



F.I.S. Pesca

## FONDO DI ASSISTENZA INTEGRATIVO

FONDO DI ASSISTENZA INTEGRATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO  
NAZIONALE PER I MARITTIMI IMBARCATI SU NATANTI  
ESERCENTI LA PESCA MARITTIMA

**F.I.S | PESCA**

 Via G. B. Morgagni, 33 - 00161 Roma

 +39 06 47824858

 [info@fispesca.it](mailto:info@fispesca.it)

 [www.fispesca.it](http://www.fispesca.it)



F.I.S. Pesca

## FONDO DI ASSISTENZA INTEGRATIVO

FONDO DI ASSISTENZA INTEGRATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO  
NAZIONALE PER I MARITTIMI IMBARCATI SU NATANTI  
ESERCENTI LA PESCA MARITTIMA



# INDICE

|   |    |
|---|----|
| CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE   | 9  |
| 1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE   | 9  |
| 2. PERSONE ASSICURATE   | 10 |
| 3. RICOVERO   | 10 |
| 3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA  | 10 |
| 3.2 DAY-HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO   | 11 |
| 3.3 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE A SEGUITO<br>DI MALATTIA E INFORTUNIO PER PRESTAZIONI DI DERMATOLOGIA<br>E OCULISTICA | 11 |
| 3.4 TRAPIANTI   | 12 |
| 3.5 PARTO E ABORTO  | 12 |
| 3.5.1 PARTO CESAREO   | 12 |
| 3.5.2 PARTO NON CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO   | 12 |
| 3.6 ANTICIPO DELL'INDENNIZZO  | 13 |
| 3.7 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI  | 13 |
| 3.8 INDENNITÀ GIORNALIERA   | 14 |
| 3.9 MASSIMALE ASSICURATO  | 14 |
| 4. ALTA SPECIALIZZAZIONE  | 14 |
| 5. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI   | 16 |
| 6. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO  | 16 |
| 7. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI  | 17 |
| 8. PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI   | 18 |
| 9. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE   | 18 |
| 10. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO   | 18 |
| 11. PACCHETTO MATERNITÀ   | 19 |
| 12. PRESTAZIONI PER MATERNITÀ A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE   | 19 |

|  |    |
|--|----|
| 13. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE          |    |
| (Garanzia valida solo per il titolare con età minima di 18 anni) | 19 |
| 13.1 OGGETTO DELLA GARANZIA                                      | 19 |
| 13.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ                                | 20 |
| 13.3 MASSIMALE MENSILE ASSICURATO                                | 20 |
| 13.4 TERMINE PER L'INDENNIZZO                                    | 20 |
| 13.5 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA              | 21 |
| 14. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA PER ASSICURATI       |    |
| CON ETÀ MINIMA 18 ANNI   | 21 |
| 14.1 OGGETTO DELLA GARANZIA                                      | 21 |
| 14.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ                                | 21 |
| 14.3 SOMMA ASSICURATA  | 22 |
| 14.4 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA              | 22 |
| 15. INFORTUNI PROFESSIONALI                                      | 22 |
| 15.1 OGGETTO DELLA GARANZIA                                      | 22 |
| 15.2 ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE                               | 23 |
| 15.3 RISCHIO VOLO  | 23 |
| 15.4 RISCHIO GUERRA ALL'ESTERO                                   | 23 |
| 15.5 ESTENSIONE TERRITORIALE                                     | 24 |
| 15.6 RISCHI ESCLUSI  | 24 |
| 15.7 MORTE   | 25 |
| 15.8 INVALIDITÀ PERMANENTE                                       | 25 |
| 15.9 RISCHIO IN ITINERE  | 25 |
| 15.10 MANCINISMO   | 25 |
| 15.11 SUPERVALUTAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE                | 26 |
| 15.12 FRANCHIGIA SULLA INVALIDITÀ PERMANENTE                     | 26 |
| 15.13 SOMME E GARANZIE ASSICURATE                                | 26 |
| A - LIMITAZIONI  | 27 |

|   |    |
|---|----|
| A.1 ESTENSIONE TERRITORIALE   | 27 |
| A.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE   | 27 |
| A.3 LIMITI DI ETÀ   | 29 |
| Art.01   RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI EROGATE IN FORMA<br>INDIRETTA O RIMBORSUALE         | 29 |
| Art.02   TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO<br>DA PARTE DELL'ISCRITTO | 30 |
| Art.03   ACCERTAMENTI AMMINISTRATIVI E CONTROLLI SANITARI                               | 31 |
| Art.04   REVISIONE DELLE PRATICHE   | 31 |
| ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI   | 32 |



# CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

## 1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Il Fondo è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto 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 a seguito di infortunio (garanzia operante per il solo titolare);
- trattamenti fisioterapici riabilitativi;
- protesi/ausili medici ortopedici ed acustici;
- cure dentarie da infortunio;
- 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 consolidata/permanente-protezione completa per assicurati con età minima 18 anni valida solo per il titolare)
- stati di non autosufficienza temporanea per assicurati con età minima 18 anni (Garanzia valida solo per il titolare)

## SEZIONE TERZA

- infortuni professionali (IP e caso morte).

Per ottenere le prestazioni l'iscritto può rivolgersi a:

- Strutture sanitarie private o pubbliche
- Servizio Sanitario Nazionale

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

## 2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei lavoratori dipendenti per i quali si applica il C.C.N.L. della Pesca iscritti al Fondo FIS PESCA, dei loro coniugi o conviventi "more uxorio" e dei loro figli, questi ultimi **solo se fiscalmente a carico**, risultanti da stato di famiglia.

## SEZIONE PRIMA

### 3. RICOVERO

#### 3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- a)** Pre- ricovero: Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 150 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
- b)** Intervento chirurgico: Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal re-ferto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi. Qualora durante l'effettuazione dell'intervento chirurgico ci si avvalga dell'uso di un robot, le relative spese sono liquidate dal Fondo con il massimo di 2.500 euro per ricovero.
- 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. Nel caso di ricovero in Istituto di cura la garanzia è prestata nel limite di €. 70,00 al giorno per un massimo di 45 giorni per ricovero.
- f) Post ricovero: esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 180 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

### 3.2 DAY-HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

La garanzia è operante in caso di day-hospital con intervento chirurgico. La garanzia è altresì operante per i day-hospital medici eseguiti per cure e terapie di patologie oncologiche.

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

Nel caso di day-hospital come sopra definito, il Fondo, provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" 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 Fondo, provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico, c) "Assistenza medica, medicinali, cure", f) "Post-ricovero" con i relativi limiti in essi indicati.

- 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

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Fondo liquida le spese previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" con i relativi limiti in essi 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

In caso di parto cesareo effettuato in struttura pubblica o privata il Fondo provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore; g) "Post-ricovero" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare (da intendersi come sottomassimale del massimale di cui al punto 3.9 "Massimale assicurato"), in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie.

#### 3.5.2 PARTO NON CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO

In caso di parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo effettuato in struttura sanitaria pubblica o privata, il Fondo provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" 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", lettera g).

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"). In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie.

### 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 al 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, si procederà al relativo conguaglio.

### 3.7 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

#### a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'iscritto con uno scoperto del 30% ad eccezione delle seguenti:

- punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura";
- lett. d) "Retta di degenza";
- lett. e) "Accompagnatore";
- punto 3.5 "Parto e aborto";

che vengono rimborsate all'iscritto nei limiti previsti ai punti indicati.

#### 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 Sostitutiva con pre e post ricovero".

Qualora l'iscritto 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 sostitutiva".

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

b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche.

### 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 ad 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 60 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 60 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 30 giorni per evento.

### 3.9 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 20.000,00 per nucleo familiare.

## 4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

In deroga a quanto previsto all'art. A.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 17, il Fondo provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)

- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

#### ACCERTAMENTI:

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

#### TERAPIE:

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Radioterapia

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente

il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di €20,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Nel caso in cui l'Assicurato 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.

Le spese sostenute vengono rimborsate:

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

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

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 5.000,00 per nucleo familiare.

## 6. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza sia di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medico "di famiglia" o da specialista.

lista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario 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.

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 40,00 per fattura/persona.

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

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

## 7. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

In deroga a quanto previsto all'art. A.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 17, il Fondo provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di malattia, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico "di famiglia" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa. Sono escluse dalla garanzia prestazioni quali linfodrenaggio, pressoterapia, shiatsu.

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.

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 40,00 per fattura/persona.

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 350,00 per nucleo familiare.

## 8. PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI

Il Fondo rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di €. 500,00 per nucleo familiare. Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici ed acustici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodì, plantari, apparecchi acustici, ecc..

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

## 9. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

In deroga a quanto previsto all'art. A.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, il Fondo liquida all'Assicurato 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 in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a Suo carico nel limite dei massimali assicurati.

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

## 10. PACCHETTO MATERNITÀ

Il Fondo provvede al pagamento delle spese relative alle seguenti prestazioni effettuate durante la gravidanza:

- ecografie di controllo;
- visite specialistiche;
- amniocentesi;
- analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza.

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

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

## 11. 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'Associata, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

## 12. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

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

## SEZIONE SECONDA

### 13. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE

(Garanzia valida solo per il titolare con età minima di 18 anni)

#### 13.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

In deroga a quanto previsto all'art. A.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 7, il Fondo, nel limite del massimale mensile di cui all'articolo 13.3, garantisce, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute secondo quanto indicato nel successivo articolo 13.2 punto 4), sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza dell'iscritto.

#### 13.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

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

**1.** Non avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate:

- Lavarsi

- Vestirsi e svestirsi
- Andare al bagno e usarlo
- Spostarsi
- Continenza
- Nutrirsi

**2.** Non essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.

**3.** Non essere affette dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche 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 medicinali ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 medicinali.

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

### 13.3 MASSIMALE MENSILE ASSICURATO

Nel caso in cui l'iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo 13.5 "Definizione dello stato di non autosufficienza", il massimale mensile garantito per il complesso della garanzia corrisponde a € 1.000,00. Per la durata di 3 anni

### 13.4 TERMINE PER L'INDENNIZZO

Il Fondo riconoscerà l'indennizzo se l'iscritto si troverà ancora in vita dopo 60 giorni dalla denuncia scritta al Fondo dello stato di non autosufficienza.

### 13.5 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'iscritto il cui stato clinico venga giudicato consolidato e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo parte degli atti elementari di vita quotidiana:

- Lavarsi
- Vestirsi e svestirsi
- Andare al bagno e usarlo
- Spostarsi

- Continenza
- Nutrirsi

## 14. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA PER ASSICURATI CON ETÀ MINIMA 18 ANNI

### 14.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

Il Fondo garantisce il rimborso delle spese sanitarie per un valore corrispondente alla somma garantita mensilmente all'iscritto quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo articolo 14.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza".

### 14.2 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 ordinari della vita di seguito indicati:
  - a. spostarsi,
  - b. lavarsi,
  - c. vestirsi,
  - d. nutrirsi.
2. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
3. 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 medicinali ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 medicinali.
4. Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

### 14.3 SOMMA ASSICURATA

La somma mensile garantita nel caso in cui l'iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo. "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a € 500,00 da corrispondersi per una durata massima di 6 mesi.

### 14.4 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

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

- **soddisfare la propria igiene personale** (la capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo);
- **nutrirsi** (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire);
- **spostarsi** (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio);
- **vestirsi** (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente).

e necessiti temporaneamente ma in modo costante:

- o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
- o di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di ricovero.

Non verranno pertanto considerati in copertura gli eventi/sinistri tali da dare origine ad uno stato di non autosufficienza consolidata.

## SEZIONE TERZA

### 15. INFORTUNI PROFESSIONALI

#### 15.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

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

## 15.2 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 15.17 \(invalidità permanente\)](#);
- 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](#).

## 15.3 RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'iscritto 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'iscritto sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

## 15.4 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'iscritto risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

### 15.5 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

### 15.6 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 15.3 (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;
- 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 15.4 (rischio guerra all'estero); 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:

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

## RELATIVE AL CASO MORTE

### 15.7 MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'iscritto 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.

## RELATIVE ALLA INVALIDITÀ PERMANENTE

### 15.8 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, in proporzione al grado di invalidità.

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.

### 15.9 RISCHIO IN ITINERE

La garanzia comprende gli infortuni che colpiscono gli iscritti 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.

### 15.10 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.

### 15.11 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
- delle dita di una mano;

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

### 15.12 FRANCHIGIA SULLA INVALIDITÀ PERMANENTE

Nel caso in cui la percentuale di Invalidità Permanente accertata sia superiore al 19%, il Fondo liquiderà l'indennizzo dovuto, moltiplicando il grado di invalidità per € 181,00 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.

### 15.13 SOMME E GARANZIE ASSICURATE

Dette prestazioni vengono garantite nei termini seguenti:

in caso di **MORTE**: somma assicurata: € 18.100,00

in caso di **INVALIDITÀ PERMANENTE**: somma assicurata: fino a € 18.100,00 - con una franchigia relativa del 19%.

## A - LIMITAZIONI

### A.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

### A.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

- 1) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto.
- 2) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 3) le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- 4) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- 5) i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale;
- 6) gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- 7) i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- 8) gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- 9) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 10) gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 11) gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo

estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;

- 12) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- 13) le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
- 14) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- 15) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
- 16) le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
- 17) tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;
- 18) le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto 10. "Cure dentarie da infortunio" l'assicurazione non è operante per:

- protesi estetiche
- trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto "Stati di non autosufficienza", l'assicurazione non è operante per le conseguenze:

- a) di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
- b) dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
- c) di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- d) di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- e) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- f) di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio

gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;

- g) del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'assicurato di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- h) di prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- i) di partecipazione attiva dell'assicurato ad atti criminali;
- j) di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato;
- k) delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
- l) di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
- m) di tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;
- n) dirette o indirette di pandemie.

### A.3 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata dai lavoratori dipendenti di età compresa tra i 18 anni e i 75 anni. Il Fondo non accetterà ulteriori pagamenti di premio da soggetti che abbiano già compiuto 76° anni; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

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

### Art.01 | RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI EROGATE IN FORMA INDIRECTA O RIMBORSUALE

- 1) L'iscritto deve presentare, personalmente per sé e/o per gli aventi diritto, domanda di rimborso delle prestazioni ricevute utilizzando l'apposito modulo "Richiesta di rimborso" rinvenibile nella sezione **MODULISTICA** del sito internet.
- 2) L'iscritto deve compilare il modulo in ogni sua parte, apporvi data e firma ed inviarlo a **mezzo posta elettronica con conferma di ricezione** o, in alternativa, a mezzo raccomandata A/R, utilizzando i recapiti riportati sul sito istituzionale.

- 3) Al modulo devono essere sempre allegati:
  - a) la prescrizione medica intestata all'avente diritto completa di diagnosi
  - b) indicante tipologia e numero delle prestazioni;
  - c) in caso di ricovero, la copia del foglio di dimissione o del diario clinico (a
  - d) patto che sia indicata la data di entrata ed uscita dalla struttura sanitaria e la motivazione del ricovero). Il Fondo si riserva di richiedere copia della cartella clinica integrale, timbrata dall'ospedale/istituto di cura/clinica;
  - e) i documenti di spesa quietanzati ed intestati all'avente diritto con espressa indicazione di tipologia e numero delle prestazioni effettuate, della data di emissione e degli onorari corrisposti;
  - f) nei casi di cure dentarie, l'apposito modulo predisposto dal Fondo compilato dal medico odontoiatra, reperibile nella sezione **MODULISTICA**.
- 4) I documenti di cui ai punti a), b), c) e d), devono essere inviati in copia contestualmente alla richiesta di rimborso. Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge e redatta in lingua italiana o comunque corredata da traduzione in lingua italiana. Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.
- 5) L'iscritto deve altresì comunicare se il rimborso richiesto sia relativo a spese correlate ad eventi causati da responsabilità di terzi o coperte - anche parzialmente - da un'assicurazione privata di rimborso delle spese mediche. L'avente diritto è responsabile nei confronti del Fondo per i casi di indebito arricchimento.
- 6) Il Fondo effettuerà i rimborsi a mezzo bonifico bancario sul conto corrente intestato all'iscritto o tramite assegno.

## **Art.02 | TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO DA PARTE DELL'ISCRITTO**

- 1) La richiesta di rimborso delle prestazioni deve essere trasmessa dall'iscritto **entro il termine perentorio di 12 (dodici) mesi** decorrenti dalla data riportata sulla documentazione attestante la spesa per cui si richiede il rimborso. Il suddetto termine è previsto a pena di decadenza per cui tutte le richieste pervenute oltre tale termine verranno rigettate.
- 2) La richiesta di rimborso per retta giornaliera di degenza deve essere trasmessa dall'iscritto **entro il termine perentorio di 12 (dodici) mesi** decorrenti dalla data

in cui si è stati dimessi. La richiesta trasmessa oltre tale termine comporterà il rigetto della stessa.

- 3) La richiesta di rimborso delle spese relative alle prestazioni eseguite nella fase di pre-ricovero deve essere trasmessa dall'iscritto **entro il termine perentorio di 12 (dodici) mesi** decorrenti dalla data di dimissioni dal ricovero. Anche il suddetto termine è previsto a pena di decadenza e pertanto tutte le richieste tardive verranno rigettate.

#### **Art.03 | ACCERTAMENTI AMMINISTRATIVI E CONTROLLI SANITARI**

Per l'evasione delle pratiche di rimborso, il Fondo potrà richiedere l'esibizione degli originali dei documenti inviati ed ogni altra documentazione ritenuta necessaria, nonché avvalersi dell'ausilio di un team sanitario specializzato all'uopo prescelto cui sottoporre le singole casistiche.

#### **Art.04 | REVISIONE DELLE PRATICHE**

- 1) L'iscritto può chiedere al Fondo la revisione delle pratiche per le prestazioni di assistenza sanitaria entro e non **oltre 90 (novanta) giorni** decorrenti:
  - dalla data di ricevimento del bonifico sul proprio conto corrente;
  - dalla data di ricevimento dell'assegno di liquidazione ricevuto;
  - dal ricevimento della comunicazione di rigetto dell'istanza.
- 2) La decisione del Fondo può essere impugnata dall'iscritto con ricorso indirizzato al Consiglio di Amministrazione **entro 30 (trenta) giorni** dalla comunicazione della stessa.
- 3) Entrambi i termini sono da ritenersi improrogabili e pertanto previsti a pena di decadenza.

## ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale

Interventi di cranioplastica

Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale

Asportazione tumori dell'orbita

Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)

Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore

Interventi sul plesso brachiale

## OCULISTICA

Interventi per neoplasie del globo oculare

Intervento di enucleazione del globo oculare

## OTORINOLARINGOIATRIA

Asportazione di tumori maligni del cavo orale

Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)

Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)

Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare

Ricostruzione della catena ossiculare

Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico

Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

## CHIRURGIA DEL COLLO

Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale

Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

## CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici

Interventi per fistole bronchiali

Interventi per echinococchi polmonare

Pneumectomia totale o parziale





Interventi per cisti o tumori del mediastino

## CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

Interventi sul cuore per via toracotomica

Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica

Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica

Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale

Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario

Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi

Asportazione di tumore glomico carotideo

## CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago

Interventi con esofagoplastica

Intervento per mega-esofago

Resezione gastrica totale

Resezione gastro-digiunale

Intervento per fistola gastro-digiunocolica

Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)

Interventi di amputazione del retto-ano

Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale

Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale

Drenaggio di ascesso epatico

Interventi per echinococcosi epatica

Resezioni epatiche

Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari

Interventi chirurgici per ipertensione portale

Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica

Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica

Interventi per neoplasie pancreatiche

## UROLOGIA

Nefroureterectomia radicale

Surrenalectomia

Interventi di cistectomia totale

Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia

Cistoprostatovescicolectomia

Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale

Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

## **GINECOLOGIA**

Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia

Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica

Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

## **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

Interventi per costola cervicale

Interventi di stabilizzazione vertebrale

Interventi di resezione di corpi vertebrali

Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni

Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei

Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

## **CHIRURGIA PEDIATRICA**

(gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)

Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite

Correzione chirurgica di megauretere congenito

Correzione chirurgica di megacolon congenito

## **TRAPIANTI DI ORGANO**

Tutti







**F.I.S | PESCA**

 Via G. B. Morgagni, 33 - 00161 Roma

 +39 06 47824858

 [info@fispesca.it](mailto:info@fispesca.it)

 [www.fispesca.it](http://www.fispesca.it)