattando la Centrale Operativa di **Fondo Fonsap** - presso UniSalute telefonando al numero verde nazionale **800-009635** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Il Fonsap è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute dall'iscritto 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;
- anticipo dell'indennizzo;
- alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi solo a seguito di infortunio sul lavoro;
- protesi/ausili medici ortopedici ed acustici;
- interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- implantologia;
- prestazioni odontoiatriche ed ortodontiche a seguito di infortunio;
- prevenzione odontoiatrica;
- prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- pacchetto maternità;
- prestazioni per maternità a tariffe agevolate;
- servizi di consulenza.

SEZIONE SECONDA:

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

SEZIONE TERZA:

Infortuni professionali (IP e caso morte).

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'iscritto può rivolgersi a:

- Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con Unisalute;
- Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute;

- Servizio Sanitario Nazionale

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

2. PERSONE ASSICURATE (compreso il nucleo familiare come previsto)

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. per il personale comunque dipendente da aziende di panificazione anche per attività collaterali e complementari nonché da negozi di vendita al minuto di pane, generi alimentari e vari regolarmente iscritti al Fondo Fonsap.

SEZIONE PRIMA

3. RICOVERO

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

Il Fonsap 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 cer-

tificata 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, il Fonsap, 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, il Fonsap, 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 specchio 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, il 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, il Fonsap, 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 nucleo familiare (da intendersi come sottolimito del massimale di cui al punto 3.9 "Massimale assicurato").

3.5.2 | PARTO NATURALE

In caso di parto naturale effettuato in struttura sanitaria privata, il 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"; 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 nucleo familiare (da intendersi come sottolimito del massimale di cui al punto 3.9 "Massimale assicurato").

3.6 | ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico in strutture sanitarie private, fermi restando i limiti previsti, è data facoltà all'iscritto 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 "B - Sinistri", si procederà al relativo conguaglio.

3.7 | 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 dal 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 dal 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 3.8 "Indennità Giornaliera". Tale garanzia sarà altresì attivata in caso di day-hospital con i relativi limiti in essa indicati. Qualora l'iscritto sostenga, durante il ricovero, delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il 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'iscritto, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alla lett. a) del punto 3.7 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 iscritto 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".

3.8 | INDENNITÀ GIORNALIERA

L'iscritto, qualora non richieda alcun rimborso al 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.
- **€ 50,00:** per cure e terapie oncologiche in regime ambulatoriale, pur non essendo prevista la garanzia principale, e sarà prestata **a partire dal primo giorno** per un massimo di 30 giorni per evento.
- **€ 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.

3.9 | MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a **€ 30.000,00** per nucleo familiare.

4 | ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il Fondo, provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

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

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia III Chemioterapia III Cisternografia III Cistografia

- Cistouretrografia III 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 III Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vescicolodeferentografia III 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'iscritto 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 iscritto 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'iscritto 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 nucleo familiare.

5 | VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il 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'iscritto si rivolga a strutture sanitarie private non convenzionate con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate con:

- l'applicazione **di una franchigia di € 30,00 per visita specialistica;**
- l'applicazione **di una franchigia di € 40,00 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 iscritto 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'iscritto 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 nucleo familiare.

6 | LENTI ED OCCHIALI

Il Fonsap rimborsa integralmente le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto, esclusa la montatura, nel limite di una tantum triennale di **€ 100,00** per nucleo familiare. Per l'attivazione della garanzia sarà necessaria la prescrizione del medico oculista o una certificazione dell'ottico optometrista attestante la variazione del visus.

7 | TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI SOLO A SEGUITO DI INFORTUNIO SUL LAVORO

Il 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, medicali hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico. Nel caso in cui l'iscritto 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. **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 iscritto 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'iscritto 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 ticket.

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

8 | PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI

Il Fonsap, 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, tripodi, 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.

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

9 | INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

Il Fonsap 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'iscritto 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 modalità rimborsuale presso le Strutture sanitarie private non convenzionate con Unisalute; qualora un iscritto si rivolga a tali strutture, le spese rimarranno a suo carico.

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

10 | IMPLANTOLOGIA

Viene previsto un massimale di **€ 1.200,00** per prestazioni di implantologia dentale in un anno assicurativo e per nucleo familiare.

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'iscritto 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.

10.1 | 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'iscritto alla struttura convenzionata.

10.2 | APPLICAZIONE DI DUE IMPIANTI

Viene previsto un sottomassimale annuo di **€ 800,00** 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'iscritto 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.

10.3 | APPLICAZIONE DI UN IMPIANTO

Viene previsto un sottomassimale annuo di **€ 450,00** 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.

11 | PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE ED ORTODONTICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO

Il Fondo liquida le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, **a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate**. 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'iscritto vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'iscritto 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 iscritto si rivolga a tali strutture, le spese rimarranno a suo carico.

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

12 | PREVENZIONE ODONTOIATRICA

Unisalute provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie con essa convenzionate 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'iscritto, 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'iscritto, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, 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'iscritto, 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 PACCHETTO PREVENZIONE

Unisalute provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie con essa convenzionate 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 | PACCHETTO MATERNITÀ

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 dalla Società 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 iscritto si rivolga a tali strutture, le spese rimarranno a suo carico.

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

16 | PRESTAZIONI PER MATERNITÀ 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'iscritto, 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.

17 | SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde nazionale 800-009635 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il seguente numero verde **00800-39009635**, in caso di mancato funzionamento del numero verde internazionale occorre comporre il seguente numero a pagamento: **0039514185635**.

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 ticket, 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 la Società.

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'iscritto 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

18 | STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA (per il solo lavoratore iscritto)

18.1 | OGGETTO DELLA GARANZIA

Il Fonsap, garantisce il rimborso delle spese sanitarie ed assistenziali per un valore corrispondente alla somma garantita all'iscritto 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 17.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza".

18.2 | 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.

18.3 | SOMMA ASSICURATA

La **somma mensile** garantita nel caso in cui l'iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo 17.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a **€ 1.000,00 da corrisponderci per una durata massima di 3 anni**.

18.4 | DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'iscritto 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'iscritto 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 Nazionale
- dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio.



SEZIONE TERZA

19 | INFORTUNI PROFESSIONALI

19.1 | ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia di origine non morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento accidentale di sostanze tossiche;
- le infezioni conseguenti a morsi di animali e punture di insetti, escluse la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore;
- le ernie addominali da sforzo, con esclusione di quelle rachidee; gli strappi muscolari derivanti da sforzo;
- la rottura sottocutanea del tendine di Achille, nei limiti di quanto previsto al punto 18.17 (invalidità permanente);
- gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- e gli infortuni derivanti da aggressioni, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

19.2 | RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:

- su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- su aeromobili di aeroclub;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplano, ultraleggeri, parapendio e simili). Il viaggio in aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

19.3 | RISCHIO GUERRA ALL'ESTERO

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (esclusi comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra, insurrezione, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

19.4 | RISCHIO IN ITINERE

La garanzia comprende gli infortuni che colpiscono gli assicurati **durante il tempo strettamente necessario per compiere il percorso per via ordinaria dell'abitazione al luogo di lavoro e viceversa con l'uso dei normali mezzi di locomozione.**

19.5 | MANCINISMO

Relativamente alle persone e affette da mancinismo le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro la mano destra verranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

19.6 | SUPERVALUTAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE

In caso di infortunio che comporti:

- sordità completa bilaterale,
- cecità completa,
- perdita anatomica o funzionale di almeno un arto superiore ed inferiore non c'è la perdita completa anatomica o funzionale delle dita di una mano;

il massimale verrà corrisposto per un ammontare doppio di quello base.

19.7 | FRANCHIGIA SULL'INVALIDITÀ PERMANENTE

Nel caso in cui la percentuale di invalidità permanente accertata sia superiore al 19%, la società li guiderà l'indennizzo dovuto sull'intera somma assicurata senza applicazione di franchigia, non si farà luogo indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 19% dell'invalidità permanente totale. Nel caso in cui il grado di invalidità permanente sia superiore al 60% dell'invalidità permanente totale la società liquiderà un indennizzo pari all'intera somma assicurata.

19.8 | MASSIMALI ASSICURATI

Dette prestazioni vengono garantite nei termini seguenti:

in caso di morte: **somma assicurata 18.100 €**

in caso di invalidità permanente: **somma assicurata: fino a 18.100 - con franchigia relativa al 19%**

19.9 | MORTE

Se l'infortunio e per conseguenza la morte dell'iscritto e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio avvenuto la società liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte. In difetto di designazione, il Fondo liquida tale somma, in parti uguali, gli eredi.



19.10 | RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- A. dalla guida e dall'uso di mezzi di locomozione aerei, salvo quanto previsto al punto 18.3 (rischio volo);
- B. dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere; da corse, gare, allenamenti e prove di ippica, calcio, ciclismo, football americano, rugby, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- C. da corse, gare, allenamenti e prove comportanti l'uso di veicoli a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- D. da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- E. da movimenti tellurici;
- F. da guerra o insurrezione, salvo quanto previsto al punto 18.4 (rischio guerra all'estero);
- G. da trasmutazione del nucleo dell'atomo o da radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.
- H. Sono inoltre esclusi: gli infarti;
- I. le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

19.11 | ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

19.12 | PERSONE NON ASSICURABILI

Il Contraente prende atto che la garanzia non è operante per le persone affette da infermità mentale, alcoolismo e tossicodipendenza e si impegna a comunicare tali circostanze alla Società nel momento in cui si dovessero verificare.

In ogni caso l'assicurazione cessa, per l'Assicurato, con il loro manifestarsi senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti

dopo tale circostanza, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

19.13 | ESCLUSIONI DALL'ASSICIRAZIONE

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 all'Art.11 "prevenzione odontoiatrica", all'Art.13 "prestazioni diagnostiche particolari" e all'Art.14 "pacchetto maternità"
- C. Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi 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 dell'evento traumatico, anche se associato ad ipertrofia dei turbinati o poliposi;
- F. Cure e trattamenti terapeutici non fruiti il regime di ricovero UNI 180 giorni successivi allo stesso;
- G. Tutte le prestazioni afferenti ad una fecondazione in un 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 di intossicazioni conseguenti ad alcolismo, abuso di psicofarmaci, l'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. Di trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali, medicinali e vaccini (salvo quanto previsto all'Art punto sei trattamenti fisioterapici riabilitativi solo a seguito di infortunio sul lavoro e al punto effe) post ricovero di cui all'Art tre. Uno ricovero di istituto di cura a seguito di malattia infortunio;
- N. Le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o trasmutazione dell'atomo, naturali o provocati e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare isotopi radioattivi, macchine acceleranti, raggi X, eccetera.)
- O. Le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici o edizioni vulcaniche;

P. Prestazioni rese a persona affetti da infermità mentali, alcolismo, tossico dipendenza e relative alle cause ed alla conseguenza di tale infermità;

Q. Le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

19.14 | LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino a raggiungimento del 75° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza

VISITA IL SITO



Fondo **FONSAP**

 Via G. B. Morgagni, 33 - 00161 Roma

 +39 06/47824858 int. 9

 info@fonsap.it

 www.fonsap.it