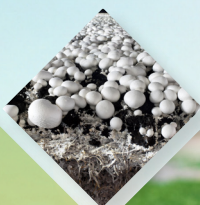




Fondo Integrativo Sanitario Agricolo



**per i
Lavoratori Agricoli
e Florovivaisti**

Regolamento valido dal 1 gennaio 2023



Fondo Integrativo Sanitario Agricolo



per i Lavoratori Agricoli e Florovivaisti

Regolamento valido dal 1 Gennaio 2023

F.I.S.A.

Fondo Integrativo Sanitario Agricolo

00161 Roma - Via G.B. Morgagni, 33

Tel. 06/47824858(1)

info@fondofisa.it

fondofisa@pec.it

pratiche@fondofisa.it

1. Ordinamento e scopi	7
Garanzie operanti per tutti gli assicurati:	7
Garanzie operanti per il solo titolare:	8
2. Persone assicurate	8
3. Area ricovero	9
3.1. Ricovero in istituto di cura con e senza intervento chirurgico	9
3.2. Day-hospital chirurgico	10
3.3. Day-hospital medico e prestazioni terapeutiche ambulatoriali in entrambi i casi esclusivamente per cure oncologiche, per dialisi e biopsie	10
Parrucca per pazienti oncologici	10
3.4. Intervento chirurgico ambulatoriale per dermatologia e per oculistica	11
3.5. Trasporto sanitario	11
3.6. Trasporto della salma e rimborso spese funerarie	11
3.7. Modalità di liquidazione	12
3.8. Indennità per parto non cesareo	12
3.9. Indennità per rinosettoplastica	13
3.10. Indennità sostitutiva	13
3.11. Massimale assicurato	14
4. Alta specializzazione	15
5. Protesi ortopediche e acustiche	16
6. Cure dentarie da infortunio	17
7. Esami del sangue	17
8. Visite specialistiche	18
9. Fisioterapia, kinesiterapia, riabilitazione cardiologia e neuromotoria in seguito di ricovero per malattia o per infortunio, con o senza intervento chirurgico, effettuate in regime di ospedalizzazione domiciliare	19
10. Trattamenti fisioterapici riabilitativi conseguenti a infortunio o specifiche patologie	19
11. Garanzia infortuni sul lavoro	20
12. Stati di non autosufficienza consolidata/permanente	23
12.1. Oggetto della garanzia	23
12.2. Persone assicurate	23
12.3. Condizioni di assicurabilità	23
12.4. Massimale mensile assicurato	24

12.5. Definizione dello stato di non autosufficienza	24
Norme generali	27
Esclusioni dall'assicurazione	27
Richiesta delle prestazioni	28
Documentazione occorrente	28
Decesso dell'iscritto	29
Controlli	29
Elenco "grandi interventi chirurgici"	31
Cranio e sistema nervoso centrale e periferico	31
Faccia e bocca	31
Collo	32
Esofago	32
Torace	33
Chirurgia cardiaca	33
Stomaco e duodeno	34
Peritoneo e intestino	34
Retto e ano	34
Fegato e vie biliari	35
Pancreas e milza	35
Vasi	35
Pediatria	36
Ortopedia e traumatologia	36
Urologia	37
Apparato genitale	37
Oculistica	38
Otorinolaringoiatria	38
Laringe	38

1. ORDINAMENTO E SCOPI

La costituzione del Fondo di Assistenza Sanitaria per i Lavoratori Agricoli e Florovivaisti - FISA - prevista dall'art. 65 del CCNL per gli operai agricoli stipulato il 25 maggio 2010 tra la Confederazione della Agricoltura Italiana, la Confederazione Nazionale Coltivatori Diretti, la Confederazione Italiana Agricoltori, la FLAI-CGIL, la FAI-CISL, la UILA-UIL, è avvenuta il 18 maggio 2011.

Il Fondo che ha sede a Roma, in Via G. B. Morgagni, 33 ha **lo scopo di assicurare** agli operai agricoli e florovivaisti ed ai loro familiari un sistema mutualistico integrativo del Servizio Sanitario Nazionale nonché forme di tutela infortunistica ed assistenziale volte a garantire una adeguata tutela negli stati di bisogno dei propri assistiti.

Sono iscritti al Fondo:

- gli operai agricoli e florovivaisti a tempo indeterminato e determinato di età compresa tra i 18 e i 75 anni;
- tutti coloro che operano nell'ambito del lavoro agricolo la cui richiesta di iscrizione sia accolta, in via convenzionale, con delibera del Comitato di Gestione del Fondo.

Oggetto dell'assicurazione

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

Garanzie operanti per tutti gli assicurati:

- ricovero in Istituto di cura con e senza intervento chirurgico;
- day-hospital chirurgico;
- day-hospital medico e prestazioni terapeutiche ambulatoriali per cure oncologiche e per dialisi nonché per biopsie;
- intervento chirurgico ambulatoriale per dermatologia e per oculistica;
- trasporto sanitario;
- trasporto della salma e rimborso spese funerarie;
- indennità per parto non cesareo;
- indennità per rinosectoplastica;
- indennità sostitutiva;
- alta specializzazione;
- protesi ortopediche e acustiche;
- cure dentarie da infortunio.

Garanzie operanti per il solo titolare:

- esami del sangue;
- visite specialistiche;
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi in regime di ospedalizzazione domiciliare;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi conseguenti a infortunio e a specifiche patologie;
- garanzia infortuni;
- garanzia per stati di non autosufficienza.

2. PERSONE ASSICURATE

La presente copertura opera a favore dei **lavoratori a tempo determinato con un numero di giornate lavorate superiore a 25** e dei **lavoratori assunti a tempo indeterminato iscritti al Fondo Integrativo Sanitario Agricolo - FISA e dei relativi nuclei familiari, intendendo per tali il coniuge o il convivente "more uxorio" e i figli di età inferiore o uguale ai 26 anni, tutti risultanti dallo stato di famiglia del titolare.**

Si conviene che compongono inoltre il nucleo familiare del titolare le persone per le quali lo stesso avrebbe diritto agli assegni familiari a norma del D.P.R. 30/5/1955 e successive modificazioni e integrazioni intervenute sino alla data di stipulazione della presente polizza.

Non vengono considerate a tale effetto le limitazioni di cui all'art.20 della Legge 27/12/1983 n. 730 e le eventuali altre limitazioni che dovessero essere introdotte in materia relativamente al reddito familiare complessivo.

N.B.

Si precisa che la presente copertura può essere rinnovata fino al compimento del 26° anno di età del/della figlio/a, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza al compimento di tale età da parte del/della figlio/a. Il diritto dei familiari dell'iscritto ad ottenere le prestazioni sorge, rimane in essere e cessa con quello dell'iscritto medesimo.

3. AREA RICOVERO

3.1. Ricovero in istituto di cura con e senza intervento chirurgico (per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di giornate lavorate superiore a 50 e per i tempi indeterminati)

Il Fondo rimborsa le spese per le seguenti prestazioni:

a. Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 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, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

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 limite di € 70,00 al giorno.

f. Post-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici, visite specialistiche e trattamenti fisioterapici effettuati nei 200 giorni successivi l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La garanzia "ricovero senza intervento chirurgico" è operante qualora la degenza continuativa sia pari o superiore ad un numero di tre pernottamenti. Si precisa che tale limite non si applica ai ricoveri medici nei quali vengono eseguite biopsie o terapie oncologiche e dialisi. Qualora venga

effettuata una "coronarografia" in regimi di ricovero, esso verrà considerato quale ricovero con intervento chirurgico.

3.2. Day-hospital chirurgico

Nel caso di day-hospital chirurgico, il Fondo rimborsa le spese per le prestazioni previste al punto "Ricovero in Istituto di cura con e senza intervento chirurgico" con i relativi limiti in esso indicati o in assenza di spese la diaria giornaliera per un massimo di 50 giorni per anno assicurativo e per persona.

3.3. Day-hospital medico e prestazioni terapeutiche ambulatoriali in entrambi i casi esclusivamente per cure oncologiche, per dialisi e biopsie

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

- chemioterapia;
- cobaltoterapia;
- radioterapia;
- dialisi;
- biopsie;

in regime di day-hospital o in regime ambulatoriale, il Fondo rimborsa le spese per le prestazioni previste al punto "Ricovero in Istituto di cura con e senza intervento chirurgico" lett. a) "Pre-ricovero", c) "Assistenza medica, medicinali, cure, d) "Rette di degenza", f) "Post-ricovero", o in assenza di spese la diaria giornaliera per un massimo di 50 giorni per anno assicurativo e per persona. L'indennità viene corrisposta anche nei casi in cui le terapie vengono effettuate in regime ambulatoriale.

Parrucca per pazienti oncologici

Nel caso di alopecia in seguito a trattamenti chemio/radioterapici in corso, sia se effettuati in regime di ricovero/day-hospital sia in ambulatorio/a domicilio, viene previsto il rimborso per l'acquisto di una parrucca nel limite di € 500,00.

A fini liquidativi, l'iscritto/a dovrà produrre, unitamente alla fattura per la parrucca, la documentazione medica attestante i trattamenti oncologici effettuati.

3.4. Intervento chirurgico ambulatoriale per dermatologia e per oculistica

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale conseguente a patologie dermatologiche e oculistiche, **il Fondo rimborsa le spese** per le prestazioni previste al punto "Ricovero in Istituto di cura con e senza intervento chirurgico" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico, c) "Assistenza medica, medicinali, cure", f) "Post-ricovero".

N.B.

- 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 in presenza di un difetto della capacità visiva risultante dallo specchietto dell'oculista il quale dovrà riportare l'indicazione del numero delle diottrie.

Si precisa che rientra nell'ambito della garanzia qualunque intervento chirurgico ambulatoriale conseguente a qualsiasi patologia dermatologica od oculistica.

3.5. Trasporto sanitario

Il Fondo rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in **ambulanza e/o con unità coronarica mobile e/o con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione.**

3.6. Trasporto della salma e rimborso spese funerarie

Nel caso di decesso dell'assicurato **conseguente a ricovero o di decesso sul lavoro e in ambulanza durante il tragitto verso il Pronto Soccorso**, il Fondo rimborsa le spese per il trasporto della salma dall'Istituto di cura al luogo della tumulazione e le spese funerarie relative **nel limite di € 3.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.**

La garanzia è operante anche qualora il decesso avvenga entro 50 giorni dalle dimissioni dall'istituto di cura.

3.7. Modalità di liquidazione

a) Prestazioni in strutture sanitarie private

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 20%, ad eccezione delle seguenti:

punto "Ricovero in Istituto di cura":

lett. e) "Accompagnatore";

punto 3.5 "Trasporto sanitario";

punto 3.6 "Trasporto della salma e rimborso spese funerarie";

che vengono rimborsate all'Assicurato 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, quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto "Indennità Sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti dei massimali di cui al punto "Massimale assicurato"; 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 con i limiti indicati al precedente punto a).

N.B.

Per i ricoveri a fini riabilitativi oltre alla lettera di dimissioni va allegato anche il diario clinico.

3.8. Indennità per parto non cesareo (per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di giornate lavorate superiore a 25 e per i tempi indeterminati)

In caso di parto non cesareo, il Fondo eroga un'indennità giornaliera qualora la durata della degenza sia **superiore ad un pernottamento**.

La somma giornaliera corrisposta è pari ai seguenti importi:

- a) € 60,00 per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di giornate lavorative superiore a 100 e per i tempi indeterminati;

- b) € 40,00 per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di giornate lavorative comprese tra 25 e 100.

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

3.9. Indennità per rinosettoplastica

Nel caso di intervento per rinosettoplastica, sia qualora risulti conseguente a infortunio, che dovrà essere attestato da certificato di Pronto Soccorso e dovrà essere avvenuto in costanza della copertura assicurativa, sia se reso necessario da malattia, l'assicurato avrà diritto esclusivamente alla corresponsione dell'indennità di cui al punto "Indennità sostitutiva" indipendentemente dall'utilizzo di una struttura pubblica o privata.

3.10. Indennità sostitutiva

La presente garanzia è operante per gli iscritti che nell'anno precedente abbiano un numero di giornate lavorate superiore a 25 e per gli iscritti assunti a tempo indeterminato.

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

La somma giornaliera corrisposta è pari ai seguenti importi:

- a) €. 60,00 per gli iscritti che nell'anno precedente hanno un numero di giornate lavorate superiore a 100 e per gli iscritti assunti a tempo indeterminato;
- b) €. 40,00 per gli iscritti che nell'anno precedente hanno un numero di giornate lavorate comprese tra 25 e 100.

Contestualmente all'indennità sopraindicata, l'Assicurato potrà richiedere il rimborso delle spese di cui al punto "Ricovero in Istituto di cura" lettere a) "Pre-ricovero", e) "Accompagnatore", SOLO qualora il ricovero avvenga fuori dalla Regione di residenza/domicilio dell'Iscritto e f) "Post-ricovero" per un importo massimo di € 1.500,00 per anno assicurativo e per persona.

Nel caso di ricovero senza intervento chirurgico l'indennità viene corrisposta qualora la degenza continuativa sia pari o superiore a un numero di tre

pernottamenti. In questo caso l'indennità viene erogata a partire dal primo pernottamento.

L'indennità viene corrisposta anche nel caso di day-hospital chirurgico di cui al punto "Day-hospital chirurgico" e di day-hospital medico per cure oncologiche e per dialisi nonché per biopsie di cui al punto "Day hospital medico e prestazioni terapeutiche ambulatoriali" in entrambi i casi esclusivamente per cure oncologiche e per dialisi nonché per biopsie".

3.11. Massimale assicurato

I massimali assicurati per anno assicurativo e per nucleo familiare corrispondono a:

- a) **€ 12.000,00** per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di **giornate lavorative superiore a 100 e per i tempi indeterminati**;
- b) **€ 7.000,00** per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di **giornate lavorative comprese tra 51 e 100**.

Nel caso di "Grandi Interventi Chirurgici", di cui all'elenco allegato, i massimali sopraindicati si intendono raddoppiati e non si applica lo scoperto di cui al punto 3.7 lett.a.



4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

La presente garanzia è operante per gli iscritti che nell'anno precedente abbiano un numero di giornate lavorate superiore a 50 e per gli iscritti assunti a tempo indeterminato.

Il Fondo rimborsa le spese relative alle seguenti prestazioni:

• Angiografia	• Isterosalpingografia
• Artrografia	• Linfografia
• Broncografia	• Ecografia mammaria per donne con età > 40 anni
• Cisternografia	• Mammografia
• Cistografia	• Mielografia
• Cisturetrografia	• Mineralogia ossea computerizzata
• Clisma opaco	• Retinografia
• Colangiografia intravenosa	• Risonanza
• Colangiografia percutanea	• Rx esofago con mezzo di contrasto
• Colangiografia trans kehr	• Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
• Colecistografia	• Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
• Dacriocistografia	• Scialografia
• Defecografia	• Scintigrafia
• Ecodoppler/ecocolordoppler agli arti inferiori	• Splenoportografia
• Ecodoppler/ecocolordoppler agli arti superiori	• Urografia
• Ecodoppler/ecocolordoppler alla carotide	• Vesciculodeferentografia
• Elettroencefalografia	• Vid eoangiografia
• Fistelografia	• Tac
• Flebografia	• Villocentesi
• Fluorangiografia	• Wirsungrafia
• Galattografia	

Per le seguenti prestazioni previste in garanzia si precisa quanto segue:

- Diagnostica pre-natale:
 - Prenatal Safe
 - Villocentesi
 - Amniocentesi

è riconosciuto il rimborso anche qualora la gravidanza non sia considerata "a rischio".

- *Colonscopia diagnostica e/o chirurgica: viene riconosciuto il rimborso con l'applicazione di un sottolimito annuo per nucleo familiare di € 1.500,00.*

Per l'attivazione della garanzia è necessaria documentazione contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. La patologia accertata o presunta che ha reso necessaria la prestazione potrà essere riportata nel documento fiscale rilasciato dallo specialista. Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di € 20,00 per ogni accertamento diagnostico fatta eccezione per l' "Ecografia mammaria per donne con età > 40 anni" che verrà liquidata con l'applicazione di una franchigia di € 40,00 per prestazione. I ticket sanitari relativi alle prestazioni sopraelen-cate vengono rimborsati senza l'applicazione di alcun scoperto o franchigia. I massimali assicurati per anno assicurativo e per nucleo familiare corrispondono a:

- a. € 2.800,00 per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di giornate lavorate superiore a 100 e per gli iscritti assunti a tempo indeterminato;
- b. € 1.800,00 per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di giornate lavorate comprese tra 51 e 100.

5. PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

La presente garanzia è operante per gli iscritti che nell'anno precedente abbiano un numero di giornate lavorate superiore a 50 e per gli iscritti assunti a tempo indeterminato.

Il Fondo rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche (intendendosi compresi i plantari) e acustiche nel limite annuo di €. 1.000,00 per nucleo familiare.

La copertura si intende estesa all'acquisto e al noleggio degli ausili medici ortopedici, purchè appositamente prescritti da medico specialista la cui specializzazione sia inerente la patologia diagnosticata e con indicazione della patologia ortopedica opportunamente documentata.

6. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La presente garanzia è operante per gli iscritti che nell'anno precedente abbiano un numero di giornate lavorate superiore a 50 e per gli iscritti assunti a tempo indeterminato.

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione" il Fondo rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio su presentazione di referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso.

Il massimale annuo assicurato per le prestazioni suindicate corrisponde a € 1.000,00 per nucleo familiare.

GARANZIE OPERANTI PER IL SOLO TITOLARE

7. ESAMI DEL SANGUE

La presente garanzia è operante per gli iscritti che nell'anno precedente abbiano un numero di giornate lavorate superiore a 50 e per gli iscritti assunti a tempo indeterminato.

Vengono rimborsate, nel limite del massimale annuo, le spese sostenute per esami del sangue.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria documentazione contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La patologia accertata o presunta che ha reso necessaria la prestazione potrà essere riportata nel documento fiscale rilasciato dallo specialista

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie private, le spese sostenute vengono liquidate con l'applicazione di uno scoperto del 20%.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la So-

cietà rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato per le prestazioni suindicate corrisponde a € 200,00.

8. VISITE SPECIALISTICHE

La presente garanzia è operante per gli iscritti che nell'anno precedente abbiano un numero di giornate lavorate superiore a 50 e per gli iscritti assunti a tempo indeterminato.

Vengono rimborsate le spese sostenute per visite specialistiche rese necessarie da malattia o da infortunio nel corso dell'annualità assicurativa. Per l'attivazione della garanzia è necessaria documentazione contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La patologia accertata o presunta che ha reso necessaria la prestazione potrà essere riportata nel documento fiscale rilasciato dallo specialista. Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie private le spese sostenute vengono rimborsate con il minimo non indennizzabile di € 35,00 per ogni visita specialistica.

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

Il massimale annuo assicurato per le prestazioni suindicate corrisponde a € 300,00.



9. FISIOTERAPIA, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA IN SEGUITO DI RICOVERO PER MALATTIA O PER INFORTUNIO, CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, EFFETTUATE IN REGIME DI OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

La presente garanzia è operante per gli iscritti che nell'anno precedente abbiano un numero di giornate lavorate superiore a 50 e per gli iscritti assunti a tempo indeterminato.

Entro e non oltre 6 mesi dal giorno delle dimissioni da un ricovero conseguente a malattia o a infortunio, vengono rimborsate le spese sostenute per fisioterapia, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria effettuate in regime di ospedalizzazione domiciliare.

Il massimale annuo assicurato per le prestazioni suindicate corrisponde a € 1.500,00.

10. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI CONSEGUENTI A INFORTUNIO O SPECIFICHE PATOLOGIE

La presente garanzia è operante per gli iscritti che nell'anno precedente abbiano un numero di giornate lavorate superiore a 50 e per gli iscritti assunti a tempo indeterminato.

Il Fondo rimborsa le spese per i trattamenti fisioterapici, ivi compresa l'ozonoterapia, e il noleggio per i dispositivi professionali per la fisioterapia domiciliare **a seguito di infortunio in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, o a seguito di una delle patologie o interventi chirurgici di seguito elencati, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.**

È possibile richiedere il rimborso delle prestazioni entro 2 anni dalla data dell'evento. In caso di infortunio lavorativo è possibile chiedere il rimborso delle prestazioni anche in assenza del certificato di ps, purché venga presentata la certificazione dell'INAIL.

Patologie o interventi chirurgici:

1. Ictus
2. Infarto
3. Ernia del disco e/o protrusione discale;
4. Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale
5. Artroprotesi d'anca
6. Protesi ginocchio
7. Patologie polmonari

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 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, il Fondo **rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.**

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.000,00 per persona.

11. GARANZIA INFORTUNI SUL LAVORO

La presente garanzia è operante per gli iscritti che nell'anno precedente abbiano un numero di giornate lavorate superiore a 1 e per gli iscritti assunti a tempo indeterminato..

La garanzia opera in caso di infortunio avvenuto sul luogo di lavoro, ivi compreso il rischio in itinere, e viene articolata nel modo seguente:

1. In caso di Morte

- a. Viene garantito un massimale di € 20.000,00 per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di giornate lavorative superiore a 100 e per gli iscritti assunti a tempo indeterminato.
- b. Viene garantito un massimale di € 200,00 per ogni giorno lavorato nell'anno precedente con un minimo di € 600 per gli iscritti nell'anno pre-

cedente negli elenchi anagrafici con un numero di giornate lavorative compreso tra 1 e 100.

2. In caso di Invalidità Permanente

- a. Viene garantito un massimale di € 20.000,00 per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di giornate lavorative superiore a 100 e per gli iscritti assunti a tempo indeterminato.
- b. Viene garantito un massimale di € 200,00 per ogni giorno lavorato nell'anno precedente con un minimo di € 600 per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di giornate lavorative compreso tra 1 e 100.

L'indennizzo viene corrisposto in presenza di un grado di invalidità permanente pari o superiore al 15% del totale. In questo caso l'invalidità accertata viene riconosciuta integralmente.

Nessun indennizzo viene quindi corrisposto sino a un grado di invalidità permanente accertato pari al 14% del totale.

Qualora il grado di invalidità permanente accertato risulti superiore al 60% del totale, verrà liquidato l'intero massimale garantito.



Il grado di invalidità permanente residuo viene valutato in base alle percentuali previste dalla "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.

Relativamente alle persone portatrici di mancinismo, le percentuali di invalidità prevista per l'arto superiore destro e per la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e per la mano sinistra e viceversa.

Nel caso di infortunio che comporti:

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

Esempio di calcolo

a. operaio agricolo con più di 100 giornate lavorate

- Grado di invalidità x 200,00
- $18\% \times 200,00 = 3.600,00$
- $54\% \times 200,00 = 10.800,00$

b. operaio agricolo con meno di 100 giornate lavorative: Fino a € 200,00 per ogni giorno lavorato nell'anno precedente con un minimo di € 600,00.

- 51 giorni di lavoro e 17% punti di invalidità

$$200,00 \times 51 = 10.200,00 : 100 = 102,00 \times 17 = 1.734,00$$

Per "perdita anatomica di un arto inferiore" si intende anche la perdita della parte di arto sottostante il ginocchio.

La garanzia prestata dal presente punto comprende il rischio "in itinere", vale a dire gli infortuni occorsi all'Assicurato durante il tempo strettamente necessario per compiere il percorso per via ordinaria dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa con l'utilizzo dei normali mezzi di locomozione.

12. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE *(Garanzia operante per il solo lavoratore e non per i familiari per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di giornate lavorate superiore a 50 e per i tempi indeterminati)*

12.1. Oggetto della garanzia

Il Fondo garantisce il rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie o di assistenza e presidi/ausili ortopedici e documentate per un valore massimo corrispondente alla somma mensile assicurata qualora l'iscritto venga a trovarsi, in un momento successivo alla data di decorrenza della polizza, in uno stato di non autosufficienza quale indicato al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza".

La garanzia è operante qualora lo stato di non autosufficienza sia stato causato da una malattia oppure sia conseguente a un infortunio sul lavoro certificato dall'INAIL.

12.2. Persone assicurate

La garanzia è valida per tutti gli iscritti al Fondo titolari della copertura (con esclusione dei familiari) di età compresa tra i 18 e i 75 anni che rispondano ai criteri di accettazione medica indicati al punto 11.3 "Condizioni di assicurabilità".

12.3. Condizioni di assicurabilità

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate, al momento della data di effetto della propria copertura assicurativa, devono rientrare nelle **seguenti condizioni di assicurabilità**:

- 1.** Non avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere quotidianamente una o più delle attività di vita di seguito indicate:
 - a.** Lavarsi
 - b.** Vestirsi
 - c.** Spostarsi
 - d.** Nutrirsi
- 2.** Non essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile in misura superiore al 25%.

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 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.
4. Non presentare malattie, postumi di malattie o di infortuni precedenti che limitino le capacità fisiche e mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.

12.4. Massimale mensile assicurato

Nel caso in cui l'iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo 11.5 "Definizione dello stato di non autosufficienza", **il massimale mensile garantito corrisponde a € 1.000,00.**

Dalla data del riconoscimento dello stato di non autosufficienza, il rimborso delle spese sostenute verrà corrisposto per una durata massima di due anni.

Viene inoltre previsto il rimborso delle spese sostenute per l'installazione di idonei congegni di risalita e/o di discesa quali, ad esempio, l'ascensore interno, il montacarichi, il servoscala, le piattaforme elevatrici.

Per questa fattispecie di spese l'importo verrà rimborsato in un'unica soluzione e concorrerà a determinare la cifra massima complessiva di rimborso di € 24.000,00 in due anni. Il rimborso verrà effettuato su presentazione della fattura di spesa regolarmente quietanzata e intestata al beneficiario dell'indennizzo.

Per la quota di massimale non utilizzato con tale rimborso rimarrà fermo il diritto alla corresponsione mensile di € 1.000,00 per le spese sostenute ad altro titolo sino alla concorrenza di € 24.000,00.

12.5. Definizione dello stato di non autosufficienza

Come indicato al punto "Oggetto della garanzia", viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'iscritto il quale, **in conseguenza di un infortunio o di**

malattia e in presenza di uno stato di salute valutato come "consolidato", si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita quotidiana:

- **Lavarsi** (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale)
- **Vestirsi** (capacità di indossare e togliere correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali)
- **Spostarsi** (capacità di muoversi da una stanza all'altra all'interno della residenza abituale, anche con l'utilizzo di ogni tipo di ausilio)
- **Nutrirsi** (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile)

e necessiti in modo 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.



NORME GENERALI

Estensione territoriale

Il Fondo rimborsa le prestazioni effettuate in tutto il mondo. Si specifica che per fare richiesta di rimborso per prestazioni sostenute all'estero, l'iscritto dovrà provvedere ad inviare un'adeguata traduzione giurata in lingua italiana.

Esclusioni dall'assicurazione

Sono esclusi dall'assicurazione:

1. le malattie e gli infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
2. le malattie e gli infortuni determinati da inondazioni, da terremoti, da eruzioni e da altre calamità provocate da forze della natura nonché da atti di guerra;
3. le malattie e gli infortuni conseguenti a reati dolosi commessi dall'iscritto o da atti contro la sua persona da esso volontariamente compiuti o consentiti.
4. le conseguenze dirette o indirette di pandemia

Limitatamente alla garanzia di cui al punto "stati di non autosufficienza consolidata/permanente" sono inoltre escluse dall'assicurazione le conseguenze di:

1. infortuni precedenti alla data di sottoscrizione del contratto;
2. atti volontari o intenzionali dell'Assicurato, tentativi di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti non prescritti dal medico.

Richiesta delle prestazioni

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Le richieste inoltrate dopo i predetti termini non saranno accolte e a tal fine fa fede la data di spedizione della richiesta stessa.

Documentazione occorrente

La documentazione da presentare per ottenere le prestazioni garantite dal Fondo è la seguente:

A - Prestazioni sanitarie:

- attestazione rilasciata dalla competente Sede dell'INPS concernente il numero delle giornate di iscrizione del lavoratore negli elenchi anagrafici dell'anno precedente o altra documentazione utile a certificare il lavoro svolto (busta paga, registro di impresa);
- indicazione da parte del lavoratore della Azienda o delle Aziende presso le quali, nell'anno precedente, ha prestato la propria attività lavorativa;
- copia della scheda dimissione ospedaliera e del diario clinico in caso di ricovero in istituto di cura;
- copia della prescrizione medica (validità prescrizione medica un anno) e del conto quietanzato della spesa sostenuta, in caso di accertamenti diagnostici, radiografici o altri esami per i quali il presente regolamento prevede il rimborso.
- per le protesi ortopediche e acustiche la prescrizione medica deve essere rilasciata dal medico specialista la cui specializzazione sia inerente la patologia diagnostica.

Per la liquidazione delle prestazioni che si riferiscono ai componenti del nucleo familiare l'iscritto oltre alla documentazione sopra indicata dovrà presentare lo stato di famiglia (autocertificazione). Il Fondo si riserva di richiedere copia della cartella clinica in caso di ulteriori accertamenti.

B - Prestazione infortunistiche:

- attestazione rilasciata dalla competente Sede dell'INPS concernente il numero delle giornate di iscrizione del lavoratore negli elenchi anagrafici

dell'anno precedente o altra documentazione utile a certificare il lavoro svolto (busta paga, registro di impresa);

- indicazione da parte del lavoratore o degli eredi, dell'Azienda, o delle Aziende, presso le quali il lavoratore infortunato ha prestato la propria attività lavorativa nell'anno precedente;
- copia della denuncia dell'infortunio che il datore di lavoro ha presentato all'INAIL;
- attestazione dell'INAIL comprovante il grado di invalidità permanente riconosciuto;
- certificato necroscopico rilasciato dalla autorità competente in caso di morte per infortunio sul lavoro;
- copia del verbale dell'autorità di P.S. sulla dinamica dell'incidente in caso di infortunio in itinere.

Ai fini della erogazione delle prestazioni sono considerate utili solamente le giornate di iscrizione negli elenchi anagrafici per le quali è stata versata la contribuzione.

Decesso dell'iscritto

In caso di decesso dell'iscritto, gli eredi per ottenere la liquidazione delle prestazioni spettanti al "de cuius" dovranno presentare la seguente documentazione:

- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà contenente le generalità complete degli eredi legittimi;
- delega di ciascuno degli eredi conferita ad uno di loro per riscuotere l'importo spettante e fotocopia di un documento di identità;
- autorizzazione del giudice tutelare in caso di erede minorenni;
- certificato di morte.

Controlli

Il Fondo al fine di accertare il diritto dell'iscritto alle prestazioni si riserva la facoltà di esercitare ogni controllo ed ogni accertamento tramite medici di propria fiducia o istituzioni pubbliche o private. Il rifiuto di presentare la documentazione richiesta o l'opposizione agli eventuali accertamenti decisi dal fondo comportano la decadenza del diritto alle prestazioni.



ELENCO “GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI”

CRANIO E SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.
- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi e per correzione di altre condizioni patologiche.
- Cranioplastiche.
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Interventi per derivazione liquorale diretta o indiretta.
- Operazione per encefalo meningocele.
- Lobotomia ed altri interventi di psicochirurgia.
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari.
- Neurotomia retrogasseriana – sezione intracranica di altri nervi.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Emisferectomia.
- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici.
- Surrenalectomia e altri interventi sulla capsula surrenale.
- Vagotomia per via toracica.

FACCIA E BOCCA

- Plastica per paralisi del nervo facciale.
- Correzione naso a sella.
- Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi.

- Parotidectomia con conservazione del facciale.
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne.
- Interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento ganglionare contemporaneo.
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare.
- Demolizione dell'osso frontale.
- Resezione del massiccio facciale per neoformazioni maligne.
- Demolizione del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Resezione del mascellare superiore
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Fratture del condilo e dell'apofisi coronoide mandibolare. Trattamento chirurgico e ortopedico.
- Fratture dei mascellari superiori – trattamento chirurgico e ortopedico.

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne

ESOFAGO

- Interventi per diverticolo dell'esofago.
- Resezione dell'esofago cervicale.
- Resezione totale esofagea con esofagoplastica in un tempo.
- Collocazione di protesi endoesofagea per via toraco-laparatomica.
- Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico.
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazione sull'esofago per stenosi benigne, per tumori, resezioni parziali basse, alte e totali.

TORACE

- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interna e del cavo ascellare.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Resezioni segmentarie e lobectomia.
- Pneumectomia.
- Decorticazione polmonare.
- Pleuro pneumectomia.
- Toracectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Interventi per fistole bronchiali cutanee.
- Asportazione del timo.
- Toracoplastica totale.

CHIRURGIA CARDIACA

- Pericardiectomia.
- Sutura del cuore per ferite.
- Interventi per corpi estranei del cuore.
- Interventi per malformazioni del cuore e dei grossi vasi endotoracici.
- Commissurotomia.
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare.
- Valvuloplastica della mitrale o dell'aorta.
- Sostituzione valvolare con protesi.
- Infartectomia in fase acuta.
- Resezione aneurisma del ventricolo sinistro.

- By-pass aorto-coronarico con vena.
- By-pass aorto-coronarico e resezione aneurisma del ventricolo sinistro.
- Impianto di arteria mammaria secondo Vineberg, singolo e doppio.
- Impianto di pace-maker epicardio per via toraco-tomica o frenico-pericardica.
- Asportazione dei tumori endocavitari del cuore.
- Trapianto del cuore.

STOMACO E DUODENO

- Resezione gastrica.
- Gastrectomia totale.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica.
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.
- Cardiomiectomia extramucosa.

PERITONEO E INTESTINO

- Laparatomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali.
- Idem con lesioni dell'intestino – resezione intestinale.
- Occlusione intestinale di varia natura – resezione intestinale.
- Resezione del tenue.
- Resezione ileo-cecale.
- Colectomia segmentaria.
- Colectomia totale.

RETTO E ANO

- Amputazione del retto per via sacrale.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale.

FEGATO E VIE BILIARI

- Epatotomia semplice per cisti da echinocco.
- Resezione epatica.
- Epatico e coledocotomia.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecisto gastrostomia, colecisto enterostomia).
- Trapianto del fegato.

PANCREAS E MILZA

- Interventi di necrosi acuta del pancreas.
- Interventi per cisti e pseudo cisti del pancreas:
 - enucleazioni delle cisti;
 - marsupializzazione.
- Interventi per fistole pancreatiche.
- Interventi demolitivi del pancreas:
 - totale o della testa;
 - della coda.
- Splenectomia.
- Anastomosi porta-cava e spleno-renale.
- Anastomosi mesenterica-cava.
- Trapianto del pancreas.

VASI

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio- cefalico, iliache.
- Interventi per stenosi od ostruzione della carotide extracranica o succlavia o arteria anonima.
- Disostruzione by-pass aorta addominale.

- Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca.
- Resezione arteriosa con plastica vasale.
- Operazione sull'aorta toracica e sull'aorta addominale.

PEDIATRIA

- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumectomy).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia dell'esofago.
- Fistola dell'esofago.
- Atresia dell'ano semplice – abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto vulvare – abbassamento addomino perineale.
- Eteratoma sacro coccigeo.
- Megauretere:
 - resezione con reimpianto;
 - resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Megacolon – operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Fistole e cisti del canale onfalo mesenterico con resezione intestinale.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomy.
- Artroprotesi di anca.
- Protesi di femore.
- Artroprotesi di ginocchio.

- Artroprotesi di gomito.
- Protesi di Thompson.
- Protesi di spalla e gomito.
- Protesi di polso.
- Protesi di ginocchio.
- Vertebrotomia.

UROLOGIA

- Intervento per fistola vescico-rettale.
- Cistectomia totale con ureterosigmoidostomia.
- Ileocisto plastica – colecisto plastica.
- Cistectomia totale
- Intervento per fistola vescico-intestinale.
- Intervento per estrofia della vescica.
- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefrourectomia totale.
- Trapianto del rene.

APPARATO GENITALE

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia.
- Intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria.
- Creazione operatoria di vagina artificiale (da sigma).
- Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi.
- Creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico.
- Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale.
- Cura chirurgica di fistola ureterale.

- Cura chirurgica di fistola retto-vaginale.
- Metroplastica.
- Pannistectomy radicale per via addominale.
- Pannistectomy radicale per via vaginale.
- Eviscerazione pelvica.
- Vulvectomy totale.

OCULISTICA

- Iridocicloretrazione.
- Trabeculectomia.
- Trapianto della cornea.

OTORINOLARINGOIATRIA

- Chirurgia della sordità otosclerotica.
- Timpanoplastica.
- Chirurgia endoauricolare della vertigine.
- Chirurgia translabyrinthica della vertigine.
- Decompressione del nervo facciale.
- Decompressione del nervo facciale con innesto o rafia.
- Resezione del nervo petroso superficiale.

LARINGE

- Laringectomy orizzontale sopraglottica.
- Laringectomy parziale verticale.
- Laringectomy totale.
- Faringolaringectomy.

F.I.S.A.

FONDO INTEGRATIVO SANITARIO AGRICOLO

00161 Roma - Via G.B. Morgagni, 33

Tel. 06/47824858(1)

info@fondofisa.it - fondofisa@pec.it