

FONSAP

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa per i lavoratori dipendenti delle aziende di Panificazione e attività affini

Direttore: Dott. Claudio Fierro

SEDE LEGALE :

VIA ALESSANDRIA 159/D
00198 - ROMA

Tel. 068549559

Fax: 0685351968

E-mail: info@ebipan.org

Pec: ebipan@pec.it

Sito web: www.ebipan.org

Fonsap: Codice fiscale N. **97658870585**

SEDE OPERATIVA:

VIA FLAVIA, 3
00187 - ROMA

SOMMARIO

-	SOMMARIO.....	2
-	FONSAP: PRESENTAZIONE.....	4
PIANO SANITARIO 2012/2013.....		5
-	DECORRENZA COPERTURA ASSICURATIVA.....	6
-	BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI.....	6
-	PRESTAZIONI SANITARIE GARANTITE DAL FONDO (SCHEDA SINTETICA).....	6
-	TIPOLOGIA PRESTAZIONI (SUDDIVISE IN GRUPPI).....	7
DETTAGLIO PRESTAZIONI (PARTE PRIMA).....		8
1.	RICOVERO.....	8
1.1.	RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO.....	8
1.2.	DAY HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO.....	9
1.3.	TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO.....	9
1.4.	PARTO E ABORTO.....	9
1.4.1.	PARTO CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO.....	9
1.4.2.	PARTO NON CESAREO.....	9
1.5.	MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI.....	10
1.6.	INDENNITÀ GIORNALIERA.....	10
1.7.	ANTICIPO DELL'INDENNIZZO.....	10
1.8.	MASSIMALE ASSICURATO.....	11
2.	ALTA DIAGNOSTICA RADIOLOGICA.....	11
3.	VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI.....	12
4.	TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNI SUL LAVORO.....	12
5.	GRANDI INTERVENTI ODONTOIATRICI.....	13
DETTAGLIO PRESTAZIONI (PARTE SECONDA).....		14
6.	STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA.....	14
6.1.	PRESTAZIONI GARANTITE.....	14
6.2.	CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ.....	14
6.3.	SOMMA ASSICURATA.....	14
6.4.	DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA.....	15

DETTAGLIO PRESTAZIONI (PARTE TERZA).....	16
7. INFORTUNI PROFESSIONALI	16
7.1. PRESTAZIONI GARANTITE.....	16
7.2. ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE	16
7.3. RISCHIO VOLO.....	16
7.4. RISCHIO GUERRA ALL'ESTERO	17
7.5. SERVIZIO MILITARE.....	17
7.6. ESTENSIONE TERRITORIALE	17
7.7. RISCHI ESCLUSI.....	17
7.8. LIMITI DI ETA'	17
7.9. PERSONE NON ASSICURABILI	18
7.10 CRITERI DI INDENNIZZABILITA'	18
7.11 CUMULO DI INDENNITA'	18
7.12. RIUNUNCIA ALLA RIVALSA.....	18
7.13. LIMITE CATASTROFALE.....	18
7.14. MORTE	19
7.15. MORTE PRESUNTA	19
7.16. COMMORIENZA	19
7.17. INVALIDITA' PERMANENTE	19
7.18. ANTICIPO DELL'INDENNIZZO	20
7.19. RISCHIO IN ITINERE	20
7.20. MANCINISMO.....	20
7.21. SUPERVALUTAZIONE DELL'INVALIDITA' PERMANENTE.....	20
7.22. FRANCHIGIA SULLA INVALIDITA' PERMANENTE.....	21
7.23 SOMME E GARANZIE ASSICURATE.....	21
LIMITAZIONI	22
B.1. ESTENSIONE TERRITORIALE.....	22
B.2. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE.....	22
B.3. LIMITI DI ETA'	22
SINISTRI	23
C.1. MODALITA' RICHIESTA RIMBORSO SPESE	23
C.2. RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA.....	24
C.2.1. MODALITA' DI RIMBORSO	25
C.2.2. RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE: DOCUMENTAZIONE	25
C.2.3. ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA.....	25
C.3. DENUNCIA DEL SINISTRO.....	26
PROCEDURE LIQUIDATIVE E RECLAMI: INFORMAZIONI	27
GLOSSARIO	29
FRANCHIGIE,SCOPERTI E MASSIMALI: ESEMPI	31
INFORMAZIONI SULLA SOCIETA' DI ASSICURAZIONE	32

FON.SA.P.: Presentazione

*Il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa per i lavoratori del settore panificazione “**Fon.sa.p.**”, 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, Flai-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 **Fon.sa.p.** 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 **Fon.sa.p.** 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.*

All'erogazione delle prestazioni in favore degli iscritti il Fondo provvede mediante l'attivazione di un regime di rimborso indiretto delle spese sostenute dai soggetti assicurati che in, caso di malattia e/o infortunio, facciano ricorso alle necessarie cure presso strutture sanitarie private o del Servizio sanitario nazionale.

*Per facilità di lettura le prestazioni erogate per l'anno 2012/2013 da **Fon.sa.p.** sono illustrate nel Piano sanitario suddivise in tre distinti raggruppamenti ordinate a seconda che le prestazioni siano richieste per ricoveri e visite diagnostiche-specialiste, stati di non autosufficienza o infortuni professionali.*

*Il Piano 2012/2013 fornisce le necessarie indicazioni su condizioni, modalità e procedure per accedere alle prestazioni del **Fon.sa.p.** Si precisa, tuttavia, che le informazioni contenute nel presente documento, per quanto esaustive e puntualmente ricavate dal contratto assicurativo stipulato per le coperture in questione, non sostituiscono in nessun caso il contratto stesso che rimane l'unico strumento di riferimento valido a fini legali e giuridici.*

*Il **Fon.sa.p.** ha sede legale in Via Alessandria 159/D – 00198 ROMA*

*Il direttore
(dott. Claudio Fierro)*

FONSAP

Piano sanitario 2012/2013

DECORRENZA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura avrà effetto con decorrenza 01/11/2012

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 FONSAP 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.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, i beneficiari possono rivolgersi, con le modalità riportate nel Piano Sanitario a:

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

PRESTAZIONI SANITARIE GARANTITE DAL FONDO (scheda sintetica)

Coperture assicurative – Limitazioni ed esclusioni

Le prestazioni sanitarie coperte dal Fonsap, con le modalità ed esclusioni specificate nel Piano Sanitario 2012/2013 sono le seguenti:

A) RICOVERO: Il Fondo indennizza le spese mediche per ricovero con o senza intervento chirurgico (compreso parto e aborto) e day hospital. Sono, inoltre, comprese le spese sostenute nei giorni precedenti e successivi, attinenti all'evento stesso.

B) ALTA DIAGNOSTICA RADIOLOGICA: Il Fondo indennizza le spese mediche per prestazioni effettuate con macchinari altamente specializzati.

C) VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI: Il Fondo indennizza le spese per accertamenti diagnostici e per le visite effettuate da medico specialista.

D) TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI DA INFORTUNIO SUL LAVORO: Il Fondo indennizza le spese per le terapie fisiche riabilitative a seguito di infortunio sul lavoro in presenza di certificato di pronto soccorso.

E) INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO: Il Fondo indennizza le spese sostenute per interventi chirurgici odontoiatrici per specifiche situazioni patologiche.

F) STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA: Il Fondo liquida le spese sostenute nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di non autosufficienza tale da non consentirgli il compimento di almeno tre dei quattro atti ordinari della vita quotidiana.

G) INFORTUNI PROFESSIONALI: Il Fondo liquida la somma assicurata in polizza in caso di morte o di invalidità permanente dell'Assicurato generate da infortunio professionale.

TIPOLOGIA PRESTAZIONI (suddivise in gruppi)

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante lo svolgimento del contratto di lavoro subordinato per le spese sostenute dall'assistito per:

PARTE PRIMA

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto o aborto terapeutico;
- day-hospital;
- prestazioni di alta diagnostica radiologica;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi solo a seguito di infortunio sul lavoro;
- grandi interventi odontoiatrici.

PARTE SECONDA

- stati di non autosufficienza.

PARTE TERZA

- infortuni professionali (IP e caso morte).

DETTAGLIO PRESTAZIONI**Parte Prima****1. RICOVERO**

Si definisce RICOVERO la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

1.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA a seguito di malattia e infortunio

La garanzia è operante in caso di **ricovero con intervento chirurgico**.

La garanzia è altresì operante in caso di **ricovero senza intervento chirurgico che comporti una degenza continuativa superiore a 4 pernottamenti**.

Il Fondo, provvede al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 90 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 € 50,00 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 90 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.

1.2 DAY-HOSPITAL a seguito di malattia e infortunio

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

Sono esclusi, invece, tutti i day-hospital medici ad eccezione di quelli eseguiti per cure e terapie di patologie oncologiche.

Nel caso di day-hospital come sopra definito, il Fondo, provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 1.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" con i relativi limiti in esso indicati.

1.3 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 1.1 "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.

1.4 PARTO E ABORTO

1.4.1 Parto cesareo e aborto terapeutico

In caso di parto cesareo o aborto terapeutico effettuato in struttura sanitaria privata, il Fondo, provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al punto 1.1 "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 1.8 "Massimale assicurato").

1.4.2 Parto non cesareo

In caso di parto non cesareo effettuato in struttura sanitaria privata che comporti una degenza continuativa superiore ai 3 giorni, il Fondo, provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al punto 1.1 "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 1.1 "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio", lettera g) "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 1.8 "Massimale assicurato").

1.5 Modalità di erogazione delle prestazioni

a) Prestazioni in strutture sanitarie private

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate dal Fondo con uno scoperto del 30% ad eccezione della seguente:

punto 1.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”:

– lett. e) “Accompagnatore”;

che viene rimborsata dal Fondo nei limiti previsti 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 1.6 “Indennità Giornaliera”. Tale garanzia sarà altresì attivata in caso di day-hospital con i relativi limiti in essa indicati.

Qualora l'assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il Fondo rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato 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'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alla lett. a) “Prestazioni in strutture sanitarie private”.

1.6 Indennità giornaliera

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso al Fondo, per il ricovero e per le prestazioni ad esso connesse avrà diritto a un'indennità di €. 40,00 per ogni giorno di degenza.

- Per i ricoveri chirurgici e per i day-hospital chirurgici tale indennità sarà corrisposta a partire dal primo giorno di degenza per un periodo non superiore a 90 giorni per evento.
- Per i ricoveri medici tale indennità sarà prestata solo per quei ricoveri che abbiano comportato una degenza continuativa superiore a 5 giorni per un periodo non superiore a 90 giorni per evento.
- Per i day-hospital per cure e terapie di patologie oncologiche tale indennità sarà prestata a partire dal primo giorno per un massimo di 30 giorni per evento.
- Sono esclusi invece dalla presente garanzia tutti i day-hospital medici diversi da quelli per cure e terapie di patologie oncologiche.

1.7 Anticipo dell'indennizzo

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

1.8 Massimale assicurato

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € **18.000,00** per persona.

2. ALTA DIAGNOSTICA RADIOLOGICA

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

Esami stratigrafici e contrastografici “anche in digitale”

- ☐ Angiografia
- ☐ Artrografia
- ☐ Broncografia
- ☐ Chemioterapia
- ☐ Cisternografia
- ☐ Cistografia
- ☐ Cistouretrografia
- ☐ Clisma opaco
- ☐ Cobaltoterapia
- ☐ Colangiografia intravenosa
- ☐ Colangiografia percutanea (PTC)
- ☐ Colangiografia trans Kehr
- ☐ Colecistografia
- ☐ Dacriocistografia
- ☐ Defecografia
- ☐ Dialisi
- ☐ Elettroencefalografia
- ☐ Fistelografia
- ☐ Flebografia
- ☐ Fluorangiografia
- ☐ Galattografia
- ☐ Isterosalpingografia
- ☐ Linfografia
- ☐ Mammografia
- ☐ 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
- ☐ Wirsunggrafia

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'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie private o 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 €. 55,00 per ciascuna prestazione.

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

3. 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 e degli 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'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie private o 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 € 55,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. **2.300,00** per persona.

4. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI 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 di un certificato di Pronto Soccorso e certificato INAIL, sempreché siano prescritte 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'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie private o 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.

5. GRANDI INTERVENTI ODONTOIATRICI

In deroga a quanto previsto al punto B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 2, il Fondo, 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 previsto il rimborso delle spese dell'intervento di implantologia dentale necessario a completamento dell'intervento.

Per l'attivazione della garanzia è 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.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie private o si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% .

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € **1.800,00** per persona.

DETTAGLIO PRESTAZIONI

Parte Seconda

6. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA

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

6.1 Prestazioni garantite

Il Fondo, garantisce il rimborso delle spese sanitarie ed assistenziali per un valore corrispondente alla somma garantita all'Assicurato quando questi si trovi, in un momento successivo alla data di decorrenza della polizza, in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo punto 6.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza".

6.2 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.

6.3 Somma assicurata

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto 6.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a **€ 900,00** da corrispondersi per una durata massima di 3 anni.

6.4 Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute venga giudicato "consolidato" e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di 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'Assicurato che sia affetto da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer, accertata da un referto medico redatto successivamente all'esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein) e 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.

DETTAGLIO PRESTAZIONI**Parte Terza****7. INFORTUNI PROFESSIONALI**

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

7.1 Prestazioni garantite

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali principali e secondarie

7.2 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 7.17 (invalidità permanente);
- gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da aggressioni, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

7.3 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 aeroclubs;
- 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.

7.4 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.

7.5 Servizio militare

L'assicurazione resta operante durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso.

7.6 Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

7.7 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 7.3 (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 sports aerei in genere;
- c) da corse, gare, allenamenti e prove di ippica, calcio, ciclismo, football americano, rugby, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- d) da corse, gare, allenamenti e prove comportanti l'uso di veicoli a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- e) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f) da movimenti tellurici;
- g) da guerra o insurrezione, salvo quanto previsto al punto 7.4 (rischio guerra all'estero);
- h) da trasmutazione del nucleo dell'atomo o da radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Sono inoltre esclusi:

- i) gli infarti;
- l) le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

7.8 Limiti di età

L'iscritto dichiara che nessuna persona assicurata ha raggiunto l'età di settantacinque anni e si impegna a comunicare tale circostanza al Fondo nel momento in cui si dovesse verificare.

In ogni caso l'assicurazione cessa, alla prima scadenza annuale successiva, per l'Assicurato che abbia raggiunto tale limite di età, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta.

7.9 Persone non assicurabili

La garanzia non è operante per le persone affette da infermità mentale, alcoolismo e tossicodipendenza e si impegna a comunicare tali circostanze al Fondo 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.

7.10 Criteri di indennizzabilità

Il Fondo corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti - (invalidità permanente).

7.11 Cumulo di indennità

Le indennità per inabilità temporanea e per ricovero sono cumulabili tra loro e con tutte le altre garanzie. L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente.

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, il Fondo corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

7.12 Rinuncia alla rivalsa

Il Fondo rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio.

7.13 Limite catastrofale

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico del Fondo non potrà comunque superare l'importo di € 3.000.000,00. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Relative al caso morte**7.14 Morte**

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

7.15 Morte presunta

Se il corpo dell'Assicurato **non viene trovato entro un anno** a seguito di arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto terrestre, aereo, lacuale, fluviale o marittimo, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, il Fondo **ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese**, e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

7.16 Commorienza

Se il medesimo evento indennizzabile a termini di polizza, esclusa in ogni caso l'ipotesi prevista al punto 7.3 (rischio volo), provoca la morte dell'Assicurato e del coniuge, la quota parte spettante ai figli handicappati (intendendosi per tali le persone riconosciute invalidi civili nella misura pari o superiore al 75%) o minori, alla data del sinistro, viene raddoppiata.

Relative alla invalidità permanente**7.17 Invalidità permanente**

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si manifesti entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, anche successivamente alla scadenza della polizza, il Fondo liquida un indennizzo per invalidità permanente parziale calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, sulla base delle percentuali di cui all'allegato 1 (tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente per Industria) del Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli Infortuni sul lavoro e le malattie professionali, approvato con D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, con rinuncia da parte del Fondo all'applicazione della Franchigia prevista dalla legge medesima, *ma con applicazione, per la determinazione dell'Indennizzo, dei criteri di liquidazione e della Franchigia indicati al punto 7.22.*

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Nel caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità permanente pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

7.18 Anticipo dell'indennizzo

A richiesta dell'Assicurato, il Fondo, quando abbia preventivato un grado di invalidità permanente, ha facoltà di anticipare 1/3 (un terzo) del presumibile grado di invalidità, con il massimo di € 15.000,00.

7.19 Rischio in itinere

la garanzia comprende gli infortuni che colpiscano gli Assicurati durante il tempo strettamente necessario per compiere il percorso per via ordinaria dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa con l'uso dei normali mezzi di locomozione.

7.20 Mancinismo

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

7.21 Supervalutazione dell'invalidità permanente

In caso di infortunio che comporti:

- sordità completa bilaterale,
- cecità completa,
- perdita anatomica o funzionale di almeno un arto superiore od inferiore nonché la perdita completa anatomica o funzionale di tutte le dita di una mano,

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

7.22 Franchigia sulla invalidità permanente

Nel caso in cui la percentuale di Invalidità Permanente accertata sia superiore al 19%, il Fondo liquiderà l'indennizzo dovuto sull'intera somma assicurata senza applicazione di franchigia, non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 19% della invalidità permanente totale.

Nel caso in cui il grado di invalidità permanente sia superiore al 60% della invalidità permanente totale, il Fondo liquiderà un indennizzo pari all'intera somma assicurata.

7.23 Somme e garanzie assicurate

Dette prestazioni vengono garantite nei termini seguenti:

- in caso di MORTE:
Somma assicurata: € 18.100,00
- in caso di INVALIDITA' PERMANENTE:
Somma assicurata: fino a € 18.100,00 - con una franchigia relativa del 19%.

LIMITAZIONI

B.1. Estensione territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

B.2. Esclusioni dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante per:

1. l'eliminazione o la correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;
2. qualsiasi trattamento avente mera finalità di controllo routinario e/o prevenzione;
3. le malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
4. la semplice correzione di difetti visivi con trattamento laser eccetto quelli finalizzati alla correzione della miopia;
5. l'intervento per deviazione del setto nasale, se non a seguito di evento traumatico, anche se Assicurato ad ipertrofia dei turbinati o poliposi;
6. cure e trattamenti terapeutici non fruiti in regime di ricovero o nei 90 giorni successivi allo stesso;
7. prestazioni rese a persone affette da infermità mentali, alcolismo, tossicodipendenza e relative alle cause ed alle conseguenze di tali infermità;
8. tutte le prestazioni afferenti ad una fecondazione non fisiologica (assistita);
9. infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assicurato (è operante invece per gli infortuni derivanti da imprudenze e negligenze anche gravi);
10. infortuni ed intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
11. aborto volontario non terapeutico;
12. prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio) e/o non conseguenti a patologia;
13. le protesi di qualsiasi altro tipo (escluse le endoprotesi applicate in occasione di interventi chirurgici) quali – a titolo esemplificativo – apparecchi acustici, plantari e simili;
14. trattamenti sclerosanti;
15. i trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali, medicinali e vaccini (salvo quanto previsto all'art. 6 "Trattamenti fisioterapici da infortunio sul lavoro" e all'art. 3.1 "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" punto f) "Post-ricovero");
16. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto al punto 7 "Grandi Interventi odontoiatrici";
17. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o trasmutazione dell'atomo, naturali o provocate e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radio-attivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
18. le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
19. prestazioni rese a persone affette da infermità mentali, alcolismo, tossicodipendenza e relative alle cause ed alle conseguenze di tali infermità;
20. 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 dell'Assicurato.

SINISTRI

C.1. Modalità richiesta rimborso spese

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Associato deve inviare direttamente alla sede del Fondo FONSAP 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 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 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 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, il 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 al 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 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 1.5 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private" 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.

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Associato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.

C.2. Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte del fondo

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi del punto 6.4 “Definizione dello stato di non autosufficienza”, l’Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell’Assicurato.

Il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, indirizzato a: **Fondo FONSAP Via Flavia, 3 00187 ROMA**, dovrà contenere un certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell’Assicurato e la data della sua sopravvenienza. Dovrà inoltre precisare l’origine incidentale o patologica dell’affezione o delle affezioni. In risposta, il Fondo invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l’Assicurato 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 al punto. 6.4 “Definizione dello stato di non autosufficienza”, se l’Assicurato 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 al punto. 6.4 “Definizione dello stato di non autosufficienza”, se l’Assicurato 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’Assicurato, dovrà essere inviata al Fondo. Quest’ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

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

il Fondo, avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell’Assicurato 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 dal 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’Assicurato intervenuti dopo l’ultima richiesta di valutazione;
- il contratto sia ancora in vigore.

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

C.2.1. Modalità di rimborso

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte del Fondo secondo le condizioni del punto 6.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma assicurata - entro i limiti previsti all'articolo 6.3 "Somma assicurata" - nelle forma di seguito indicata e dettagliata 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 il Fondo considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

C.2.2. RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE: documentazione

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: **Fondo FONSAP 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'Assicurato viene effettuato su presentazione alla Fondo della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Assicurato, 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

Il Fondo, si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Assicurato, a controlli presso l'Assicurato 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'Assicurato.

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

C.3. DENUNCIA DEL SINISTRO

Caso Invalidità Permanente

L'Assicurato deve inviare direttamente alla sede della Fondo FONSAP Via Flavia, 3 00187 ROMA la seguente documentazione :

- 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;
- copia della denuncia all'INAIL;
- certificato medico nel quale siano descritti in dettaglio :
 - natura delle lesioni
 - regione anatomica colpita
 - prognosi

Il Fondo procederà alle visite di accertamento definitivo dopo che sia trascorso il tempo necessario per la stabilizzazione dei postumi stessi. Su espresso invito del medico fiduciario della del Fondo, l'Assicurato dovrà sottoporsi alle visite di cui sopra.

Caso Morte

Gli eredi o i beneficiari nel caso in cui le lesioni subite a seguito dell'infortunio causino la morte dell'Assicurato, dovranno inviare il prima possibile direttamente **al FONSAP Via Flavia, 3 00187 ROMA** la denuncia del sinistro indicando:

- generalità del deceduto;
- data, ora e luogo dell'infortunio professionale;
- cause e circostanze dello stesso;
- luogo e data del decesso.

Successivamente:

- certificazione medico-sanitaria che precisi le cause del decesso;
- documentazione a supporto od a precisazione delle circostanze dell'infortunio (testimonianze, atti penali, dichiarazione giurata di testimoni, verbale dei Vigili Urbani o di P.S.);
- atto notorio che indichi gli eredi legittimi dell'Assicurato e se lo stesso abbia lasciato o meno disposizioni testamentarie (in caso affermativo occorre copia del testamento).

PROCEDURE LIQUIDATIVE E RECLAMI: INFORMAZIONI***Prestazioni eseguite in strutture sanitarie private e/o Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale***

Le prestazioni previste dal Piano sanitario eseguite in strutture sanitarie private o nel Servizio Sanitario Nazionale, sono rimborsate secondo i limiti contrattuali indicati nel Piano sanitario.

Per richiedere il rimborso di quanto speso l'Assicurato deve 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 nel Piano sanitario al seguente indirizzo: **FONDO FONSAP – Via Flavia, 3 00187 ROMA.**

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

In caso di garanzia stati di non autosufficienza***Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte del Fondo***

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza, l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà produrre al Fondo, i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato.

Per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza l'Assicurato 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 dal Fondo, la quale avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato 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'Assicurato al riconoscimento di quanto previsto nel Piano Sanitario, decorre dal momento in cui la il Fondo considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Assicurato.

Modalità di rimborso

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza dà diritto all'Assicurato 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'Assicurato 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'iscritto viene effettuato dal Fondo su presentazione della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata.

Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

Il Fondo, ha la facoltà di procedere a controlli presso l'Assicurato, di farlo esaminare da un Medico di sua scelta, anche in presenza del Medico curante dell'Assicurato.

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

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.

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 giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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 esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio medico 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.

GLOSSARIO

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.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione, nella fattispecie i lavoratori dipendenti delle aziende di panificazione che applicano il CCNL-Panificazione iscritte al Fondo FONSAP.

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.

Franchigia

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

Fondo

Fondo FONSAP – Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa per i lavoratori dipendenti delle Aziende di Panificazione e Attività Affini.

Indennità giornaliera

Importo giornaliero erogato dalla Società 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 dal Fondo al verificarsi della prestazione di carattere sanitario per la quale è prestata l'assicurazione, che comporta un'attività gestionale per il Fondo.

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.

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.

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

Massimale

L'importo stabilito negli specifici articoli del Piano Sanitario Fonsap che rappresenta la spesa massima che il Fondo si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Ricovero di lunga convalescenza (*definizione relativa a "Stati di non autosufficienza"*)

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

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

Stato di salute "consolidato" (*definizione relativa a "Stati di non autosufficienza"*)

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

FRANCHIGIE, SCOPERTI E MASSIMALI: Esempi pratici

Per facilitarne la comprensione da parte dell'Assicurato, di seguito illustriamo il meccanismo di funzionamento di franchigie, scoperti e massimali mediante esemplificazioni numeriche:

Meccanismo di funzionamento della franchigia:**1° esempio**

Somma assicurata € 10.000,00

Richiesta di rimborso € 1.500,00

Franchigia € 250,00

Indennizzo € 1.500,00 – 250,00 = € 1.250,00

2° esempio

Somma assicurata € 10.000,00

Richiesta di rimborso € 200,00

Franchigia € 250,00

Nessun rimborso è dovuto perché l'importo richiesto è inferiore alla franchigia.

Meccanismo di funzionamento dello scoperto e del minimo non indennizzabile:**1° esempio**

Somma assicurata € 18.000,00

Richiesta di rimborso € 10.000,00

Scoperto 10% con il minimo di € 500,00

Indennizzo € 10.000,00 - 10% = € 9.000,00 (perché lo scoperto del 10% del danno è superiore al minimo non indennizzabile).

2° esempio

Somma assicurata € 18.000,00

Richiesta di rimborso € 3.000,00

Scoperto 10% con il minimo di € 500,00

Indennizzo € 3.000,00 - 500,00 = € 2.500,00 (perché lo scoperto del 10% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile).

Meccanismo di funzionamento del massimale:

Somma assicurata € 18.000,00

Richiesta di rimborso € 30.000,00

Indennizzo € 18.000,00.

Meccanismo di funzionamento della garanzia "Stati di non autosufficienza":**1° esempio**

Un nostro Assicurato, a seguito di una malattia, perde completamente la vista da entrambi gli occhi.

Questo fatto però non gli impedisce di continuare a compiere in maniera autonoma le attività ordinarie della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, spostarsi, nutrirsi), e pertanto la situazione in cui si trova a seguito della perdita totale della vista non giustifica l'attivazione della copertura assicurativa per stati di non autosufficienza.

2° esempio

Un nostro Assicurato rimane vittima di un incidente stradale particolarmente grave, che lo costringe ad uno stato tale da aver costantemente bisogno dell'assistenza di un'altra persona per effettuare servizi di cura al suo domicilio. Questo fatto gli impedisce oggettivamente di compiere in maniera autonoma le attività ordinarie della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, spostarsi, nutrirsi).

Meccanismo di funzionamento della garanzia invalidità permanente da infortunio professionale:**1° esempio**

Somma assicurata € 18.100,00 ; franchigia relativa del 19%

L'Assicurato a seguito di infortunio al lavoro perde la vista da un occhio

Percentuale di invalidità permanente riconosciuta : 35%

L'indennizzo è pari al 35% di 18.100,00 = € 6.335 (Poiché la percentuale di invalidità è superiore alla franchigia relativa del 19%)

2° esempio

Somma assicurata € 18.100,00 ; franchigia relativa del 19%

L'Assicurato a seguito di infortunio al lavoro perde totalmente il dito anulare

Percentuale di invalidità permanente riconosciuta : 8%

Nessun indennizzo viene corrisposto poiché la percentuale di invalidità è inferiore alla franchigia relativa del 19%

INFORMAZIONI SULLA SOCIETÀ DI ASSICURAZIONE

FONDIARIA-SAI S.p.A., società per azioni di diritto italiano, è la società capogruppo del Gruppo assicurativo FONDIARIA-SAI (iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 030). Sede Legale e Direzione in Torino (Italia): 10126 - Corso Galileo Galilei, 12; tel. (+39) 0116657111. Direzione di Firenze: 50129 - Via Lorenzo il Magnifico, 1; tel. (+39) 05547941.

Sito Internet: www.fonditaria-sai.it. Email: fonditaria-sai@fonditaria-sai.it

La società è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base al D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984; è iscritta alla sez. I dell'Albo delle imprese di assicurazione presso l'Isvap al n. 1.00006.