



# MINI GUIDA

ALLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA  
SANITARIA INTEGRATIVA

*Le prestazioni del piano sanitario  
sono garantite da:*

**Allianz** 

FASG&P è il Fondo che fornisce prestazioni di assistenza sanitaria integrative al Servizio Sanitario Nazionale per i lavoratori, e i loro familiari, del settore gomma, cavi elettrici e affini, e delle materie plastiche.

## CHI PUÒ ADERIRE A FASG&P

Gli operai, gli impiegati, i quadri e i lavoratori con qualifiche speciali con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato di durata non inferiore a 12 mesi, e con contratto di apprendistato del settore della Gomma Cavi Elettrici e Affini e delle Materie Plastiche, a condizione che abbiano superato il periodo di prova.

Il lavoratore può richiedere l'adesione anche per i figli conviventi fino al compimento del 26imo anno di età, il coniuge e il convivente se, al momento della presentazione della domanda, vive con lui da almeno un anno.

È possibile scegliere tra due opzioni:

«Nucleo 1» che prevede il lavoratore e un solo membro a scelta

«Nucleo 2» che prevede il lavoratore e l'intero nucleo.

## COME ADERIRE A FASG&P

1 - scaricare il modulo di adesione dal sito [www.fasgep.it](http://www.fasgep.it)

2 - stampare, compilare e consegnare il modulo alla propria azienda **entro il giorno 15 dell'ultimo mese del trimestre**. Analogamente può essere scaricato e compilato il modulo di iscrizione del proprio nucleo familiare.

## DATE EFFETTO ADESIONE A FASG&P

	Compilazione e presentazione modulo adesione da consegnare in azienda	Trimestre di iscrizione con carenza (periodo in cui iniziano le trattenute sulla busta paga. Non si possono ancora effettuare le prestazioni sanitarie)	Inizio copertura assicurativa (mese dal quale decorrono tutte le prestazioni sanitarie del Fondo FasG&P)
1° trimestre	1 ott. – 15 dic.	1 gen. – 31 mar.	1 aprile
2° trimestre	1 gen. – 15 mar.	1 apr. – 30 giu.	1 luglio
3° trimestre	1 apr. – 15 giu.	1 lug. – 30 set.	1 ottobre
4° trimestre	1 lug. – 15 set.	1 ott. – 31 dic.	1 gennaio

## ADEMPIMENTI FASG&P

Contribuzione per ciascun lavoratore iscritto	contributo paritetico "una tantum" di € 2,50 contributo paritetico associativo mensile di € 8,00
Contribuzione per ciascun lavoratore + «Nucleo 1»	contributo paritetico "una tantum" di € 2,50 contributo paritetico associativo mensile di € 8,00 + contributo € 16,00 per il nucleo a carico del lavoratore
Contribuzione per ciascun lavoratore + «Nucleo 2»	contributo paritetico "una tantum" di € 2,50 contributo paritetico associativo mensile di € 8,00 + contributo € 24,00 per il nucleo a carico del lavoratore



# COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

## STRUTTURE CONVENZIONATE

Il piano sanitario prevede per gli iscritti al Fondo FASG&P l'accesso alle prestazioni attraverso le strutture sanitarie convenzionate da SAS, partner di Allianz.

L'utilizzo delle strutture convenzionate, oltre a garantire elevati standard in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità, ti offre tanti vantaggi:

- non devi anticipare alcun importo (ad eccezione di quanto previsto dalle singole coperture) perché il pagamento delle prestazioni avviene direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso Allianz, alla struttura convenzionata
- riduci al minimo i tempi di attesa tra la richiesta e la prestazione.

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è disponibile su [www.fasgep.it](http://www.fasgep.it), nell'Area riservata del sito [www.soluzioniassicurativesanitarie.it](http://www.soluzioniassicurativesanitarie.it), consultando l'app **SaniSAS** o telefonando alla Centrale Operativa.

In caso di necessità di un ricovero o per prenotare una visita, un esame o un trattamento fisioterapico, puoi chiamare direttamente la struttura convenzionata, **specificando in modo chiaro che sei iscritto al Fondo FASG&P e assistito SAS Allianz**. In alternativa, puoi accedere alla sezione "Elenco prenotazioni" presente nell'Area riservata del sito [www.soluzioniassicurativesanitarie.it](http://www.soluzioniassicurativesanitarie.it) o utilizzare l'app **SaniSAS**. Inoltre, puoi chiamare il numero verde.

All'accettazione, dovrai presentare alla struttura convenzionata un documento di identità e la prescrizione del medico curante, contenente la diagnosi accertata o presunta e le prestazioni richieste. Infine, per eventuali necessità di modifica o cancellazione dell'appuntamento, puoi inviare una e-mail al seguente indirizzo: [prenotazioni@soluzioniassicurativesanitarie.it](mailto:prenotazioni@soluzioniassicurativesanitarie.it)

## PRESTAZIONI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE

Solo per gli iscritti domiciliati o residenti in una provincia priva di strutture convenzionate, è possibile avvalersi di strutture sanitarie non convenzionate, richiedendo il rimborso della prestazione.

## PRESTAZIONI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il Piano sanitario prevede anche la possibilità di avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o delle strutture private accreditate dal S.S.N. In questi casi, è previsto solo il rimborso del ticket.

### Come richiedere il rimborso:

tramite l'app **SaniSAS** oppure all'interno dell'Area riservata del sito [www.soluzioniassicurativesanitarie.it](http://www.soluzioniassicurativesanitarie.it). Se non puoi accedere all'Area riservata o all'app, invia copia della documentazione medica e di spesa a Soluzioni Assicurative Sanitarie Srl – Rimborsi Clienti – Viale Parioli 72 – 00197 ROMA.



# LE PRESTAZIONI DI FASG&P

## **RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO**

**RICOVERO:** riconosce le spese sostenute nei 90 giorni prima e nei 90 giorni dopo il ricovero, per l'intervento chirurgico, la retta di degenza, l'accompagnatore, l'assistenza medica, i medicinali e le cure. L'elenco completo degli interventi chirurgici e la somma annua a disposizione per ciascun intervento è consultabile sulla *Guida al piano sanitario* su [www.fasgep.it](http://www.fasgep.it).

**INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERO:** se l'assicurato non richiede alcun rimborso, avrà diritto a un'indennità di **€ 145** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **10** giorni per ogni ricovero.

**DIARIA DA CONVALESCENZA PER RICOVERO:** se la convalescenza viene prescritta dalla struttura sanitaria al momento delle dimissioni e risulta nella cartella clinica, riconosce una somma di **€ 50** al giorno per un periodo non superiore a **10** giorni per ogni anno assicurativo e per nucleo familiare.

**INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO MEDICO O PER INTERVENTO CHIRURGICO NON COMPRESO NEL PIANO SANITARIO** (incluso il parto naturale o cesareo e l'aborto terapeutico o spontaneo): a partire dal 6° giorno di ricovero, prevede un'indennità di **€ 50** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **30** giorni per ogni ricovero.

**LIMITE ANNUO PER LE TRE INDENNITÀ GIORNALIERE:** fino a un massimo di **€ 10.000** per nucleo familiare.

**OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE:** riconosce le spese per servizi di ospedalizzazione domiciliare, assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica effettuate nelle strutture convenzionate nei **120** giorni successivi alla data delle dimissioni, a seguito di un ricovero per intervento chirurgico compreso nel Piano sanitario.  
**LIMITE ANNUO: €10.000** per persona.

## **ALTA SPECIALIZZAZIONE**

**COSA PREVEDE:** riconosce le spese per una serie di prestazioni diagnostiche e terapeutiche di alta specializzazione extra ricovero (come la TAC, la mammografia, la RMN),  
**LIMITE ANNUO: € 4.000** per persona.

**SCOPERTI:** restano a carico dell'assicurato **€ 25** per ogni accertamento o ciclo di terapia.

Per l'elenco dettagliato consulta la *Guida al piano sanitario* su [www.fasgep.it](http://www.fasgep.it).

## **VISITE SPECIALISTICHE**

**COSA PREVEDE:** riconosce le spese per tutte le visite specialistiche conseguenti a malattia o infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

**LIMITE ANNUO: € 500** per persona.

**SCOPERTI:** Restano a carico dell'assicurato **€ 25** per ogni visita specialistica.

## **TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI**

**COSA PREVEDE:** riconosce le spese per trattamenti fisioterapici riabilitativi, compresa la fisiokinesiterapia e l'agopuntura, a seguito di malattia o infortunio, purché prescritti dal medico.

**LIMITE ANNUO: € 100** per persona.

**SCOPERTI:** Restano a carico dell'assicurato **€ 25** per ogni ciclo di terapia.

## **RIMBORSO TICKET PER ALTA SPECIALIZZAZIONE, VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TRATTAMENTI FISIOTERAPICI**

**COSA PREVEDE:** rimborsa integralmente i ticket per alta specializzazione, visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici.

**LIMITE ANNUO: € 1.000** per persona.

## **ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**

**COSA PREVEDE:** Riconosce le spese per accertamenti diagnostici a seguito di malattia o infortunio, ad esclusione di quelli odontoiatrici ed ortodontici.

**LIMITE ANNUO: € 300** per persona.

**SCOPERTI:** restano a carico dell'assicurato **€ 25** per ogni accertamento diagnostico.

## **CURE ONCOLOGICHE**

**COSA PREVEDE:** riconosce le spese per chemioterapia e terapie radianti. Sono inoltre comprese le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici e le terapie farmacologiche, effettuate sia durante il ricovero sia in day hospital, che in regime di extra ricovero.

**LIMITE ANNUO: € 2.000** per persona.

**SCOPERTI:** nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate, le spese sostenute vengono rimborsate all'80%, in caso di utilizzo di strutture convenzionate, nessun importo è a carico dell'assicurato. In caso di utilizzo del SSN vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari.

## **PROTESI ORTOPEDICHE E APPARECCHI ACUSTICI**

**COSA PREVEDE:** il rimborso delle spese per l'acquisto di

protesi ortopediche e acustiche.

**LIMITE ANNUO: € 2.000** per persona.

**SCOPERTO:** resta a carico dell'assicurato uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di € 100 per fattura/persona.

### **LENTI**

**COSA PREVEDE:** il rimborso delle spese per l'acquisto di lenti correttive di occhiali e lenti a contatto. In caso di acquisto di occhiali la relativa fattura dovrà riportare distintamente l'importo delle lenti e quello della montatura.

**LIMITE ANNUO: € 75** per nucleo familiare. È necessaria la prescrizione dell'oculista o la certificazione dell'ottico attestante la variazione del visus.

### **ODONTOIATRIA/ORTODONZIA**

**COSA PREVEDE:** paga le spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative, comprese le visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale.

**LIMITE ANNUO:**

- € 250 per lavoratore iscritto
- € 300 per nucleo 1 (lavoratore iscritto + 1 componente)
- € 350 per nucleo 2 (lavoratore iscritto + 2 o più componenti).

**SCOPERTO:** resta a carico dell'assicurato uno scoperto del 20% per fattura/persona. In caso di utilizzo di strutture del SSN vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari.

### **CURE DENTARIE DA INFORTUNIO**

**COSA PREVEDE:** paga le spese per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio, solo in presenza del referto del pronto soccorso.

**LIMITE ANNUO: € 1.000** per nucleo familiare.

**SCOPERTO:** resta a carico dell'assicurato uno scoperto del 20% per fattura/persona. In caso di utilizzo di strutture del SSN vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari.

### **INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI**

**COSA PREVEDE:** paga le spese per gli interventi chirurgici, compresi i costi relativi all'equipe operatoria, l'assistenza medica, i medicinali, le cure e le rette di degenza.

**LIMITE ANNUO: € 3.000** per nucleo familiare.

**SCOPERTO:** resta a carico dell'assicurato uno scoperto del 20% per fattura/persona. In caso di utilizzo di strutture del SSN vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari. L'elenco completo degli interventi chirurgici è consultabile sulla *Guida al piano sanitario* su [www.fasgep.it](http://www.fasgep.it).

### **NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/ PERMANENTE**

*(per assicurati di età minima di 18 anni)*

**COSA PREVEDE:** in caso di non autosufficienza permanente dell'assicurato, il Piano sanitario garantisce, attraverso le strutture sanitarie convenzionate, l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali e, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute.

**LIMITE MENSILE: € 300** per massimo 12 mesi.

### **NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA**

*(per assicurati di età minima di 18 anni)*

**COSA PREVEDE:** in caso di non autosufficienza temporanea dell'assicurato, il piano sanitario garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma mensile a disposizione.

**LIMITE MENSILE: € 300** per massimo 12 mesi.

### **PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI**

**COSA PREVEDE:** copre le spese per una serie di prestazioni di prevenzione da effettuare in un'unica soluzione, una volta all'anno, presso le strutture sanitarie convenzionate. Sono incluse, ad esempio, prestazioni di prevenzione cardiovascolare (glicemia, colesterolo, trigliceridi, esame urine, elettrocardiogramma, ecc...) e di prevenzione oncologica (ecotomografia addome, ricerca sangue occulto, mammografia e Pap test per le donne, PSA per gli uomini). L'elenco completo delle prestazioni di prevenzione è consultabile sulla *Guida al Piano Sanitario* sul sito [www.fasgep.it](http://www.fasgep.it).

### **SERVIZI DI ASSISTENZA E CONSULENZA**

**COSA PREVEDE:** il Piano garantisce una serie di servizi forniti dalla Centrale Operativa di AWP P&C S.A. telefonando al numero verde indicato tutti i giorni dell'anno h24: pareri medici immediati, informazioni sanitarie telefoniche, invio di un medico, invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio, collaboratrice domestica, invio di medicinali a domicilio, rientro dal ricovero di primo soccorso, trasporto in autoambulanza, spesa a domicilio, parere medico.

### **PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE**

Nei casi in cui la prestazione non sia prevista dal piano è comunque possibile avvalersi delle strutture convenzionate beneficiando delle tariffe riservate agli **iscritti al Fondo FASG&P e assistiti Allianz SAS**.



Foro Buonaparte, 59  
20121 Milano  
info@fasgep.it  
Tel. 02 45377180

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

PER PRENOTARE PRESSO UNA STRUTTURA CONVENZIONATA,  
RICHIEDERE IL RIMBORSO DELLA PRESTAZIONE O OTTENERE  
MAGGIORI INFORMAZIONI VAI SU:

⊕ [www.soluzioniassicurativesanitarie.it](http://www.soluzioniassicurativesanitarie.it)

⊕ Scarica l'app SaniSAS.  
Per chiedere i rimborsi basta una foto.



⊕ Oppure **contatta** preventivamente il **Numero Verde**

Numero verde  
**800-223355**

dall'estero: prefisso per l'Italia + **39 02 890 40 744**  
orari: 8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

