

Per gli iscritti che abbiano nell'anno precedente un numero di giornate lavorate superiore a 50 e per gli iscritti a tempo indeterminato

A) Ricovero in Istituto di cura con o senza intervento chirurgico che comporti un pernottamento continuativo superiore a 4 notti, il Fondo rimborsa:

- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, inerenti al motivo che ha determinato il ricovero, effettuati nei 90 giorni precedenti e successivi alla data del ricovero.

- nei 90 giorni successivi al ricovero con intervento chirurgico, vengono rimborsate le prestazioni fisioterapiche, purché rese necessarie dalla malattia che ha determinato il ricovero o dall'infortunio.

- costi relativi all'intervento chirurgico (onorari del chirurgo, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante che risulti dal referto operatorio; diritti di sala operatoria, materiale chirurgico ivi comprese le endoprosi).

- assistenza medica, medicinali, trattamenti riabilitativi esami e accertamenti durante il periodo di ricovero.

- rette di degenza con esclusione delle spese voluttuarie.

- retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera nel limite di €52,00 al giorno.

Le spese effettivamente sostenute e documentate verranno rimborsate nella misura dell'80% nel caso in cui l'assicurato si avvalga di strutture private non convenzionate o di attività extra murarie.

Nel caso in cui si utilizzi in forma diretta il SSN o ci si avvalga di strutture convenzionate il Fondo rimborserà integralmente le spese o le eccedenze a carico dell'assicurato nei limiti dei massimali assicurati.

B) Day-hospital chirurgico

Il Fondo rimborsa le spese per le prestazioni relative a pre e post ricovero, assistenza medica, medicinali e cure e rette di degenza o in assenza di spese la diaria giornaliera per un massimo di 50 giorni.

C) Day-hospital medico: oncologico/dialisi

Nel caso in cui l'assicurato effettui le seguenti terapie:

- chemioterapia;

- cobaltoterapia;

- radioterapia;

- dialisi;

Il Fondo rimborsa le spese per le prestazioni pre e post ricovero, assistenza medica, medicinali e cure e rette di degenza, o in assenza di spese la diaria giornaliera per una massimo di 50 giorni.

D) Intervento chirurgico ambulatoriale per dermatologia e per oculistica:

il Fondo rimborsa le spese per le prestazioni pre e post ricovero, assistenza medica, medicinali, cure e rette di degenza.

La patologia che ha reso necessaria la prestazione dovrà essere riportata nella prescrizione e refertata dallo specialista che esegue la prestazione (es. esame istologico per i nei).

E) Trasporto in ambulanza

Il Fondo rimborsa le spese di trasporto dell'assicurato all'istituto di cura, di trasferimento da un istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione.

F) Alta specializzazione

Il Fondo rimborsa le spese relative a determinate prestazioni di alta diagnostica (vedi elenco completo da estratto del regolamento pubblicato sul sito www.fondofisa.it e riportato in calce) con l'applicazione di uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 52,00 per ogni accertamento diagnostico effettuato in struttura sanitaria privata. Se ci si avvale del SSN l'importo verrà rimborsato al 100%.

I massimali assicurati per tutte le prestazioni precedenti per anno assicurativo e per nucleo familiare sono:

€ 7.000,00 per gli iscritti che abbiano un numero di giornate lavorate nell'anno precedente superiori a 100 e per i tempi indeterminati;

€ 4.000,00 per gli iscritti che abbiano un numero di giornate lavorate nell'anno precedente comprese tra 51 e 100.

G) Trasporto della salma / Rimborso spese funerarie

Il Fondo rimborsa le suddette spese:

- nel caso di decesso dell'Assicurato, conseguente a ricovero, dall'Istituto di cura al luogo di tumulazione;

- nel caso di decesso dell'Assicurato conseguente a infortunio sul lavoro.

nel limite di € 3.000,00 per anno lavorativo e per nucleo familiare.

H) Trattamenti fisioterapici riabilitativi

conseguenti a infortunio documentato da certificato di pronto soccorso, o a specifiche patologie (vedi elenco completo da estratto del regolamento pubblicato sul sito www.fondofisa.it).

Le spese relative ai trattamenti fisioterapici riabilitativi possono essere rimborsate anche a seguito di intervento chirurgico (90 giorni successivi l'intervento).

La garanzia è operante per il solo iscritto e non per i familiari, e non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Il massimale annuo assicurato è di € 600,00 per persona.

I) Protesi ortopediche ed acustiche.

Il massimale annuo assicurato è di € 1.000,00 per nucleo familiare.

L) Cure dentarie da infortunio.

Il Fondo rimborsa le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio documentato da certificato di pronto soccorso con specifica indicazione del trauma.

Il massimale annuo assicurato è di € 1.000,00 per nucleo familiare.

Per gli iscritti che abbiano nell'anno precedente un numero di giornate lavorate superiore a 25 e per quelli a tempo indeterminato:

A) Indennità per parto non cesareo:

il Fondo eroga una indennità giornaliera per un numero superiore a tre pernottamenti.

La somma giornaliera corrisposta è di € 60,00 per gli iscritti che abbiano nell'anno precedente un numero di giornate lavorate superiore a 100 e di € 40,00 per gli iscritti che abbiano nell'anno precedente un numero di giornate lavorate comprese tra 25 e 100.

L'indennità viene erogata per un massimo di 50 giorni per anno assicurativo e per persona.

B) Indennità sostitutiva per ricovero in Istituto di cura con o senza intervento chirurgico

che comporti un pernottamento continuato superiore a 4 notti .

Qualora le spese per il ricovero siano totalmente a carico del SSN e non venga quindi richiesto alcun rimborso per il ricovero stesso, il Fondo eroga una indennità giornaliera per un massimo di 50 giorni per anno assicurativo e per persona .

La somma giornaliera corrisposta è di € 60,00 per gli iscritti che abbiano nell'anno precedente un numero di giornate lavorate superiore a 100;

di € 40,00 per gli iscritti che abbiano nell'anno precedente un numero di giornate lavorate comprese tra 25 e 100.

Contestualmente all'indennità sopraindicata, l'assicurato potrà richiedere il rimborso delle spese

Pre-ricovero e post-ricovero inerenti al ricovero stesso

Per un importo massimo di € 1.000,00 per anno assicurativo e per persona.

L'indennità viene corrisposta anche nel caso in cui l'assicurato effettui le terapie previste al punto C) in regime ambulatoriale.

GARANZIA INFORTUNI PROFESSIONALI E IN ITINERE (valida per il solo iscritto e non per i familiari)

A) In caso di morte viene garantito un massimale di:

€ 20.000,00 per gli iscritti che abbiano nell'anno precedente un numero di giornate lavorate superiore a 100 e per quelli a tempo indeterminato;

€ 200,00 per ogni giorno lavorato nell'anno precedente con un minimo di € 600,00 per gli iscritti che abbiano nell'anno precedente un numero di giornate lavorate compreso tra 1 e 100.

B) In caso di invalidità permanente viene garantito un massimale di:

€ 20.000,00 per gli iscritti che abbiano nell'anno precedente un numero di giornate lavorate superiore a 100 e per quelli a tempo indeterminato;

€ 200,00 per ogni giorno lavorato nell'anno precedente con un minimo di € 600,00 per gli iscritti che abbiano nell'anno precedente un numero di giornate lavorate compreso tra 1 e 100.

Il grado di invalidità per ottenere l'indennizzo deve essere pari o superiore al 17%.

Nel caso del 60% di invalidità verrà liquidato l'intero massimale garantito; per i gradi di invalidità inferiori al 60% si fa riferimento alla "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – agricoltura" allegato al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, attenendosi ai fini liquidativi alla valutazione effettuata dall'INAIL.

Nel caso di infortunio che comporti:

- sordità completa bilaterale;

- cecità completa;

- perdita anatomica di almeno un arto superiore o inferiore nonché perdita completa delle dita di una mano; il massimale garantito si intende raddoppiato.

STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATO/PERMANENTE (garanzia operante non per i familiari, ma per il solo iscritto con un numero di giornate lavorate nell'anno precedente superiori a 50 e a tempo indeterminato)

Il Fondo garantisce il rimborso delle spese per prestazioni sanitarie o di assistenza e presidi/ausili ortopedici, sostenute e documentate per un valore massimo di

€ 1.000,00 per una durata massima di due anni, qualora l'iscritto venga a trovarsi in un momento successivo alla data di decorrenza della polizza, in uno stato di non autosufficienza causato da una delle seguenti patologie:

- sclerosi multipla;

- ictus;

- morbo di Alzheimer;

- sindrome laterale amiotrofica;

- morbo di Parkinson;

oppure sia conseguente ad infortunio lavorativo certificato dall'INAIL.

Per stato di non autosufficienza si intende l'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vista quotidiana:

- lavarsi;

- vestirsi;

- spostarsi;

- nutrirsi;

e la necessità costante dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio oppure di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza.

ELENCO PRESTAZIONI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Angiografia	Isterosalpingografia
Artrografia	Linfografia
Broncografia	Mammografia
Cisternografia	Mielografia
Cistografia	Retinografia
Cisturografia	Risonanza
Clisma Opaco	Rx esofago con mezzo di contrasto
Colangiografia Intravenosa	Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
Colangiografia Percutanea	Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
Colangiografia Trans Kehr	Scialografia
Colecistografia	Scintigrafia
Dacriocistografia	Splenoportografia
Defecografia	Urografia
Elettroencefalografia	Vesciculodeferentografia
Fistolografia	Videoangiografia
Flebografia	TAC
Fluorangiografia	Wirsungrafia
Galattografia	

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS. 196/2003

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che i dati da Lei forniti, o rilevati dagli Elenchi anagrafici pubblicati dall'INPS ai sensi della legislazione in vigore, vengono trattati per il fine esclusivo della gestione del rapporto contrattuale.

Il conferimento dei dati é dunque strettamente funzionale all'instaurazione di tale rapporto, il quale senza i dati richiesti potrebbe non essere, in tutto o in parte, eseguito.

I dati saranno trattati con modalità e procedure effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici necessari per il fine indicato, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza. Potranno essere conosciuti da nostri collaboratori specificatamente autorizzati a trattarli in qualità di responsabili o incaricati, di volta in volta individuati e coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni e comunque in conformità alle istruzioni ricevute; l'elenco di tali collaboratori, costantemente aggiornato, potrà essere da Lei conosciuto gratuitamente facendo specifica richiesta al Fondo.

I suoi dati personali saranno custoditi e controllati con misure di sicurezza adeguate a ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, accesso non autorizzato, trattamento illecito.

I suoi dati non sono soggetti a diffusione. Per lo svolgimento delle sue attività il Fondo può rivolgersi ad organismi esterni per l'effettuazione dell'attività di gestione assicurativa, anche mediante apposite convenzioni o per il servizio di elaborazione dati; il Fondo, inoltre, potrà rivolgersi ad Enti previdenziali e dai datori di lavoro. L'elenco delle Compagnie di assicurazioni e delle società per l'elaborazione dei dati é disponibile presso la sede del Fondo. A tali soggetti potranno essere comunicati i dati da Lei forniti: pertanto il consenso richiestoLe in calce concerne anche il trattamento da costoro effettuato.

Lei ha diritto, in qualunque momento, di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati presso il Fondo, di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione, l'aggiornamento o la rettificazione (art. 7, d.lgs. 196/2003); ha inoltre il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati qualora trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento.

Il Titolare del trattamento dati è il **FISA** con sede in Via Flavia, 3 - 00187 Roma

Il Responsabile del trattamento è **Angelo Coriddi**