EDIZIONE AGGIORNATA **OTTOBRE 2026**

Guida
PIANO SANITARIO

2026
2027

Le prestazioni del piano sanitario sono garantite da:

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

fasG&P
FONDO SANITARIO
GOMMA PLASTICA
CAVI ELETTRICI

Per tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario
diverse da ricovero vai su:
www.unisalute.it
24h su 24, 365 giorni l'anno

Per tutte le prestazioni dell'area ricovero contatta preventivamente il
Numero Verde
800-016637

dall'estero: prefisso per l'Italia
+ 051.63.89.046

orari:
8.30 - 19.30 dal lunedì al venerdì

I servizi UniSalute sempre con te!
Scarica gratis l'app UniSalute
da App Store e Play Store.

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

CONTATTI FasG&P
Foro Buonaparte, 59 - 20121, Milano
info@fasgep.it - Tel. 02 45377180
www.fasgep.it

FasG&P
FONDO SANITARIO
GOMMA PLASTICA
CAVI ELETTRICI

INDICE

1. BENVENUTO 6
2. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA 6
3. CONTRIBUTI (COSTO DEI PIANI) 7
4. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO 8

PIANO BASE

4.1 Rimborso ticket SSN 8
4.2 Accertamenti diagnostici 8
4.3 Visite specialistiche 9
4.4 Alta specializzazione 10
4.5 Odontoiatria/Ortodonzia 11
4.6 Prestazioni di implantologia 12
4.6.1 Applicazione di quattro o più impianti 12
4.6.2 Applicazione di tre impianti 13
4.7 Altre prestazioni odontoiatriche 13
4.7.1 Cure dentarie da infortunio 13
4.7.2 Interventi chirurgici odontoiatrici 14
4.8 Lenti 15
4.9 Prestazioni diagnostiche particolari (Pacchetto Prevenzione) 16
4.10 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, intendendo per tali quelli elencati nell'allegato "Elenco interventi chirurgici" 17
4.10.1 Farmaci post ricovero in istituto di cura reso necessario da intervento chirurgico ricompreso nell'allegato "Elenco interventi chirurgici" 18
4.10.2 Neonati 18
4.10.3 Ospedalizzazione domiciliare per intervento chirurgico intendendo per tali quelli elencati nell'allegato "elenco interventi chirurgici" 18
4.10.4 Indennità sostitutiva per ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, intendendo per tali quelli elencati nell'allegato "Elenco interventi chirurgici" 19
4.10.5 Diaria da convalescenza per ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, intendendo per tali quelli elencati nell'allegato "Elenco interventi chirurgici" 19
4.10.6 Indennità giornaliera per ricovero medico e per ricovero con intervento chirurgico non compreso tra quelli elencati nell'allegato "Elenco interventi chirurgici" 19
4.11 Trattamenti fisioterapici riabilitativi 20
4.11.1 Trattamenti fisioterapici riabilitativi per patologie particolari 21
4.12 Pacchetto maternità 22
4.13 Stati di non autosufficienza temporanea per iscritti con età minima 18 anni 22
4.13.1 Oggetto della copertura 22
4.13.2 Condizioni di associabilità 23

4.13.3 Limite di spesa mensile garantito ... 23
4.13.4 Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea ... 23
4.13.5 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza temporanea ... 23
4.13.6 Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi di assistenza ... 25
4.13.7 Erogazione diretta della prestazione di assistenza ... 25
4.13.8 Richiesta di rimborso spese ... 25
4.13.9 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza ... 26

4.14 Stati di non autosufficienza consolidata/permanente-protezione completa per iscritti con età minima 18 anni ... 26
4.14.1 Oggetto della copertura ... 26
4.14.2 Condizioni di associabilità ... 27
4.14.3 Limite di spesa mensile garantito ... 27
4.14.4 Termine per l'indennizzo ... 27
4.14.5 Definizione dello stato di non autosufficienza permanente ... 27
4.14.6 Piano assistenziale individualizzato (PAI) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate/rimborso spese in caso di permanenza in RSA ... 28
4.14.7 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente ... 31
4.14.8 Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi ... 32
4.14.9 Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socioassistenziali ... 33
4.14.10 Richiesta di rimborso spese a seguito di permanenza in RSA ... 33
4.14.11 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza ... 33

4.15 Grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro o da gravi patologie (solo per l'iscritto) ... 34

4.16 Riabilitazione a seguito di autismo, dislessia e sindrome di Down (garanzia valevole fino a 26 anni) ... 34

4.17 Protesi ortopediche e apparecchi acustici ... 35

4.18 Cure oncologiche ... 35

4.19 Cure termali ... 36

4.20 Spese di viaggio e pernottamento dei genitori in caso di malattia genetica ... 36

4.21 Servizio monitor Salute ... 37
4.21.1 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche ... 37

PIANO PLUS

4.1P Alta specializzazione ... 38

4.2P Prestazioni di implantologia per uno o due impianti ... 40

4.3P Prestazioni di implantologia ... 40
4.3.1 Applicazione di quattro o più impianti ... 40
4.3.2 Applicazione di tre impianti ... 41

4.4P Prevenzione cardiologica ... 41

4.5P Pacchetto maternità ... 41

4.6P Stati di non autosufficienza consolidata/permanente per iscritti con età minima 18 anni ... 43

4.7P Critical Illness ... 43

4.8P Procreazione medicalmente assistita ... 44

4.9P Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche ... 44

4.10P Sindrome metabolica ... 45

5. ALTRI SERVIZI 46
5.1 Prestazioni a tariffe agevolate 46
5.2 Servizi di assistenza e consulenza PIANO BASE e PIANO PLUS 46
6. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO 49
7. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI 50
7.1 Decorrenza e durata del Piano 50
7.2 Inclusioni/Esclusioni 50
7.3 Validità territoriale 53
7.4 Limiti d'età 53
7.5 Informativa "home insurance" - indicazioni per l'accesso all'area riservata ai sensi del regolamento IVASS 41/2018 53
7.6 Informazioni sull'impresa di assicurazione 53

All'interno della guida sono presenti loghi che consentono di individuare con immediatezza determinate condizioni applicate ad alcune prestazioni.

PIANO BASE



Rimborso senza autorizzazione



Massimale per nucleo familiare.



Pagamento diretto al centro convenzionato con autorizzazione preventiva (eventualmente con quota a carico dell'iscritto – cd franchigia).



Massimale per persona.



Deroga per utilizzo con centri non convenzionati, con autorizzazione preventiva, in caso di **residenza a oltre 20km** dal più vicino centro convenzionato.

PIANO PLUS



Prestazione specifica Plus



Incremento massimale (Plus)

1. BENVENUTO

La "Guida al Piano Sanitario" contiene le informazioni relative a chi ha diritto ad utilizzare le prestazioni del fondo sanitario FasG&P, alle combinazioni offerte e alle tipologie di prestazioni disponibili corredate dalla disponibilità annua (massimale), dalle strutture sanitarie utilizzabili e da avvertenze pratiche di cui tenere conto.
I servizi sono prestati dalla compagnia assicurativa UniSalute: sono a disposizione del lavoratore iscritto, per usufruire delle prestazioni sanitarie, un'area riservata nel sito **www.unisalute.it**, un'app (Unisalute UP) e gli operatori della Centrale Operativa al **numero verde 800-016637**.
Le istruzioni operative sull'uso del Fondo, tra cui come prenotare le prestazioni, chiedere i rimborsi e registrare i nominativi dei familiari, sono riportate nella **"Guida – Manuale operativo"** sempre disponibile sul sito **www.fasgep.it**.

2. PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano Sanitario è prestato a favore dei lavoratori cui si applica il CCNL vigente per gli addetti all'industria della gomma, cavi elettrici ed affini e all'industria delle materie plastiche intesi come:

- lavoratori operai, qualifiche speciali, impiegati e quadri, non in prova, con rapporto a tempo indeterminato cui si applica il CCNL vigente, purché non già aderenti ad altra forma di assistenza sanitaria integrativa istituita a livello aziendale (fondo, cassa o polizza associativa);
- lavoratori non in prova con contratto di apprendistato e con contratto a tempo determinato di durata non inferiore a 12 mesi; cui si applica il CCNL vigente, purché non già aderenti ad altra forma di assistenza sanitaria integrativa istituita a livello aziendale (fondo, cassa o polizza associativa);
- lavoratori provenienti da aziende in cui alla data del 1° gennaio 2023 operi già una forma di assistenza sanitaria integrativa e che, in conformità a quanto previsto dallo Statuto del Fondo, abbiano definito un accordo o un Regolamento di confluenza totale o parziale nel Fondo;
- dipendenti delle Organizzazioni firmatarie del vigente CCNL per gli addetti all'industria della gomma, cavi elettrici ed affini e all'industria delle materie plastiche.

Tutte le categorie sopraindicate sono denominate in seguito "iscritto/iscritti".

La copertura del Piano Base può essere estesa ai seguenti destinatari non iscritti al Fondo:

- con versamento del relativo contributo a carico del lavoratore - ai componenti del nucleo familiare del lavoratore stesso, inteso come coniuge o convivente (se, al momento della presentazione della richiesta di adesione, convive da almeno un anno con l'Assicurato iscritto), **i figli fino al compimento del 26esimo anno di età, che non percepiscano un reddito superiore alla soglia fiscalmente prevista secondo le vigenti disposizioni di legge, indicate anche nel manuale operativo del Fondo**;
- a titolo gratuito - ai figli invalidi con percentuale d'invalidità uguale o superiore al 66% senza limite di età, i quali potranno usufruire di tutte le coperture previste dal piano sanitario (se minorenne, è sufficiente il riconoscimento della Legge 104 per il genitore iscritto). I figli invalidi dovranno essere registrati in autonomia nell'area riservata FasG&P;
- a titolo gratuito - ai figli affetti da Autismo, Dislessia o Sindrome di Down (solo ed esclusivamente per l'utilizzo della copertura "Riabilitazione a seguito di autismo, dislessia o sindrome di down - valevole per i ragazzi fino a 26 anni)". La garanzia viene attivata previo invio del modulo specifico al Fondo.

Definizione di Piano Nucleo familiare:
NUCLEO 1 (Lavoratore e un solo componente del nucleo familiare)
NUCLEO 2 (Lavoratore e 2 o più componenti del nucleo familiare)

3. CONTRIBUTI (COSTO DEI PIANI)

I contributi mensili per il complesso delle prestazioni per i piani aggiuntivi corrispondono ai seguenti importi:

PIANO SANITARIO	CONTRIBUTO MENSILE A CARICO DEL LAVORATORE
PLUS (solo per il lavoratore)	**€ 7,00**
NUCLEO 1 per un solo componente del proprio nucleo familiare	**€ 15,00**
NUCLEO 2 per due o più componenti del proprio nucleo familiare	€ **22,00**

Ricordando che è possibile l'iscrizione anche del nucleo familiare come sopra indicato, per tutto ciò che riguarda le modalità di adesione, occorre fare riferimento al Regolamento e al Manuale Operativo del Fondo FasG&P presente sul sito www.fasgep.it.

4. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto dopo la data di effetto del Piano stesso per le prestazioni descritte in questa Guida.

PIANO BASE

COPERTURA VALIDA PER IL LAVORATORE E PER I FAMILIARI ISCRITTI

4.1 RIMBORSO TICKET PER PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE, VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

Il Piano sanitario, nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, per le prestazioni previste ai punti "Alta specializzazione", "Visite specialistiche", "Accertamenti diagnostici" e "Trattamenti fisioterapici riabilitativi", rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Iscritto.
Si intendono compresi anche i ticket emessi dal Pronto Soccorso e di **garanzie non previste dal Piano Sanitario** (con l'esclusione dei farmaci).

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 1.000,00 per Iscritto.

4.2 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 25,00 per accertamento diagnostico**, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Rimborso | **Massimale** per nucleo familiare | **Massimale** per persona | **Pagamento diretto** | **Residenza a oltre 20km**

• **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate**

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui **l'Iscritto fosse residente/domiciliato a una distanza superiore ai 20 km rispetto alla struttura sanitaria convenzionata con UniSalute più vicina alla residenza/domicilio stesso**.

Per usufruire della prestazione richiesta l'Iscritto potrà recarsi, previo contatto telefonico con la Centrale Operativa e per effettuare solo tale prestazione, presso una struttura sanitaria non convenzionata rientrante nella propria provincia di residenza/domicilio. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di **€ 25,00 per ogni accertamento diagnostico**.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 300,00 per Iscritto.

4.3 VISITE SPECIALISTICHE

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche 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 copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia. I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

• **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 25,00** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

• **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate**

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui **l'Iscritto fosse residente/domiciliato a una distanza superiore ai 20 km rispetto alla struttura sanitaria convenzionata con UniSalute più vicina alla residenza/domicilio stesso**.

Per usufruire della prestazione richiesta l'Iscritto potrà recarsi, previo contatto telefonico con la Centrale Operativa e per effettuare solo tale prestazione, presso una struttura sanitaria non convenzionata rientrante nella propria provincia di residenza/domicilio. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di **€ 25,00 per ogni visita specialistica**.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 500,00 per Iscritto.

4.4 ALTA SPECIALIZZAZIONE

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ercp)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistolografia
- 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
- Wirsunggrafia
- 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

Rimborso | **Massimale** per nucleo familiare | **Massimale** per persona | **Pagamento diretto** | **Residenza a oltre 20km**

Endoscopie:
- Pan colonscopia
- Esofagogastroduodenoscopia

si intendono in copertura le prestazioni endoscopiche sia a scopo diagnostico che terapeutico operativo, rientrano pertanto in tale garanzia eventuali asportazioni (per esempio biopsia, polipectomie, ecc) se eseguite contestualmente all'accertamento endoscopico.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di € 25,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate**

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui **l'Iscritto fosse residente/domiciliato a una distanza superiore ai 20 km rispetto alla struttura sanitaria convenzionato da UniSalute per il Fondo FasG&P, più vicina alla residenza/domicilio stesso**.
Per usufruire della prestazione richiesta l'Iscritto potrà recarsi, previo contatto telefonico con la Centrale Operativa e per effettuare solo tale prestazione, presso una struttura sanitaria non convenzionata rientrante nella propria provincia di residenza/domicilio. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di **€ 25,00 per prestazione/ciclo di terapia**.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 4.000,00 per Iscritto.

4.5 ODONTOIATRIA/ORTODONZIA

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative.
Rientrano in copertura visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale anche non propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, nonché all'applicazione delle protesi o alle prestazioni ortodontiche.

Si specifica che all'interno della garanzia rientrano anche le prestazioni di Implantologia, intendendo:
- Uno o due impianti per l'iscritto (dai tre impianti in su, vedere la specifica garanzia "Prestazioni di implantologia").
- Senza limiti di numero di impianti per i familiari.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse, con l'applicazione di **un minimo non indennizzabile del 20%**, che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento dell'emissione della fattura. **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate.** L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è con-

sentito solo nel caso in cui **l'Iscritto fosse residente/domiciliato a una distanza superiore ai 20 km rispetto alla struttura sanitaria convenzionata con UniSalute più vicina alla residenza/domicilio stesso**.
Per usufruire della prestazione richiesta l'Iscritto potrà recarsi, previo contatto telefonico con la Centrale Operativa e per effettuare solo tale prestazione, presso una struttura sanitaria non convenzionata rientrante nel raggio di 20 km.
In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80% per fattura/persona**.

- **Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 250,00 in caso di copertura del solo lavoratore iscritto; di € 300,00 in caso di copertura del solo lavoratore iscritto con un solo componente del proprio nucleo familiare; di € 350,00 nel caso di copertura del solo lavoratore iscritto con due o più componenti del proprio nucleo familiare.

4.6 PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA (COPERTURA VALIDA SOLO PER L'ISCRITTO)

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni sottoindicate.

4.6.1 APPLICAZIONE DI QUATTRO O PIÙ IMPIANTI

Il Piano sanitario opera nel caso di applicazione di quattro o più impianti previsti dal medesimo piano di cura. Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio relativi ai quattro o più impianti.
La presente copertura viene prestata **solo in forma diretta**, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con Fondo FasG&P, per il tramite di UniSalute.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse, **senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia**.
Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il limite sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.
Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte le immagini radiografiche precedenti e successivi alla riabilitazione implantoprotesica.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 3.000,00 per Iscritto.

4.6.2 APPLICAZIONE DI TRE IMPIANTI

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio relativi ai tre impianti.
La presente copertura viene prestata **solo in forma diretta**, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con il Fondo FasG&P, per il tramite di UniSalute.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse, **senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia**.
Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il limite sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata. Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte le immagini radiografiche precedenti e successivi alla riabilitazione implantoprotesica.

È previsto un sotto limite annuo di € 1.500,00 nel caso di applicazione di tre impianti previsti dal medesimo piano di cura.

4.7 ALTRE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

4.7.1 CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

In deroga a quanto previsto al punto "Casi di non operatività del piano", Il Piano sanitario liquida all'Iscritto 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 di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse, con l'applicazione di un **minimo non indennizzabile del 20%**, che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate**

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui **l'Iscritto fosse residente/domiciliato a una distanza superiore ai 20 km rispetto alla struttura sanitaria convenzionata con UniSalute più vicina alla residenza/domicilio stesso**.
Per usufruire della prestazione richiesta l'Iscritto potrà recarsi, previo contatto telefonico con la Centrale Operativa e per effettuare solo tale prestazione, presso una struttura sanitaria non convenzionata rientrante nel raggio di 20 km.
In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80% per fattura/persona**.

- **Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 1.000,00 per nucleo familiare.

4.7.2 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI

Il Piano sanitario liquida le spese sostenute per:
- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso del cavo orale;
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella;
- cisti radicolari;
- cisti follicolari;
- adamantinoma;
- odontoma;
- asportazione di cisti mascellari;
- asportazione di epulide con resezione del bordo;
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.);
- ricostruzione del fornice (per emiarcata);
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico;
- rizotomia e rizectomia;
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare.

Solo nei casi sopraelencati è previsto il rimborso delle spese dell'intervento di implantologia dentale a completamento dell'intervento.
Per l'attivazione della copertura è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La documentazione medica necessaria per ottenere l'indennizzo consiste in:

radiografie e referti radiologici per:
- osteiti mascellari;
- iperostosi;
- osteomi;
- rizotomia e rizectomia;
- ascesso dentario da strumento endoodontico endocanalare;intervento per iperstosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.);

radiografie, referti radiologici e referti istologici per:
- odontoma;
- cisti follicolari/radicolari e/o asportazione di cisti mascellari;
- asportazione di epulide con resezione del bordo;
- adamantinoma;
- neoplasie ossee;

fotografia digitale post-intervento:
- ricostruzione del fornice (per emiarcata);
- ricostruzione del fornice con innesto.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse, con l'applicazione di un **minimo non indennizzabile del 20%**, che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate**

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui **l'Iscritto fosse residente/domiciliato a una distanza superiore ai 20 km rispetto alla struttura sanitaria convenzionata con UniSalute più vicina alla residenza/domicilio stesso**.
Per usufruire della prestazione richiesta l'Iscritto potrà recarsi, previo contatto telefonico con la Centrale Operativa e per effettuare solo tale prestazione, presso una struttura sanitaria non convenzionata rientrante nel raggio di 20 km.
In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80% per fattura/persona**.

- **Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Relativamente al regime ospedaliero si precisa che in questo caso, oltre ai costi dell'equipe operatoria, sono compresi i costi (nei limiti previsti dalle coperture sottoelencate) relativi a:
- **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 oltre agli impianti come sopraindicato.
- **Assistenza medica, medicinali, cure:** Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.
- **Rette di degenza:** Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 3.000,00 per nucleo familiare.

4.8 LENTI

Il Piano sanitario rimborsa all'Iscritto le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto. Per l'attivazione della copertura è necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus. In caso di acquisto di occhiali, la relativa fattura dovrà riportare distintamente l'importo delle lenti e quello della montatura.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 75,00 per nucleo familiare.

Rimborso | **Massimale** per nucleo familiare | **Massimale** per persona | **Pagamento diretto** | **Residenza a oltre 20km**

4.9 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (PACCHETTO PREVENZIONE)

Il piano sanitario consente di disporre di prestazioni diagnostiche di prevenzione articolate in diverse combinazioni (denominate **PREVENZIONE + nome specifico**), ciascuna delle quali può essere richiesta una volta all'anno. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.
Ciascuna combinazione può essere prenotata e usufruita, previa autorizzazione, in uno qualsiasi dei centri convenzionati che possono erogarla.

Le prestazioni previste per ciascuna combinazione dovranno essere eseguite preferibilmente in un'unica soluzione; qualora ciò non fosse possibile per motivate esigenze organizzative della struttura, l'erogazione potrà avvenire in più momenti, purché entro un arco temporale limitato.

Le combinazioni sono:

♀ DONNE

PREVENZIONE BASE
(Nome Visualizzato Area riservata:
Prev. esa. lab. Donne)

- ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (S) GPT
- ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (GOT) AST
- COLESTEROLO HDL
- COLESTEROLO TOTALE E COLESTEROLEMIA
- CREATININA (S/U/DU/LA)
- ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E MORFOLOGICO COMPLETO
- GAMMA GLUTAMMIL- TRANSPEPTIDASI (GAMMA-GT) (S/U)
- GLUCOSIO (S/P/U/DU/LA) - GLICEMIA
- PTT (TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE)
- TEMPO DI PROTROMBINA (TEMPO DI QUICK)
- TRIGLICERIDI
- UREA (S/P/U/DU) - AZOTEMIA
- URINE: ESAME CHIMICO, FISICO E MICROSCOPICO
- VELOCITÀ DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)
- FECI: RICERCA DEL SANGUE OCCULTO (HEMMOCULT)
- FOLLITROPINA (FSH) [S/U]

♂ UOMINI

PREVENZIONE BASE
(Nome Visualizzato Area riservata:
Prev. esa. lab. Uomini)

- ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (S) GPT
- ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (GOT) AST
- COLESTEROLO HDL
- COLESTEROLO TOTALE E COLESTEROLEMIA
- CREATININA (S/U/DU/LA)
- ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E MORFOLOGICO COMPLETO
- GAMMA GLUTAMMIL- TRANSPEPTIDASI (GAMMA-GT) (S/U)
- GLUCOSIO (S/P/U/DU/LA) - GLICEMIA
- PTT (TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE)
- TEMPO DI PROTROMBINA (TEMPO DI QUICK)
- TRIGLICERIDI
- UREA (S/P/U/DU) - AZOTEMIA
- URINE: ESAME CHIMICO, FISICO E MICROSCOPICO
- VELOCITÀ DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)
- FECI: RICERCA DEL SANGUE OCCULTO (HEMMOCULT)
- ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)

♀ DONNE

PREVENZIONE GINECOLOGICA
(Nome Visualizzato Area riservata:
PREV. GINECOLOGICA)

- ESAME COLPOCITOLOGICO CERVICO-VAGINALE (PAP-TEST)

PREVENZIONE SENOLOGICA
(Nome Visualizzato Area riservata:
Prevenz.donna SENOLOGICA)

A SCELTA TRA:
- ECOGRAFIA MAMMARIA, *oppure*
- MAMMOGRAFIA BILATERALE

♀ DONNE E ♂ UOMINI

PREVENZIONE ECOGRAFICA
(Nome Visualizzato Area riservata:
Ecografia Addominale)

- ECOGRAFIA ADDOMINALE: ECOTOMOGRAFIA ADDOME SUPERIORE E INFERIORE (4/5 ORGANI)

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE
(Nome Visualizzato Area riservata:
Prev. Cardiovascolare)

- ECG DI BASE

Rimborso | **Massimale** per nucleo familiare | **Massimale** per persona | **Pagamento diretto** | **Residenza a oltre 20km**

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro i limiti previsti.
Nel caso in cui l'Assicurato fosse residente/domiciliato a una distanza superiore ai 20 km rispetto alla struttura sanitaria convenzionata con la Società più vicina alla residenza/domicilio stesso, per usufruire della prestazione richiesta l'Assicurato potrà recarsi, previo contatto telefonico con la Centrale Operativa e per effettuare solo tale prestazione, presso una struttura sanitaria non convenzionata rientrante nella propria provincia di residenza/domicilio. Il rimborso in questo caso avverrà senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro i limiti previsti.

4.10 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO, INTENDENDO PER TALI QUELLI ELENCATI NELL'ALLEGATO "ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI"

L'elenco degli interventi chirurgici è disponibile sul sito www.fasgep.it nella sezione "Piano Sanitario"

Il limite di spesa annuo corrisponde a quello indicato ad ogni singolo intervento elencato al successivo punto "Elenco interventi chirurgici".
Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Qualora l'Iscritto venga ricoverato per un intervento chirurgico, intendendo per tale uno di quelli elencati al successivo punto "Elenco interventi chirurgici" può godere delle seguenti prestazioni:

PRE-RICOVERO	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
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.
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 copertura i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.
RETTA DI DEGENZA	Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.
ACCOMPAGNATORE	Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.
POST-RICOVERO	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella copertura nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, alle strutture convenzionate, all'interno del limite annuo previsto per singolo intervento di cui al successivo punto "Elenco interventi chirurgici", ad eccezione della copertura "Pre-ricovero" che prevede specifici limiti.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate**

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'**Iscritto fosse residente/domiciliato a una distanza superiore ai 20 km rispetto alla struttura sanitaria convenzionata con il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, più vicina alla residenza/domicilio stesso**.
Per usufruire della prestazione richiesta l'Iscritto potrà recarsi, previo contatto telefonico con la Centrale Operativa e per effettuare solo tale prestazione, presso una struttura sanitaria non convenzionata rientrante nella propria provincia di residenza/domicilio.
In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate alle stesse condizioni economiche previste nelle strutture convenzionate con il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, all'interno del limite annuo previsto per singolo intervento di cui al successivo punto "Elenco interventi chirurgici".

- **Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Piano sanitario rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ed esempio le spese per un'eventuale camera a pagamento) rimasti a carico dell'Iscritto.

4.10.1 FARMACI POST RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA RESO NECESSARIO DA INTERVENTO CHIRURGICO RICOMPRESO NELL'ALLEGATO "ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI"

A seguito di ricovero indennizzabile dal contratto ("Elenco interventi chirurgici") è previsto il rimborso dei farmaci di fascia A, C, inclusi medicinali omeopatici, se prescritti all'atto delle dimissioni e collegati alla patologia che ha determinato il ricovero stesso.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 150,00 per Iscritto.

4.10.2 NEONATI

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le spese per le prestazioni di cui ai punti:

- **"Ricovero in Istituto di cura" "Pre ricovero"**
- **"Intervento chirurgico"**
- **"Assistenza medica, medicinali, cure" "Retta di degenza" "Accompagnatore"**
- **"Post-ricovero"** nel limite annuo di **€ 10.000,00** per neonato sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.

4.10.3 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE PER INTERVENTO CHIRURGICO INTENDENDO PER TALI QUELLI ELENCATI NELL'ALLEGATO "ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI"

Il Piano Sanitario, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, per ricovero indennizzabile a termini di polizza ("Elenco interventi chirurgici"), e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, mette a disposizione tramite la propria

rete convenzionata, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica. UniSalute concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 10.000,00 per Iscritto.

4.10.4 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO, INTENDENDO PER TALI QUELLI ELENCATI NELL'ALLEGATO "ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI"

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso né per il ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse, ferma restando la possibilità del Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, di provvedere al pagamento delle spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero e/o ticket sanitari, avrà diritto a un'indennità di **€ 145,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **10** giorni per ogni ricovero. La prima giornata di ricovero e l'ultima sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione. Per ricovero si intende la degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria, il Day Hospital e il Day Surgery. Al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere l'importo di cui sopra per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

4.10.5 DIARIA DA CONVALESCENZA PER RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO, INTENDENDO PER TALI QUELLI ELENCATI NELL'ALLEGATO "ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI"

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico previsto dall'allegato "Elenco interventi chirurgici", alla presente polizza, indennizzabile a termini di polizza, il Piano Sanitario garantisce una diaria da convalescenza di **€ 50,00** al giorno per un massimo di **10** giorni per anno associativo e per nucleo familiare.
La convalescenza dev'essere prescritta all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura e deve risultare dalla cartella clinica.
Rimane inteso che la presente copertura è operante in modo aggiuntivo alle eventuali prestazioni erogate e/o indennizzate a seguito di ricovero con intervento chirurgico previsto all'"Elenco interventi chirurgici".
Nel caso di ricovero con intervento chirurgico indennizzabile dal Piano sanitario, viene garantita una diaria da convalescenza di **€ 50,00** al giorno per un massimo di **10** giorni per anno associativo e per nucleo familiare.
La convalescenza deve essere prescritta all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura e deve risultare dalla cartella clinica.
Rimane inteso che la presente diaria è operante in modo aggiuntivo alle eventuali coperture erogate e/o indennizzate a seguito di ricovero con intervento chirurgico di cui al successivo punto "Elenco interventi chirurgici".

4.10.6 INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO MEDICO E PER RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO NON COMPRESO TRA QUELLI ELENCATI NELL'ALLEGATO "ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI"

L'Iscritto, in caso di ricovero in istituto di cura per ricovero medico o per ricovero con intervento chirurgico non compreso tra quelli elencati al successivo punto "Elenco interventi chirurgici", avrà diritto a un'indennità di **€ 50,00** per ogni giorno di ricovero per un

periodo non superiore a **30** giorni per ogni ricovero. **L'indennità verrà erogata a partire dal 6° giorno di ricovero.**
La copertura viene erogata indipendentemente dal fatto che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata.
La presente indennità giornaliera si intende erogabile anche in caso di **parto naturale o cesareo** oppure in caso di **aborto terapeutico o spontaneo**.

N.B. Per gli interventi chirurgici elencati nell'allegato "elenco interventi chirurgici", per richiedere l'indennità sostitutiva del ricovero (par.4.10.4) o la diaria da convalescenza (par.4.10.5) è necessario presentare la cartella clinica. Per l'indennità giornaliera per ricovero per gli altri casi (par.4.10.6) dovrà essere fornita copia della lettera di dimissione, purché contenga informazioni cliniche e diagnostiche sufficientemente dettagliate da consentire una completa istruttoria del caso. In caso di necessità la Compagnia potrà richiedere, per la corretta definizione della pratica, di fornire la cartella clinica.

La disponibilità annua per l'insieme delle prestazioni "Indennità sostitutiva, diaria da convalescenza e indennità giornaliera" è di € 10.000,00 per nucleo familiare.

4.11 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, compresa anche la fisiokinesiterapia, a seguito di malattia o infortunio 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.
Sono escluse dalla copertura prestazioni quali linfodrenaggio, pressoterapia, shiatsu.
È prevista l'agopuntura effettuata anche a fini antalgici.
Non rientrano in copertura le prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse lasciando una quota a carico dell'Iscritto di € 25,00 per ogni ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante come sopra indicato.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate**

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui **l'Iscritto fosse residente/domiciliato a una distanza superiore ai 20 km rispetto alla struttura sanitaria convenzionata con UniSalute più vicina alla residenza/domicilio stesso.**

Per usufruire della prestazione richiesta l'Iscritto potrà recarsi, previo contatto telefonico con la Centrale Operativa e per effettuare solo tale prestazione, presso una struttura sanitaria non convenzionata rientrante nella propria provincia di residenza/domicilio. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di **€ 25,00 per ciclo di terapia**.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 100,00 per Iscritto.

4.11.1 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI CONSEGUENTI A PATOLOGIE PARTICOLARI

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di una delle patologie o interventi chirurgici di seguito elencati, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti dal 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.

Rientrano in copertura i trattamenti fisioterapici conseguenti a:
- Ictus
- Infarto
- Ernia del disco
- Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale
- Artroprotesi d'anca
- Protesi ginocchio
- Patologie polmonari

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 25,00 per ogni ciclo di terapia**, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante come sopra indicato.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate**

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'**Iscritto fosse residente/domiciliato a una distanza superiore ai 20 km rispetto alla struttura sanitaria convenzionata con UniSalute più vicina alla residenza/domicilio stesso**.
Per usufruire della prestazione richiesta l'Iscritto potrà recarsi, previo contatto telefonico con la Centrale Operativa e per effettuare solo tale prestazione, presso una struttura sanitaria non convenzionata rientrante nella propria provincia di residenza/domicilio. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di **€ 25,00 per fattura/persona**.

- **Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 200,00 per Iscritto.

4.12 PACCHETTO MATERNITÀ

Rientrano in copertura le seguenti prestazioni in stato di gravidanza:

- Ecografie di controllo, da fruirsi, a scelta dell'Iscritta, presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per il Fondo FasG&P oppure presso il Servizio Sanitario Nazionale;
- Amniocentesi, da fruirsi, a scelta dell'Iscritta, presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per il Fondo FasG&P oppure presso il Servizio Sanitario Nazionale;
- Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza, da fruirsi, a scelta dell'Iscritta, presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per il Fondo FasG&P oppure presso il Servizio Sanitario Nazionale;
- Visite specialistiche ginecologiche ed ostetriche di controllo sull'andamento della gravidanza, da fruirsi, a scelta dell'Iscritta, presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per il Fondo FasG&P oppure presso il Servizio Sanitario Nazionale;
- In caso di aborto avvenuto dopo il primo trimestre di gravidanza, rientra in copertura l'eventuale successivo trattamento psicoterapico che si renda necessario, fino ad un massimo di 15 sedute nei limiti del massimale annuo previsto. La copertura potrà essere attivata solo utilizzando terapeuti convenzionati con UniSalute per il Fondo FasG&P.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritta vengono liquidate direttamente dal Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

- **Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 300,00 per Iscritto.

4.13 STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA PER ISCRITTI CON ETÀ MINIMA 18 ANNI

4.13.1 OGGETTO DELLA COPERTURA

Il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita mensilmente all'Iscritto quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza".

4.13.2 CONDIZIONI DI ASSOCIABILITÀ

Ai fini dell'operatività della copertura, le persone iscritte non devono rientrare in una delle seguenti condizioni:

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 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. Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

4.13.3. LIMITE DI SPESA MENSILE GARANTITO

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a **€ 300,00** da corrispondersi per una durata massima di **12** mesi.

4.13.4 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA

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.

4.13.5 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'Iscritto, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà:

a) chiamare il **numero verde gratuito indicato a inizio guida** e recepire le informazioni

relative alla documentazione da produrre al Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, ai fini della valutazione medica finale;

b) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: Fondo FasG&P presso UniSalute S.p.A. - servizi di liquidazione – Via Larga, 8 - 40138 Bologna - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

Tale fascicolo deve contenere:

- il modulo di attivazione della copertura compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Iscritto, indicandone esordio e termine. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
- questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Iscritto;
- inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- qualora l'Iscritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare a Fondo FasG&P presso UniSalute tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, ha la facoltà di sottoporre l'Iscritto ad una o più visite medico legali.
Se lo stato di non autosufficienza è riconosciuto consolidato le coperture del Piano sanitario non si attivano.
Se non si sarà in grado di stabilire se lo stato di non autosufficienza sia consolidato o temporaneo, il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.
In risposta, il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Iscritto o un suo rappresentante.
Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente del malato. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.
Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Iscritto è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.
Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Iscritto è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.
Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Iscritto, dovrà essere inviata al Fondo FasG&P, presso UniSalute.

Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:
- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Iscritto sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza temporaneo dell'Iscritto.

Il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Iscritto da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni previste nella presente copertura, all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.
Il diritto dell'Iscritto al riconoscimento di quanto previsto dalla copertura, con le modalità di cui ai punti "Erogazione diretta delle prestazioni di assistenza" e "Richiesta di rimborso spese" decorre dal momento in cui il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione dello Stato di non autosufficienza temporaneo dell'Iscritto.

4.13.6 MODALITÀ DI RIMBORSO / RICHIESTA DI EROGAZIONE DI SERVIZI DI ASSISTENZA

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte del Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, secondo le condizioni del punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Iscritto che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma garantita - entro i limiti previsti al punto "Limite di spesa mensile garantito" - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi punti:
- erogazione diretta della prestazione di assistenza, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato;
- rimborso delle spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza (su presentazione di fatture, ricevute in originale o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro).

L'erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza dell'Iscritto.

4.13.7 EROGAZIONE DIRETTA DELLA PRESTAZIONE DI ASSISTENZA

Qualora l'Iscritto richieda l'attivazione del servizio di assistenza, anche domiciliare, avvalendosi quindi di strutture e/o di personale sanitario convenzionati da UniSalute per il Fondo FasG&P, la stessa provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate.
La struttura e/o il personale sanitario convenzionati non potranno comunque richiedere all'Iscritto né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle coperture del Piano sanitario, eccedenti il limite di spesa garantito o non autorizzate dal Fondo FasG&P, attraverso UniSalute.

4.13.8 RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: Fondo FasG&P presso UniSalute - Servizio Liquidazione - Via Larga, 8 – 40138 Bologna - dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:
- il modulo di attivazione della copertura compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Iscritto e la relativa data d'insorgenza. Dovrà, inoltre, precisare l'o-

rigine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
- questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Iscritto;
- inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- qualora l'Iscritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare al Fondo FasG&P presso UniSalute tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria. Nel caso in cui l'Iscritto sia assistito in modo continuativo da una badante, dovrà essere prodotta la documentazione idonea a comprovare l'esistenza del rapporto di lavoro.
Il pagamento di quanto spettante all'Iscritto viene effettuato su presentazione al Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Iscritto, a fronte di specifica richiesta da parte del Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.
Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

4.13.9 ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Iscritto, a controlli presso l'Iscritto e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Iscritto.
In caso di rifiuto da parte dell'Iscritto di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma garantita potrà essere sospeso dalla data della richiesta.

4.14 STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE-PROTEZIONE COMPLETA PER ISCRITTI CON ETÀ MINIMA 18 ANNI

4.14.1 OGGETTO DELLA COPERTURA

In deroga a quanto previsto al punto "Casi di non operatività del piano", Il Piano sanitario, nel limite di spesa mensile di cui al punto "Limite di spesa garantito", prevede attraverso la propria rete di strutture convenzionate l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali e, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute secondo quanto indicato nel successivo punto "Piano assistenziale individualizzato (PAI) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate/rimborso spese in caso di permanenza in RSA" al punto 4, sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza dell'Iscritto.

4.14.2 CONDIZIONI DI ASSOCIABILITÀ

All'effetto del Piano sanitario, ai fini dell'operatività della copertura, le persone iscritte devono rientrare nelle seguenti condizioni:

1. Non avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate:
   a) lavarsi;
   b) vestirsi e svestirsi;
   c) andare al bagno e usarlo;
   d) spostarsi;
   e) continenza;
   f) 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 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 essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

4.14.3 LIMITE DI SPESA MENSILE GARANTITO

Nel caso in cui l'Iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", il limite di spesa mensile garantito per il complesso delle coperture sottoindicate corrisponde a **€ 300,00** per la durata massima di **12** mesi.

4.14.4 TERMINE PER L'INDENNIZZO

Il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute riconoscerà l'indennizzo se l'Iscritto si troverà ancora in vita dopo 60 giorni dalla denuncia scritta alla Compagnia dello stato di non autosufficienza.

4.14.5 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA PERMANENTE

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.

Per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell'Iscritto nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo lo schema di seguito riportato.
L'insorgenza dello stato di non autosufficienza permanente viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti (per la definizione del punteggio si veda il seguente "Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza").

SCHEMA PER L'ACCERTAMENTO DELL'INSORGERE DI NON AUTOSUFFICIENZA	
ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA	**punteggio**
LAVARSI	
1° grado L'Iscritto è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente Autonomo.	**0**
2° grado L'Iscritto necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno.	**5**
3° grado L'Iscritto necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno.	**10**
VESTIRSI E SVESTIRSI	
1° grado L'Iscritto è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo	**0**
2° grado L'Iscritto necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi la parte superiore o la parte inferiore del corpo e/o per applicare/togliere una protesi.	**5**
3° grado L'Iscritto necessita sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo di assistenza per vestirsi e/o svestirsi e/o applicare/togliere una protesi.	**10**
ANDARE AL BAGNO E USARLO	
1°grado L'Iscritto è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3): (1) andare in bagno, (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi, (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno.	**0**
2° grado L'Iscritto necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3).	**5**
3° grado L'Iscritto necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3).	**10**
SPOSTARSI	
1° grado l'Iscritto è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi.	**0**
2° grado L'scritto è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore.	**5**
3° grado l'Iscritto è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi.	**10**
CONTINENZA	
1° grado L'Iscritto è completamente continente.	**0**
2° grado L'Iscritto presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno.	**5**
3° grado L'Iscritto è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia.	**10**
NUTRIRSI	
1° grado L'Iscritto è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti.	**0**
2° grado L'Iscritto necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: • sminuzzare/tagliare cibo • sbucciare la frutta • aprire un contenitore/una scatola • versare bevande nel bicchiere.	**5**
3° grado L'Iscritto non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	**10**

4.14.6 PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI) E PRESTAZIONI SANITARIE MEDICO ASSISTENZIALI FORNITE DA STRUTTURE CONVENZIONATE / RIMBORSO SPESE IN CASO DI PERMANENZA IN RSA

L'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Iscritto o l'Iscritto stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", dovrà telefonare alla Centrale Operativa (entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza), al numero verde **indicato a inizio guida** e fornire le informazioni richieste per potere fruire, nell'ambito del limite di spesa mensile previsto al punto "Limite di spesa mensile garantito" e previa valutazione del Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità ivi descritte. Il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, intervistando telefonica-

mente l'Iscritto, l'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Iscritto, valuterà la richiesta pervenuta ed effettuerà una prima valutazione del caso. In questa fase, qualora il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, valuti che vi siano i presupposti, potranno essere fornite dal Case Manager informazioni sui servizi sociosanitari erogati dalle strutture socioassistenziali e indicazioni sugli uffici deputati ad offrire assistenza a fronte di condizioni di non autosufficienza. Il Case Manager provvederà inoltre ad inviare all'Iscritto una guida orientativa per le agevolazioni socio/gestionali.
A seguito del contatto telefonico l'Iscritto, l'amministratore di sostegno o il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Iscritto, dovrà produrre la documentazione specificata al successivo punto "Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente da parte del Fondo FasG&P attraverso UniSalute". Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, si riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo stato di non autosufficienza, alla presenza anche del proprio Medico e del Case Manager.

1) Nel caso in cui il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, riconosca lo stato di non autosufficienza consolidato, all'Iscritto verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Iscritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Iscritto o dai familiari.
Qualora l'Iscritto nel limite di spesa mensile previsto di cui al punto "Limite di spesa mensile garantito", provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'Iscritto che nelle strutture stesse.
All'Iscritto verrà fornita una lettera con l'indicazione delle prestazioni che sono state concordate. In tale documento sarà indicato in modo analitico l'elenco delle prestazioni che resteranno a carico del Fondo FasG&P, quelle che verranno erogate con tariffe agevolate il cui costo rimarrà a carico dell'Iscritto e quelle eventualmente rifiutate dall'Iscritto. Questo documento dovrà essere firmato dall'Iscritto, dall'amministratore di sostegno o tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell'Iscritto, per accettazione del PAI.

Di seguito le prestazioni erogabili a seguito del processo sopra descritto:
- Assistenza fornita da infermiere – Operatore Socio-Sanitario – Assistente familiare;
- Badante;
- Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- Visite specialistiche;
- Accertamenti diagnostici;
- Trasporto in Ambulanza;
- Prestazioni erogate in regime di ricovero.

Il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, procederà con la prenotazione e autorizzazione delle suddette prestazioni, **esclusivamente in strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo FasG&P**, non prevedendo il rimborso di alcuna spesa sostenuta, ad eccezione di quanto previsto al successivo punto 4).
Il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Iscritto stesso e/o dalle strutture convenzionate utilizzate per l'erogazione delle sopra elencate prestazioni.

Qualora a seguito dell'esaurimento del limite di spesa mensile previsto, una prestazione rimanga a parziale o a totale carico dell'Iscritto, è possibile usufruire tramite condivisione con il Case Manager e la Centrale Operativa, della prenotazione delle prestazioni sanitarie/assistenziali e l'invio alle strutture, prescelte tra quelle facenti parte delle strutture convenzionate, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

2) Nel caso in cui il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, riconosca uno stato di non autosufficienza non ancora consolidato e suscettibile di miglioramento, il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali, se attivati, forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Iscritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Iscritto o dai familiari. Qualora l'Iscritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Iscritto, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte delle strutture convenzionate, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.
Il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Iscritto stesso e/o dalle strutture convenzionate utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste al precedente punto 1).
Il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, si riserva la facoltà di sottoporre l'Iscritto ad ulteriori visite mediche allo scopo di monitorare le condizioni cliniche dello stesso.
Nel caso in cui, successivamente, il consolidamento dello stato di salute dell'Iscritto comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate attraverso UniSalute, nel limite di spesa mensile previsto. Qualora invece le condizioni dell'Iscritto non rientrassero più nei parametri della non autosufficienza, tali prestazioni rimarranno a carico dell'Iscritto stesso.

3) Nel caso in cui UniSalute non riconosca lo stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all'Iscritto. Laddove il punteggio assegnato dal Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, al termine dell'istruttoria risultasse essere di almeno 30 punti, all'Iscritto verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24. Inoltre, il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Iscritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Iscritto o dai familiari. Qualora l'Iscritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Iscritto, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria Rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.
Si precisa che l'appuntamento potrà essere concordato direttamente tra l'Iscritto e la struttura stessa e successivamente comunicato ad UniSalute, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.

4. Qualora l'Iscritto sia "assistito" presso una RSA e pertanto non possa usufruire delle prestazioni previste al precedente punto 1), il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, provvederà a rimborsargli, nel limite di spesa previsto al punto "Limite di spesa mensile garantito", esclusivamente la retta mensile.

4.14.7 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/ PERMANENTE

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'Iscritto, il suo amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Iscritto, dovranno:

a) Chiamare il numero verde gratuito **indicato a inizio guida** e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre ai fini della valutazione medica finale e ai servizi socio/sanitari disponibili.

b) Produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: Fondo FasG&P presso UniSalute S.p.A. - servizi di liquidazione - via Larga, 8 - 40138 Bologna - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno. Tale fascicolo deve contenere:
   - il modulo di attivazione della copertura compilato e firmato;
   - il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
   - il certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell'Iscritto e la relativa data d'insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
   - il questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Iscritto.

Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito; Qualora l'Iscritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare al Fondo FasG&P, presso UniSalute, tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il tardivo o omesso contatto con la Centrale Operativa potrebbe comportare l'impossibilità per il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, di erogare il miglior servizio nell'ambito della propria rete convenzionata.
Il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite medico legali.
Nel caso in cui l'Iscritto sia riconosciuto in stato di non autosufficienza, ma la situazione non risulti consolidata, il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.
Il diritto dell'Iscritto al riconoscimento di quanto previsto dalla copertura decorre dal momento in cui il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Iscritto.
Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Iscritto è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Iscritto è ricoverato in lunga degenza, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria. Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Iscritto, dovrà essere inviata al Fondo FasG&P, presso UniSalute.

Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:
- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Iscritto sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'Iscritto;
- riscontrare uno stato di non autosufficienza suscettibile di miglioramento, rimandando la valutazione alla stabilizzazione delle condizioni di salute.

Il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Iscritto da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni previste dalla presente copertura all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.
Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato dal Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, quando il Piano sanitario sia ancora in vigore e:
- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l'aggravarsi dello stato di salute dell'Iscritto intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione.

Il diritto dell'Iscritto al riconoscimento di quanto previsto dal Piano sanitario, con le modalità di cui ai punti "Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali" e "Richiesta di rimborso spese a seguito di permanenza in RSA" decorre dal momento in cui il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Iscritto.

4.14.8 MODALITÀ DI RIMBORSO / RICHIESTA DI EROGAZIONE DI SERVIZI

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte del Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, secondo le condizioni del punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Iscritto che si trovi in Stato di non autosufficienza, oltre all'attivazione di un numero verde specifico attivo 24 ore su 24, anche a richiedere il rimborso spese sostenute in caso di permanenza in RSA o l'erogazione delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali per un valore corrispondente alla somma garantita - entro i limiti previsti al punto "Limite di spesa mensile garantito" - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi punti:
- erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socioassistenziali, per mezzo di strutture e/o personale convenzionato;
- rimborso della retta mensile in caso di permanenza in RSA.

4.14.9 EROGAZIONE DIRETTA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E/O SOCIOASSISTENZIALI

In caso di erogazione delle prestazioni, avvalendosi di strutture e/o di personale convenzionati, il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate. Si precisa che, qualora l'Iscritto opti per il pagamento diretto della badante da parte del Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, il contratto di assunzione della stessa dovrà comunque essere sottoscritto personalmente dall'Iscritto oppure, ove ciò non sia possibile, dal suo amministratore di sostegno o tutore legale o familiare preposto alla cura dell'Iscritto.
La struttura e/o il personale convenzionati non potranno comunque richiedere all'Iscritto né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle coperture del Piano sanitario, eccedenti la somma garantita o non autorizzate dal Fondo FasG&P, attraverso UniSalute.

4.14.10 RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE A SEGUITO DI PERMANENZA IN RSA

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: Fondo FasG&P – presso UniSalute - Servizio Liquidazione - Via Larga, 8 – 40138 Bologna - dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- il modulo di attivazione della copertura compilato e firmato; il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- il certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell'Iscritto e la relativa data d'insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
- il questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Iscritto; Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- Qualora l'Iscritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare al Fondo FasG&P, presso UniSalute, tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il fascicolo dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle rette di degenza in RSA. Il pagamento di quanto spettante all'Iscritto viene effettuato su presentazione al Fondo FasG&P, presso UniSalute, della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Iscritto, a fronte di specifica richiesta da parte del Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.
Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

4.14.11 ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Iscritto, a controlli presso l'Iscritto e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Iscritto.
In caso di rifiuto da parte dell'Iscritto di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma garantita potrà essere sospeso dalla data della richiesta.

4.15 GRAVE INABILITÀ DETERMINATA DA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO SUL LAVORO, DA GRAVI PATOLOGIE O EVENTI – (COPERTURA VALIDA SOLO PER L'ISCRITTO)

Con un limite di **€ 7.000**, il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute rimborsa le spese sanitarie e/o l'erogazione di servizi di assistenza per stati di grave inabilità causati da infortunio (sul lavoro) che determina un'invalidità permanente superiore al 50% (tabella di riferimento I.N.A.I.L) oppure causati da una delle seguenti gravi patologie o eventi:

- Ictus;
- Sclerosi Multipla;
- Paralisi;
- Trapianto cuore, fegato, polmone, rene, midollo sp. o pancreas;
- Fibrosi cistica;
- Ischemia arterie vertebrali.

Si precisa che la copertura è operante solamente qualora:

- l'infortunio sul lavoro deve essere documentato da certificato di Pronto Soccorso e deve essere avvenuto durante l'operatività del contratto;
- le gravi patologie elencate devono essere insorte durante l'operatività del contratto;
- gli eventi elencati devono avvenire durante l'operatività del contratto.

Si precisa che nel computo della percentuale di invalidità permanente verranno prese in considerazione solo le conseguenze dirette dell'infortunio, senza tener conto del maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

La disponibilità per la presente copertura è di € 7.000,00 per Iscritto. Tale limite è da intendersi contrattuale e quindi fruibile nel corso dei primi due anni del presente contratto.

4.16 RIABILITAZIONE A SEGUITO DI AUTISMO, DISLESSIA O SINDROME DI DOWN (COPERTURA VALEVOLE FINO A 26 ANNI)

Il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute provvede al pagamento delle spese per i trattamenti riabilitativi a seguito di autismo, dislessia o sindrome di Down, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano state certificate e riconosciute dalla ASL di competenza. Sarà sufficiente produrre copia di tale certificazione solo all'atto della prima richiesta di erogazione delle prestazioni.

Il Piano sanitario comprende l'erogazione delle seguenti prestazioni:

- Visite Psicologiche effettuate da Psicologo iscritto all'Albo;
- Visite Neuropsichiatriche;
- Percorsi di neuro-psicologia e/o di neuro-psichiatria;
- Visite Pediatriche;
- Prestazioni di Logopedia;
- Neuro e psicomotricità (anche integrata in Ottica Psicomotoria e Neuropsicologica per i disturbi dello spettro autistico).

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 35,00 per ogni ciclo di terapia**, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 70,00 per ogni ciclo di terapia**.

- **Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 500,00 per nucleo familiare.

4.17 PROTESI ORTOPEDICHE ED APPARECCHI ACUSTICI

Il Piano sanitario rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche ed apparecchi acustici.
Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura delll'**80%** e con un minimo non indennizzabile di **€ 100,00 per fattura/persona**.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 2.000,00 per Iscritto.

4.18 CURE ONCOLOGICHE

Nei casi di malattie oncologiche, il Piano sanitario liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di ricovero o day hospital che in regime di extra ricovero) con un limite di spesa annuo autonomo.
Si intendono inclusi in copertura anche le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie farmacologiche.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse, **senza alcun importo a carico dell'Iscritto**.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%**.

- **Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 5.000,00 per nucleo familiare.

4.19 CURE TERMALI

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese sostenute per cure termali (sono comunque escluse le spese di natura alberghiera) conseguenti a malattia o a infortunio, sempreché siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato o presso Istituti autorizzati all'esercizio delle attività sanitarie termali.
Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse, senza alcun importo a carico dell'Iscritto. L'Iscritto dovrà inoltre, presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**75%**, con un minimo non indennizzabile di **€ 70,00 per fattura**. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 500,00 per Iscritto.

4.20 SPESE DI VIAGGIO E PERNOTTAMENTO DEI GENITORI IN CASO DI MALATTIA GENETICA

Qualora ad un figlio di età inferiore ai 19 anni di un iscritto al Fondo, venga diagnosticata una malattia genetica che comporti la necessità di uno o più ricoveri presso strutture sanitarie che distano più di 50 km dalla propria abitazione, il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, provvederà al rimborso delle spese di viaggio del genitore dal luogo di abitazione al luogo in cui è ricoverato il figlio e successivo rientro fino ad un massimo di **€ 3.000 per anno/nucleo**. Nell'ambito di questo massimale si intendono comprese anche le spese per il pernottamento presso la struttura ospedaliera oppure presso strutture alberghiere limitrofe.
Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%**.
La copertura sarà operante per ricoveri avvenuti entro un anno dalla data della prima diagnosi della malattia genetica. Per il rimborso sarà necessario presentare copia della documentazione fiscale e copia della cartella clinica completa del ricovero del figlio.

Rimborso | **Massimale** per nucleo familiare | **Massimale** per persona | **Pagamento diretto** | **Residenza a oltre 20km**

4.21 SERVIZIO MONITOR SALUTE

Il Servizio Monitor Salute è offerto da UniSalute in collaborazione con UniSalute Servizi S.r.l., società controllata da UniSalute S.p.A., che commercializza servizi sanitari integrativi. Si tratta di un servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di malattie croniche quali diabete, ipertensione e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) rivolto agli Iscritti con età maggiore o uguale a 50 anni.
Per attivare il Servizio, l'Iscritto dovrà compilare l'adesione presente sul sito www.unisalute.it, reperibile nell'Area Riservata nella quale ogni Iscritto può accedere tramite proprie credenziali di accesso.
L'Iscritto dovrà quindi collegarsi al sito dedicato all'iniziativa, inserire il proprio codice fiscale, e compilare il questionario.
Nel caso in cui l'Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio, UniSalute Servizi S.r.l. provvederà all'invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all'attivazione degli stessi.
UniSalute, che interviene in qualità di Centro Servizi ai sensi della normativa sulla Telemedicina, provvederà a monitorare a distanza la malattia cronica e all'occorrenza contatterà telefonicamente l'Iscritto, per verificare i valori rilevati dai dispositivi medici.
L'Iscritto avrà inoltre a disposizione un massimale aggiuntivo per visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti la sua condizione di cronicità, da poter eseguire nelle strutture convenzionate con il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, o poter ottenere il rimborso delle spese sostenute nel Servizio Sanitario Nazionale come indicato al punto "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche". Per risolvere problemi di carattere tecnico e per richiedere invece informazioni sul servizio, l'Iscritto potrà contattare il numero verde dedicato **800-169009**.
La presente copertura è prestata per l'intera annualità associativa sempre che l'Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio.

4.21.1 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PER PATOLOGIE CRONICHE

Per gli Iscritti che sono entrati a far parte del programma di monitoraggio della cronicità, secondo i parametri indicati nel punto "Servizio Monitor Salute", Il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli Iscritti, con le modalità sottoindicate.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FasG&P, attraverso Unisalute, alle strutture stesse, **senza alcun importo a carico dell'Iscritto**. L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate**

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è **consentito solo nel caso in cui l'Iscritto sia domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate**.
In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno **scoperto o franchigia**. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

Prestazioni a tariffe agevolate UniSalute
Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal Piano sanitario, per esaurimento del limite di spesa previsto o perché inferiore ai minimi non indennizzabili e rimanga a totale carico dell'Iscritto, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle convenzionate, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.



COPERTURA VALIDA PER IL SOLO LAVORATORE ISCRITTO

4.1P ALTA SPECIALIZZAZIONE

**La disponibilità annua per la presente copertura è di € 10.000,00 per iscritto.
Tale importo si intende aggiuntivo a quanto previsto nel punto "Prestazioni di alta specializzazione" dal PIANO BASE**

Il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica:
- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia

Prestazione specifica
Incremento massimale

- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- ScialografiaSplenoportografia
- 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

Endoscopie:
- Pan colonscopia
- esofagogastroduodenoscopia

Si intendono in copertura le prestazioni endoscopiche sia a scopo diagnostico che terapeutico operativo, rientrano pertanto in tale copertura eventuali asportazioni (per esempio biopsia, polipectomie, ecc) se eseguite contestualmente all'accertamento endoscopico.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 25,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia**, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata. Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate**

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'**Iscritto fosse residente/domiciliato a una distanza superiore ai 20 km rispetto alla struttura sanitaria convenzionato da UniSalute per il Fondo FasG&P, più vicina alla residenza/domicilio stesso**.
Per usufruire della prestazione richiesta l'Iscritto potrà recarsi, previo contatto telefonico con la Centrale Operativa e per effettuare solo tale prestazione, presso una struttura sanitaria non convenzionata rientrante nella propria provincia di residenza/domicilio.

In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di **€ 25,00 per prestazione/ciclo di terapia**.

4.2P PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA PER UNO O DUE IMPIANTI

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 100,00 per anno assicurativo e per persona.

La garanzia opera nel caso di applicazione di uno o due impianti previsti dal medesimo piano di cura.
Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio relativi ad uno o due impianti.
La presente garanzia viene prestata solo in forma diretta, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con la Società.
Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.
Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte le immagini radiografiche precedenti e successivi alla riabilitazione implantoprotesica.

4.3P PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 1.000,00 per anno in aggiunta a quanto previsto al punto "Prestazioni di Implantologia" del PIANO BASE.

Il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, provvede al pagamento delle spese per le prestazioni sottoindicate.

4.3.1 APPLICAZIONE DI QUATTRO O PIÙ IMPIANTI

La copertura opera nel caso di applicazione di quattro o più impianti previsti dal medesimo piano di cura.
Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio relativi ai quattro o più impianti.
La presente copertura viene prestata **solo in forma diretta**, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con il Fondo FasG&P, per il tramite di UniSalute.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse, **senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia**. Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di

cura dovesse superare il limite sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.
Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte le immagini radiografiche precedenti e successivi alla riabilitazione implantoprotesica.

4.3.2 APPLICAZIONE DI TRE IMPIANTI
Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio relativi ai tre impianti. La presente copertura viene prestata solo **in forma diretta**, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con il Fondo FasG&P, per il tramite di UniSalute.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse, **senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia**.
Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il limite sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.
Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte le immagini radiografiche precedenti e successivi alla riabilitazione implantoprotesica.

4.4P PREVENZIONE CARDIOLOGICA
Il Fondo FasG&P, attraverso Unisalute, provvede al pagamento di una visita cardiologica + E.C.G. **effettuata una volta l'anno** dall'iscritto in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per il Fondo FasG&P indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

4.5P PACCHETTO MATERNITÀ
Rientrano in copertura le seguenti prestazioni in stato di gravidanza:

- Ecografie di controllo, da fruirsi, a scelta dell'Iscritta, presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per il Fondo FasG&P, oppure presso il Servizio Sanitario Nazionale;
- Amniocentesi, da fruirsi, a scelta dell'Iscritta, presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per il Fondo FasG&P oppure presso il Servizio Sanitario Nazionale;
- Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza, da fruirsi, a scelta dell'Iscritta, presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per il Fondo FasG&P oppure presso il Servizio Sanitario Nazionale;
- Visite specialistiche ginecologiche ed ostetriche di controllo sull'andamento della gravidanza, da fruirsi, a scelta dell'Iscritta, presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per il Fondo FasG&P oppure presso il Servizio Sanitario Nazionale;
- In caso di aborto avvenuto dopo il primo trimestre di gravidanza, rientra in copertura l'eventuale successivo trattamento psicoterapico che si renda necessario, fino ad un massimo di 15 sedute nei limiti del massimale annuo previsto. La copertura potrà essere attivata solo utilizzando terapeuti convenzionati con il Fondo FasG&P, per il tramite di UniSalute.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritta vengono liquidate direttamente dal Fondo FasG&P, attraverso Unisalute, alle strutture medesime **senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia**.

- **Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 300,00 per Iscritta. Tale importo si intende aggiuntivo a quanto previsto nel punto "Pacchetto maternità" dal PIANO BASE.

Nell'ambito della suddetta disponibilità annua si aggiungono ulteriori coperture dedicate alla maternità come di seguito elencate:

- **TEST PRENATALI**

(ad esempio: DNA Fetale Harmony test, Prenatal Safe Gtest, Aurora test, Panorama test, Nipt test), un test per gravidanza da fruirsi presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per il Fondo FasG&P.

- **SUPPORTO PSICOLOGICO POST-PARTO**

fino ad un massimo di 5 sedute per evento entro 6 mesi dal parto (avvenuto nell'anno associativo di copertura). La copertura potrà essere attivata solo utilizzando gli psicoterapeuti convenzionati con UniSalute per il Fondo FasG&P.

- **REMISE EN FORME POST-PARTO**

Entro 180 giorni dal parto, sia naturale che cesareo, avvenuto durante l'operatività del presente Piano Sanitario, sono comprese in copertura le spese relative ad un pacchetto di 3 giorni di **remise en forme** che l'iscritta potrà effettuare in un'unica soluzione presso uno dei Centri Termali UniSalute convenzionati appositamente per questa copertura.

Sono comprese in copertura le spese* per:
1^ giorno: accoglienza; visita medica (si precisa che la visita medica è da intendersi obbligatoria così come l'esito positivo all'idoneità alle prestazioni del presente pacchetto), seduta in acqua;
2^ giorno: attività motoria guidata in acqua termale o in palestra, massaggio adiposità localizzate o linfodrenaggio o analogo; attività motoria in palestra o all'esterno o percorso vascolare e trattamento corpo;
3^ giorno: attività motoria guidata in acqua termale o in palestra, massaggio adiposità localizzate o linfodrenaggio o analogo, trattamento corpo.

Ai fini dell'attivazione della presente copertura è necessario contattare preventivamente la Centrale Operativa al numero verde. Relativamente ad eventuali spese di soggiorno alberghiero presso la struttura convenzionata che lo preveda e nella quale si effettua il pacchetto di remise en forme, Il Fondo FasG&P, attraverso Unisalute può mettere a

* i pacchetti possono subire variazioni per esigenze organizzative e per le peculiarità dei singoli Centri Termali.

Prestazione specifica

Incremento massimale

disposizione un voucher per usufruire dell'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti il Fondo FasG&P, attraverso Unisalute con un conseguente risparmio rispetto al listino normalmente previsto dalla struttura alberghiera termale.

4.6P STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE- PROTEZIONE COMPLETA PER ISCRITTI CON ETÀ MINIMA 18 ANNI

Tale copertura si ripropone di richiamare quanto già previsto nel Piano Base per l'applicazione della garanzia, con massimale aggiuntivo rispetto a quello già previsto al Piano Base di **€ 500,00 per la durata massima di 12 mesi**.

**La disponibilità annua per la presente copertura
è di € 500,00 per la durata massima di 12 mesi
Tale importo si intende aggiuntivo a quanto previsto nel punto
"Stati di non autosufficienza consolidata/permanente" del PIANO BASE.**

4.7P CRITICAL ILLNESS

La Società garantisce un importo una tantum nel caso in cui si manifesti una delle patologie indicate di seguito:

1. ictus cerebrale (accidente cerebrovascolare acuto): emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) riscontrato strumentalmente in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo e\o motorio e\o cognitivo;
2. infarto miocardico acuto: coronaropatia qualora dia origini a necrosi ischemiche acuta del miocardio con residuo quadro invalidante riferibili alle classi III e IV nyha;
3. insufficienza renale cronica: malattia renale irreversibile in fase 4 e fase 5 (dialisi cronica);
4. astrocitoma maligno III e IV stadio o glioblastoma;
5. carcinoma del pancreas;
6. carcinoma e patocellulare (epatocarcinoma);
7. leucemia mieloide cronica (solo in caso in cui la percentuale dei blasti del sangue o nel midollo osseo è superiore al 5%);
8. linfomi maligni iv stadio resistenti al trattamento;
9. medullo blastoma;
10. melanoma maligno con metastasi cerebrali e/o epatiche;
11. mesotelioma pleurico;
12. mieloma multiplo stadio III;
13. oligodengroglioma aneplastico;
14. tumori metastatici del sistema nervoso centrale.

**Il massimale assicurato è pari a € 8.000,00 una tantum e quindi fruibile una sola volta nel corso dei tre anni del presente contratto.
Il massimale è per garanzia indipendentemente dal numero di patologie che potrebbero colpire l'iscritto.**

4.8P PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione (Casi di non operatività del piano)" punto 2, Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per prestazioni extraospedaliere, finalizzate alla procreazione medico assistita omologa ed eterologa.
La copertura è operante per le sole donne iscritte, sono escluse le prestazioni relative al partner.
La presente copertura si intende operante previo l'invio da parte dell'Iscritta di referti medici e/o cartelle cliniche che attestino l'infertilità.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse, **senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia**.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 1.000,00 per Iscritto.

4.9P PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE

Il Fondo FasG&P, attraverso Unisalute, provvede al pagamento delle prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da medico specialista nella cura dei disturbi psichici e vengano effettuate da psichiatra o da psicoterapeuta / psicologo iscritto all'albo.
Sono escluse le cure farmacologiche e le spese relative a ricoveri, anche obbligatori, finalizzate alla cura di malattie mentali.
I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione del numero di sedute effettuate.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FasG&P, attraverso Unisalute, alle strutture stesse lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 10,00 per ogni prestazione (cioè per ogni seduta)**, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. **L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante** contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione. La patologia o il quesito diagnostico dovranno necessariamente essere contenuti nella prescrizione, non in referti o in fattura.

- **Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Fondo FasG&P, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto, purché dal documento si evinca chiaramente la tipologia di prestazione eseguita.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 300,00 per Iscritto.

Prestazione specifica
Incremento massimale

4.10P SINDROME METABOLICA

Per attivare la copertura l'Iscritto dovrà compilare il questionario raggiungibile cliccando su www.unisalute.it e "confermare il suo invio" alla Compagnia.
La stessa provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all'Iscritto l'esito della valutazione tramite e-mail mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.
La Compagnia fornirà all'Iscritto, indipendentemente dallo stato risultante dal questionario alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione, anche attraverso un regime dietetico personalizzato.
La Compagnia comunicherà l'esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Iscritto verrà contattato dalla Compagnia (via e-mail, sms o telefono) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.
Solo nel caso in cui l'Iscritto si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, la Compagnia provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sottoindicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

- colesterolo HDL;
- colesterolo totale;
- glicemia;
- trigliceridi.

Provvederà inoltre all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni da effettuarsi una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per il Fondo FasG&P indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.
Al fine di incentivare l'Iscritto ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online personale in cui egli potrà registrare questi parametri.

- Visita cardiologia più prova da sforzo (ECG con prova da sforzo);
- Doppler carotideo;
- Curva glicemica;
- Ecocardiogramma.

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza della polizza, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito UniSalute.
Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Iscritto attraverso le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per il Fondo FasG&P. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle assicurate con la presente polizza, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui al relativo articolo contrattuale. Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle assicurate con la presente polizza, l'Iscritto potrà richiedere alla struttura sanitaria convenzionata, l'applicazione di "tariffe agevolate", riservate agli Iscritti UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto. Si precisa che l'appuntamento potrà essere concordato direttamente tra l'Iscritto e la struttura stessa e successivamente comunicato ad UniSalute, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.

5. ALTRI SERVIZI

5.1 PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal Piano sanitario, per esaurimento del limite di spesa previsto o perché inferiore ai minimi non indennizzabili e rimanga a totale carico dell'Iscritto, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle convenzionate, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

5.2 SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA PIANO BASE E PIANO PLUS

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800-016637 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.
Dall'estero: occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:
- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- medicinali: composizione, indicazioni e controindicazioni.

I seguenti servizi di consulenza e di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800212477.

b) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Iscritto necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

c) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Iscritto, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo la Centrale Operativa **accertata la necessità della prestazione**, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.
In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Iscritto nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

d) Invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio

Nei casi di ricovero con frattura, che hanno determinato:
- Frattura del femore

- Fratture vertebrali
- Fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee
- Fratture che rendano necessario l'immobilizzazione di almeno un arto
- Frattura del bacino

e con una situazione di immobilizzazione, certificata al momento delle dimissioni che comporti la necessità di prestazioni infermieristiche/fisioterapiche prescritte all'atto delle dimissioni, attraverso la Centrale Operativa, provvederà, nei 10 giorni successivi al ricovero o alla rimozione del gesso, ad inviare un infermiere o un fisioterapista convenzionato, assumendone l'onorario fino ad un massimo di 1 ora al giorno, per un massimo di 7 giorni.
Per l'attivazione della copertura, l'iscritto dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione almeno 3 giorni prima della data di dimissioni dalla Struttura sanitaria o appena in possesso della prescrizione di tali cure.

e) Collaboratrice domestica

Nei casi di ricoveri con frattura, in conseguenza di scippo, rapina, di furto o di tentato furto, che hanno determinato una situazione di immobilizzazione, certificata da prescrizione medica, UniSalute per il Fondo FasG&P, attraverso la Centrale Operativa, provvederà, nelle 4 settimane successive alla dimissione dalla Struttura sanitaria o alla rimozione del gesso, ad inviare una collaboratrice domestica, assumendone l'onorario fino ad un massimo di 6 ore alla settimana, da utilizzarsi consecutivamente, per un massimo di 2 settimane.
Per l'attivazione della copertura, l'Iscritto dovrà comunicare alla Centra le Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione 3 giorni prima della data di dimissioni dalla Struttura sanitaria o appena in possesso del certificato.

Invio di medicinali a domicilio

L'assistenza sarà prestata qualora l'iscritto necessiti di medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute, certificati dal suo medico, e nessuno può andare per lui.
UniSalute per il Fondo FasG&P, attraverso la Centrale Operativa, provvederà, dopo aver ritirato la ricetta presso l'iscritto, alla consegna dei medicinali prescritti. La prestazione sarà fornita massimo 3 volte l'anno per nucleo familiare. A carico dell'iscritto resta solo il costo dei medicinali.

f) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Se l'Iscritto, dopo il Ricovero di primo soccorso a causa di Infortunio o di malattia improvvisa, necessiti di trasporto in autoambulanza per il rientro nel luogo di residenza, la Struttura Organizzativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa, nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

g) Trasporto in autoambulanza

Nel caso in cui l'iscritto, in seguito a infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il trasferimento inviando il mezzo di soccorso nel più breve tempo possibile. Le spese di trasporto sono coperte sino ad un massimo di 300 chilometri complessivi a\r.
La copertura non opera per i casi di emergenza, dove per emergenza si intende l'alterazione dello stato di salute caratterizzata da acuzie di tale gravità da costituire un pericolo per la vita del paziente: in tali casi risulta necessario richiedere l'intervento delle strutture pubbliche deputate in base alle norme di legge vigenti.

h) Spesa a domicilio
Nei casi di:
- Frattura del femore
- Fratture vertebrali
- Fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee
- Fratture che rendano necessaria l'immobilizzazione di almeno un arto
- Fratture del bacino

che hanno determinato una situazione di immobilizzazione certificata da prescrizione medica in conseguenza di scippo o rapina avvenuti all'interno del territorio del Comune, di furto o di tentato furto presso la propria abitazione, UniSalute per il Fondo FasG&P, attraverso la Centrale Operativa, provvederà nelle quattro settimane successive al sinistro, ad organizzare la consegna al domicilio dell'Iscritto di generi alimentari/prima necessità.
Sarà a carico della Centrale Operativa trasferire la richiesta per l'acquisizione della lista dei generi alimentari/prima necessità da ordinare e delle coordinate utili alla consegna.
L'iscritto sarà quindi informato sui tempi previsti per il recapito della spesa e dell'importo totale che dovrà riconoscere al fattorino al momento della consegna.

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti in aggiunta al piano base solo per gli aderenti al Piano Plus.

A) Primi mille giorni: copertura per le future mamme
Il progetto «primi1000giorni» intende coinvolgere le famiglie in un modello unico al mondo focalizzato sulle primissime fasi di sviluppo del bambino, che integra tecnologie e conoscenze all'avanguardia nel campo della medicina molecolare, dell'educazione/formazione e dei dispositivi portatili, per prevenire l'insorgenza delle malattie non trasmissibili mediante:
1. percorsi di educazione personalizzati sulla base delle caratteristiche cliniche/sociali dell'individuo focalizzati sulla nutrizione, sull'attività fisica ed in generale sulle attività legate al benessere ed alla salute della persona;
2. consulenza ostetrico/ginecologica: I medici UniSalute forniranno alle future mamme tutta la consulenza medica di cui hanno bisogno attraverso una linea telefonica dedicata in stretto contatto con i nostri medici specialisti: consulenza ostetrica ginecologica per fornire informazioni prima e dopo il parto, per la cura e il benessere del bambino.

B) Counselling psicologico
La Compagnia offre un servizio di Counselling Psicologico.
- Servizio di Counselling Psicologico tramite Centro di Ascolto telefonico attivo 24 su 24, 7 giorni su 7, 365gg/anno.
Ogni iscritto ha la possibilità di telefonare e parlare con uno psicologo.
La copertura è operante **per un massimo di 5 telefonate**, illimitate per le donne che hanno subito violenza.

6. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Il Piano sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di copertura prevista; nel nostro caso non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano sanitario.

Il Piano sanitario non è operante per:

1. le terapie medico-chirurgiche finalizzate all'estetica (salvo gli interventi di chirurgia ricostruttiva direttamente riconducibili e connesse all'elenco degli interventi di cui all'allegato "Elenco interventi chirurgici");
2. gli interventi e qualsiasi atto chirurgico finalizzati al trattamento dell'infertilità e/o sterilità maschile e/o femminile e comunque tutti gli atti finalizzati alla fecondazione artificiale;
3. i Ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in Strutture per lunga degenza;
4. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
5. gli infortuni derivanti dalla pratica sportiva esercitata professionalmente;
6. gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e alle relative prove ed allena menti;
7. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assistito;
8. 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, salvo le radiazioni provocate dalla Radioterapia;
9. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
10. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
11. certificazioni mediche per rilascio patente, idoneità pratiche sportive;
12. imposta di bollo, diritti di segreteria, diritti amministrativi, spese per magazzino dei medicinali, rilascio della copia della cartella clinica, delle radiografie, dei vhs, dei cd, dei dvd, spese di viaggio;
13. iniezioni sclerosanti;
14. medicina legale e medicina del lavoro;
15. medicinali, salvo quanto previsto al punto "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati all'allegato "Elenco interventi chirurgici");
16. prestazioni di medicina generica comprendenti, tra l'altro, visite, iniezioni, fleboclisi, vaccinazioni, certificazioni varie, ecc.;
17. medicina omeopatica e/o alternativa;
18. ricoveri in Case di Cura dedicate al benessere della persona;
19. tutte le prestazioni non espressamente previste nel presente piano sanitario.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto **"Odontoiatria/Ortodonzia"** il piano sanitario non è operante per: protesi estetiche e trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.
Limitatamente alle prestazioni previste ai punti "Stati di non autosufficienza consolidata/permanente- protezione completa per assicurati con età minima 18 anni" e "Stati di non autosufficienza temporanea per assicurati con età minima 18 anni" in aggiunta alle esclusioni sopraelencate, la copertura non è operante per le conseguenze:

1. di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
2. dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Iscritto con dolo o colpa grave;
3. di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
4. di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Iscritto ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
5. dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
6. 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;
7. del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'Iscritto 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;
8. 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 piano sanitario).



7. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

7.1 DECORRENZA E DURATA DEL PIANO SANITARIO

La presente Guida ha validità dal 01/01/2026 al 31/12/2027 salvo proroghe o rinnovi.
Per quanto riguarda l'effetto e la scadenza del Piano Sanitario per i singoli iscritti che entrano/escono in corso d'anno, si rimanda a quanto stabilito all'art. "Inclusioni/Esclusioni".

7.2 INCLUSIONI/ESCLUSIONI

Le variazioni degli iscritti sono regolate dai punti di seguito indicati:

1) Inserimento degli iscritti

La comunicazione dei nominativi di nuovi iscritti verrà effettuata in occasione di ciascun trimestre, secondo le modalità descritte nel Regolamento del Fondo FasG&P.
Per gli iscritti che aderiscono al Fondo FasG&P la cui copertura sanitaria decorre dal primo trimestre (1° gennaio) **il massimale assicurativo delle singole, previste dal piano sanitario, verrà riconosciuto integralmente**.

- Per gli iscritti che aderiscono al Fondo FasG&P la cui copertura sanitaria parte nel secondo trimestre (1° aprile), **il massimale assicura**tivo delle singole garanzie, previste dal piano sanitario, verrà riconosciuto integralmente.
- Per gli iscritti che aderiscono al Fondo FasG&P la cui copertura sanitaria parte nel terzo trimestre (1° luglio) **il massimale assicurativo delle singole garanzie, previste dal piano sanitario, verrà riparametrato ai sei mesi e riconosciuto nella misura del 50%**.
- Per gli iscritti che aderiscono al Fondo FasG&P la cui copertura sanitaria parte nel quarto trimestre (1° ottobre) **il massimale assicurativo delle singole garanzie, previste dal piano sanitario, verrà riparametrato ai sei mesi e riconosciuto nella misura del 50%**.

2) Sospensione della contribuzione del pagamento
Nel caso di sospensione del pagamento come previsto dall'art. 17 del Regolamento del Fondo FasG&P) la copertura per l'iscritto e degli eventuali familiari cesserà dal trimestre successivo a quello in cui è fissato la data di scadenza

3) Inclusione dei familiari
Al momento dell'iscrizione al Fondo FasG&P, l'iscritto può optare per l'inclusione dei familiari, come definiti al punto "Persone assicurate".

- Per gli iscritti e il relativo nucleo familiare, che aderiscono al Fondo FasG&P la cui copertura sanitaria decorre dal primo trimestre (1° gennaio) **il massimale assicurativo delle singole garanzie, previste dal piano sanitario, verrà riconosciuto integralmente**.
- Per gli iscritti e il relativo nucleo familiare, che aderiscono al Fondo FasG&P la cui copertura sanitaria parte nel secondo trimestre (1° aprile), **il massimale assicurativo delle singole garanzie, previste dal piano sanitario, verrà riconosciuto integralmente**.
- Per gli iscritti e il relativo nucleo familiare, che aderiscono al Fondo FasG&P la cui copertura sanitaria parte nel terzo trimestre (1° luglio) **il massimale assicurativo delle singole garanzie, previste dal piano sanitario, verrà riparametrato ai sei mesi e riconosciuto nella misura del 50%**.
- Per gli iscritti e il relativo nucleo familiare, che aderiscono al Fondo FasG&P la cui copertura sanitaria parte nel quarto trimestre (1° ottobre) **il massimale assicurativo delle singole garanzie, previste dal piano sanitario, verrà riparametrato ai sei mesi e riconosciuto nella misura del 50%.**

Nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite, questa verrà recepita secondo le seguenti finestre temporali:

- attivazione della copertura al 01/01 se la variazione verrà comunicata dal lavoratore all'azienda entro il 30/09 antecedente;
- attivazione della copertura al 01/07 se la variazione verrà comunicata dal lavoratore all'azienda entro il 31/03 antecedente.

Per le richieste di adesione, verranno attivate le coperture assicurative nel corso del trimestre successivo, con calcolo della pro-rata temporis a decorrere dall'effettiva attivazione della copertura assicurativa, sempre che sia stato versato il relativo contributo.

4) Inclusione di familiari in un momento successivo all'iscrizione al Fondo
Per i lavoratori iscritti l'inclusione di familiari in un momento successivo all'iscrizione al Fondo è consentita nelle due seguenti finestre temporali:

- attivazione della copertura al 01/01 se la variazione verrà comunicata dal lavoratore all'azienda entro il 30/09 antecedente;
- attivazione della copertura al 01/07 se la variazione verrà comunicata dal lavoratore all'azienda entro il 31/03 antecedente.

5) Disdetta e reinserimento dei familiari
L'iscritto ha la facoltà di dare disdetta alla copertura per i familiari entro il 30 settembre dell'anno in corso mediante comunicazione al datore di lavoro.
Tale esclusione, dalla copertura, sarà operativa dal 1° gennaio dell'annualità successiva e l'iscritto per l'anno in corso dovrà comunque terminare il pagamento del contributo previsto restando in copertura sino al 31 dicembre.
Il reinserimento in copertura non potrà avvenire prima del completamento della annualità successiva a quella della comunicazione della disdetta e comunque partirà non prima del 1°gennaio dell'annualità successiva alla comunicazione di richiesta di reinserimento.

6) Attivazione copertura facoltativa Piano Plus
I lavoratori iscritti alla data di effetto del contratto possono optare per l'attivazione della copertura facoltativa Piano Plus anche in un momento successivo all'emissione della polizza, l'inclusione è prevista trimestralmente.

- Per gli iscritti che aderiscono al Piano Plus dal primo trimestre (1° gennaio) **il massimale assicurativo delle singole garanzie, previste dal piano sanitario, verrà riconosciuto integralmente**.
- Per gli iscritti che aderiscono al Piano Plus dal secondo trimestre (1° aprile), **il massimale assicurativo delle singole garanzie, previste dal piano sanitario, verrà riconosciuto integralmente**.
- Per gli iscritti che aderiscono al Piano Plus dal terzo trimestre (1° luglio) **il massimale assicurativo delle singole garanzie, previste dal piano sanitario, verrà riparametrato ai sei mesi e riconosciuto nella misura del 50%**.
- Per gli iscritti che aderiscono al Piano Plus dal quarto trimestre (1° ottobre) **il massimale assicurativo delle singole garanzie, previste dal piano sanitario, verrà riparametrato ai sei mesi e riconosciuto nella misura del 50%**.

Per le richieste di adesione raccolte nel corso del trimestre, verranno attivate le coperture assicurative nel corso del trimestre successivo, con calcolo della pro-rata temporis a decorrere dall'effettiva attivazione della copertura assicurativa, sempre che sia stato versato il relativo contributo.

7) Disdetta e reinserimento da parte dell'iscritto al Piano Plus
L'iscritto ha la facoltà di dare disdetta alla copertura facoltativa Piano Plus entro il 30 settembre dell'anno in corso mediante comunicazione al datore di lavoro.
Tale esclusione, dalla copertura, sarà operativa dal 1° gennaio dell'annualità successiva e l'iscritto per l'anno in corso dovrà comunque terminare il pagamento del contributo previsto restando in copertura sino al 31 dicembre.
Il reinserimento in copertura non potrà avvenire prima del completamento della annualità successiva a quella della comunicazione della disdetta e comunque partirà non prima del 1°gennaio dell'annualità successiva alla comunicazione di richiesta di reinserimento.

8) Compimento del 26° anno di età dei figli
Al compimento del 26° anno di età i figli perdono il requisito per poter proseguire la copertura nell'annualità successiva. Resteranno quindi in copertura, versando il relativo contributo dovuto, sino al 31 dicembre dell'annualità in cui hanno compiuto i 26 anni.

9) Trasferimento degli aderenti assicurati a Imprese applicanti il medesimo CCNL
Nel caso di trasferimento dell'Iscritto presso un'azienda applicante lo stesso CCNL per la quale valgano le stesse condizioni assicurative, l'aderente sarà considerato iscritto al Fondo FasG&P con effetto dalla data di prima adesione e in continuità di copertura.

10) Cessazione del rapporto di lavoro
Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'iscritto viene mantenuto in copertura sino alla fine del trimestre successivo a quello di cessazione.

11) Decesso
Nel caso di decesso dell'Iscritto, il contributo pagato e non goduto per il periodo di tempo intercorrente tra la data di decesso e la prima scadenza trimestrale, resta acquisito da parte dell'impresa.

In tutti i casi sopra descritti l'impresa dovrà garantire l'effettiva attuazione delle modifiche di anagrafica di portafoglio entro 10 giorni dalla data di inoltro della comunicazione da parte del Fondo FasG&P.

7.3 VALIDITÀ TERRITORIALE

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo.
Se ti trovi all'estero e hai bisogno di un ricovero, devi contattare il più presto possibile la Centrale Operativa per avere l'autorizzazione ad effettuare la prestazione e farti indicare la struttura sanitaria convenzionata a te più vicina.
Potrai così usufruire di un servizio garantito e scelto per te da UniSalute per il Fondo FasG&P che ti assisterà nell'affrontare una situazione di necessità in un Paese straniero.
Se dovessi recarti in una struttura sanitaria non convenzionata, abbi cura di conservare tutta la documentazione relativa alla prestazione di cui hai usufruito e all'eventuale importo pagato per chiederne il rimborso.

7.4 LIMITI DI ETÀ

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **90°** anno di età dell'Iscritto, cessando alla prima scadenza annuale del Piano stesso successiva al compimento di tale età da parte dell'Iscritto; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare la copertura cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.
Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il **90°** anno di età, la copertura cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Iscritto.

7.5 INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS 41/2018

Il 1° luglio 2020 sono entrate in vigore le nuove disposizioni del Regolamento dell'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni n. 41/2018 (di seguito, il "Regolamento") in materia di home insurance. In particolare, l'home insurance mira a semplificare e velocizzare il rapporto con l'impresa di assicurazione attraverso una più efficace gestione dei rapporti contrattuali assicurativi anche in via telematica. La Compagnia, da sempre attenta alla tutela della propria clientela, condividendo le finalità del Provvedimento, ha attivato un'"Area Regolamento IVASS 41/2018" accessibile dal sito internet, alla quale ciascun Cliente potrà accedere. Si segnala che la predetta area sarà differente dall'"AREA SERVIZI CLIENTI" già presente e attiva da tempo sulla home page della Compagnia.
Al riguardo si precisa che, secondo quanto previsto dal Provvedimento, sarà possibile accedere all'area IVASS richiedendo le credenziali di accesso all'area riservata direttamente sul sito internet della Compagnia. Successivamente al primo accesso, la Compagnia fornirà le credenziali personali, che consentiranno di consultare le coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali, lo stato dei pagamenti e le relative scadenze.

7.6 INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

UniSalute S.p.A. ("la Società"), soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A. facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046. Sede legale e Direzione Generale Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia).
Recapito telefonico +39 051 6386111 - fax +39 051 320961 – sito internet www.unisalute.it – indirizzo di posta elettronica unisalute@pec.unipol.it o info@unisalute.it.
La Società è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 20-11-1989 n. 18340 (G.U. 4-12-1989 n. 283), D.M. 8-10-1993 n. 19653 (G.U. 25-10-1993 n.251), D.M. 9-12-1994 n.20016 (G.U. 20-12-1994 n. 296) e Prov. Isvap n.2187 dell'8-05-2003 (G.U. 16-05-2003 n.112).

Numero di iscrizione all'Albo delle Imprese Assicurative: 1.00084.
Per informazioni patrimoniali sulla società consulta la relazione sulla solvibilità disponibile sul sito: https://www.unisalute.it/informazioni-societarie/informativa-pillar-solvency-2

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2022, il patrimonio netto dell'impresa è pari ad € 241,1 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 102,2 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unisalute.it, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2022, è pari ad € 95,90 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 27,18 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 214,69 milioni e ad € 210,85 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2022, pari a 2,24 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.



FONDO SANITARIO
GOMMA PLASTICA
CAVI ELETTRICI

PER PRENOTARE LE PRESTAZIONI, CHIEDERE UN RIMBORSO, UTILIZZARE IL PIANO SANITARIO, OTTENERE MAGGIORI INFORMAZIONI:

- Accedi alla tua Area Riservata su **www.unisalute.it**
- Scarica l'**app UniSalute Up** gratuitamente da App Store e Play Store
- Contatta il **Numero Verde**

800 016637

(dall'estero: +39 051.63.89.046)
8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

www.fasgep.it

CONTATTI FasG&P

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