



Fondo di assistenza sanitaria
per i lavoratori dell'industria
della gomma, cavi elettrici
ed affini e delle materie plastiche

www.fasgep.it

GUIDA

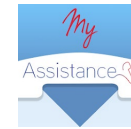
ALLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SANITARIA
INTEGRATIVA

*Le prestazioni del piano sanitario sono
garantite da:*

Allianz 

Per tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario vai su:

- <https://app.myassistance.eu>
- scarica l'app **MyAssistance**
24h su 24, 365 giorni l'anno



- oppure contatta il **Numero Verde**



dall'estero: prefisso per l'Italia

+ 39 02 89 040 744

orari: 8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì



Questo manuale è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo, in nessun caso può sostituire il contratto stipulato dal Fondo FASG&P con la Compagnia.

Le prestazioni del piano sanitario sono garantite da:



COME ADERIRE A FASG&P

CHI PUÒ ADERIRE A FASG&P:

I lavoratori operai, qualifiche speciali, impiegati e quadri, non in prova, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato di durata non inferiore a 12 mesi, e con contratto di apprendistato del settore della Gomma Cavi Elettrici ed Affini e delle Materie Plastiche ed i loro nuclei familiari.

COMPONENTI DEL NUCLEO:

I componenti del nucleo familiare che possono aderire sono i figli conviventi fino al compimento del 26esimo anno di età, il coniuge ed il convivente se, al momento della presentazione della domanda, convive da almeno un anno con il lavoratore iscritto.

TIPOLOGIA DI NUCLEI:

Il lavoratore potrà scegliere tra:

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

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

I lavoratori che intendono iscriversi a FasG&P possono scaricare il modulo di adesione dal sito del Fondo

www.fasgep.it

Il modulo va stampato, compilato e consegnato alla propria azienda entro il giorno 15 dell'ultimo mese del trimestre.

Analogamente può essere scaricato e compilato il modulo di iscrizione del proprio nucleo familiare.

DATE EFFETTO ADESIONE A FASG&P

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

ADEMPIMENTI FASG&P

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



1. SOMMARIO

| | | | |
|---|-----------|--|-----------|
| 2. PRESENTAZIONE | 8 | 6.6. RIMBORSO DEI TICKET PER LE PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE, VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI | 26 |
| 3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO | 9 | 6.7. CURE ONCOLOGICHE | 27 |
| 3.1. SE SCEGLI UNA STRUTTURA CONVENZIONATA | 9 | 6.8. PROTESI ORTOPEDICHE ED APPARECCHI ACUSTICI | 28 |
| 3.2. SE SCEGLI UNA STRUTTURA NON CONVENZIONATA | 11 | 6.9. LENTI | 28 |
| 3.3. SE SCEGLI IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE | 12 | 6.10. ODONTOIATRIA/ORTODONZIA | 29 |
| 4. SERVIZI ONLINE E MOBILE | 13 | 6.11. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO | 30 |
| 4.1. COME FACCIAMO A RECUPERARE I DATI PER ACCEDERE AL SITO E USUFRUIRE DEI SERVIZI NELL'AREA RISERVATA | 13 | 6.12. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI | 31 |
| 4.2. COME FACCIAMO AD AGGIORNARE ONLINE I MIEI DATI? | 14 | 6.13. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI | 33 |
| 4.3. COME FACCIAMO A CONSULTARE L'ESTRATTO CONTO E QUINDI LO STATO DELLE MIE RICHIESTE DI RIMBORSO? | 14 | 6.14. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE – PROTEZIONE COMPLETA PER ASSICURATI CON ETÀ MINIMA 18 ANNI | 34 |
| 4.4. COME FACCIAMO A CONSULTARE LE L'ELENCO DELLE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE? | 14 | 6.15. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA PER ASSICURATI CON ETÀ MINIMA 18 ANNI | 45 |
| 4.5. COME FACCIAMO A SCARICARE L'APP MYASSISTANCE? | 15 | 6.16. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE | 50 |
| 5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA | 16 | 6.17. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA | 51 |
| 6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO | 17 | 7. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO | 54 |
| 6.1. RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO, INTENDENDO PER TALI QUELLI ELENCATI NELL'ALLEGATO "ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI" | 18 | 8. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI | 57 |
| 6.2. ALTA SPECIALIZZAZIONE | 21 | 8.1. ESTENSIONE TERRITORIALE | 57 |
| 6.3. VISITE SPECIALISTICHE | 23 | 8.2. LIMITI DI ETÀ | 57 |
| 6.4. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI | 24 | 9. ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI | 58 |
| 6.5. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI | 25 | 10. COME PRESENTARE RECLAMI | 68 |



2. PRESENTAZIONE

La “Guida al Piano sanitario” è un utile supporto per la comprensione e l’utilizzo della copertura sanitaria. All’interno della Guida trovi l’indicazione delle modalità da seguire qualora tu debba utilizzare il Piano. Ti consigliamo di attenerti a queste modalità, così da poterti assistere con la sollecitudine che ci è propria.

I SERVIZI ONLINE E APP OFFERTI DA ALLIANZ

Allianz, tramite la società partner **MyAssistance**, fornisce all’assicurato informazioni sulle garanzie assicurative, sulle strutture sanitarie convenzionate e garantisce le prestazioni previste dal piano sanitario.

Su <https://app.myassistance.eu> e sull’app **MyAssistance**, hai a disposizione un’Area personale riservata con pratiche funzioni online che velocizzano e semplificano tutte le operazioni legate all’utilizzo del Piano sanitario.

I servizi online sono attivi 24 ore su 24 tutti i giorni dell’anno e sono disponibili anche in versione mobile per smartphone e tablet! Per saperne di più consulta il capitolo 4 della presente Guida.



3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

3.1. SE SCEGLI UNA STRUTTURA CONVENZIONATA

Allianz ed il partner **MyAssistance** hanno convenzionato un network di strutture sanitarie private che garantiscono elevati standard in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità. L’elenco delle strutture sanitarie convenzionate, è disponibile nel sito www.myassistance.it nel menu network, nell’Area riservata, consultando l’app **MyAssistance** o telefonando alla Centrale Operativa. È sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

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



PRENOTAZIONE VELOCE

PRENOTA ONLINE O SU APP E USUFRUISCI DEL SERVIZIO DI PRENOTAZIONE VELOCE!

In caso di necessità di un ricovero o di visite e/o esami, per prenotare le prestazioni e attivare la modalità di accesso alla struttura sanitaria in Forma Diretta, hai a disposizione le seguenti opzioni:

1. Puoi rivolgerti direttamente alla struttura convenzionata, fissare l’appuntamento specificando in modo chiaro di essere iscritto al fondo FASG&P e assistito **MyAssistance**. Entro 2 giorni lavorativi precedenti la prestazione, devi comunicare la tua prenotazione a **MyAssistance** tramite il sito web <https://app.myassistance.eu>, tramite l’app **MyAssistance** oppure chiamando la centrale operativa al **800-223355** o mandando una mail a diretta.fasgep@myassistance.it

2. Puoi richiedere a **MyAssistance** di prenotare la prestazione:

- puoi accedere alla funzione “richiedi diretta” presente nell’Area riservata del sito <https://app.myassistance.eu>
- puoi utilizzare l’app **MyAssistance**
- Puoi contattare la centrale operativa **MyAssistance** chiamando il numero **800-223355**
- Inviando una mail a diretta.fasgep@myassistance.it

In tutti i casi ti sarà chiesto di inviare la prescrizione medica indicante diagnosi/quesito diagnostico e ogni altra documentazione o specifica informazione necessaria per autorizzare la prestazione.

La Centrale Operativa verifica con la struttura sanitaria la richiesta e, in caso di esito positivo:

- Prende appuntamento per tuo conto con la struttura da te scelta
- autorizza (via fax/mail) la struttura sanitaria ad erogare la prestazione con il servizio di pagamento diretto
- ti invia conferma via e-mail, entro 2 giorni lavorativi, della data e dell’ora dell’appuntamento fissato presso la struttura sanitaria convenzionata da te scelta.

Per tutte le prestazioni previste dal Piano sanitario hai sempre comunque a disposizione anche il numero verde della Centrale Operativa **800-223355**.

In caso di necessità di modifica o cancellazione dell’appuntamento confermato, puoi contattare telefonicamente la Centrale Operativa al numero verde sopra indicato oppure inviare una e-mail al seguente indirizzo: diretta.fasgep@myassistance.it

Al momento della prestazione, devi presentare alla struttura convenzionata un documento di identità e, quando richiesta, la prescrizione del medico curante con l’indicazione della diagnosi accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

Allianz, pagherà le spese per le prestazioni sanitarie autorizzate (esclusi franchigia/scoperto) direttamente alla struttura convenzionata. Dovrai sostenere delle spese all’interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano sanitario.



IMPORTANTE

PRIMA DI UNA PRESTAZIONE IN UNA STRUTTURA CONVENZIONATA, VERIFICA SE IL MEDICO SCELTO È CONVENZIONATO DA **MYASSISTANCE**. UTILIZZA LA FUNZIONE DI PRENOTAZIONE SUL SITO <https://myassistance.eu> NELL’AREA RISERVATA, È COMODO E VELOCE!

3.2. SE SCEGLI UNA STRUTTURA NON CONVENZIONATA

Il Piano sanitario prevede la possibilità di utilizzare strutture sanitarie private non convenzionate solo nel caso in cui l’assicurato sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate. Il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni.

Per chiedere il rimborso delle spese vai su <https://app.myassistance.eu> e accedi alla sezione “**Richiedi rimborso**” all’interno dell’Area riservata.

Puoi inviare i documenti direttamente dal sito.

| | | |
|--|--|--|
| | RICHIESTA RIMBORSO ONLINE | CHIEDI ONLINE IL RIMBORSO DELLE SPESE: |
| | | INVIA I DOCUMENTI IN FORMATO ELETTRONICO (UPLOAD) E RISPARMIA TEMPO! |

Se non puoi accedere all’Area riservata invia tutta la documentazione a **MyAssistance** – via Raimondo Montecuccoli 20-1 Milano 20147

Di seguito trovi indicata la documentazione generalmente richiesta per il rimborso delle spese sanitarie sostenute, salvo quanto previsto dalle singole coperture del Piano sanitario:

- il **modulo di richiesta rimborso** compilato e sottoscritto, che si trova sul sito www.fasgep.it, comprensivo dell’Informativa Privacy
- copia di tutta la **documentazione inerente la spesa** sanitaria sostenuta (distinte e ricevute) fiscalmente regolare e quietanzata, compresa la prescrizione medica completa di diagnosi presunta o accertata
- in caso di **ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e di ogni altra documentazione sanitaria relativa alla malattia e/o all’infortunio che hanno determinato il ricovero

Per una corretta valutazione della richiesta di rimborso Allianz, attraverso **MyAssistance**, avrò sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali.

Allianz, potrebbe richiedere eventuale ulteriore documentazione sanitaria, anche attraverso il rilascio di una specifica autorizzazione per superare il vincolo del segreto professionale cui sono sottoposti i medici che hanno effettuato visite e cure.

3.3. SE SCEGLI IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Se utilizzi il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., puoi chiedere il rimborso dei ticket su <https://app.myassistance.eu> all'interno dell'Area riservata. È facile e veloce!

In questo caso non è necessario presentare la prescrizione medica, ma in presenza di ticket non parlanti, dai quali cioè non sia possibile identificare la prestazione effettuata, dovrà essere inviato il documento attestante la prestazione prenotata.



VALUTAZIONE RIMBORSO IN 5 GIORNI

CHIEDI ONLINE RIMBORSO TICKET E INDENNITÀ GIORNALIERA:
SEGUI LA BREVE PROCEDURA GUIDATA E INVIA I DOCUMENTI IN
FORMATO ELETTRONICO. RISPARMI TEMPO E RICEVI LA
VALUTAZIONE DELLA
TUA RICHIESTA ENTRO 5 GIORNI!

In alternativa, puoi inviare a **MyAssistance** Via Raimondo Montecuccoli 20-1 Milano 20147



4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

Allianz, attraverso **MyAssistance** mette a tua disposizione molti servizi, 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno. Sul sito <https://app.myassistance.eu> all'interno dell'Area riservata puoi:

- **prenotare visite ed esami presso le strutture sanitarie convenzionate:** puoi inserire una richiesta di prenotazione
- **visualizzare l'agenda con i tuoi appuntamenti** per visite ed esami
- **chiedere il rimborso delle spese** per le prestazioni **caricando online** le fatture e i documenti richiesti per il rimborso
- **consultare l'estratto conto** per verificare lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso.
- **consultare** l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate.

4.1. COME FACCIO A RECUPERARE I DATI PER ACCEDERE AL SITO E USUFRUIRE DEI SERVIZI NELL'AREA RISERVATA?

Come faccio a registrarmi al sito e a conoscere la mia username e password?

Sei automaticamente registrato al sito al momento della tua sottoscrizione del piano sanitario, avrai ricevuto una mail contenente la tua username e la procedura per il recupero della prima password

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?

Basta cliccare sul bottone "recupera password" accedendo al sito <https://app.myassistance.eu>.

4.2. COME FACCIO AD AGGIORNARE ONLINE I MIEI DATI?

Entra nell'Area riservata e comunicaci il tuo indirizzo e-mail per ricevere comodamente utili messaggi relativi a:

- conferma dell'appuntamento fissato presso la struttura sanitaria convenzionata con indicazione di luogo, data e ora dell'appuntamento
- comunicazione dell'autorizzazione ad effettuare la prestazione
- conferma presa in carico sinistro.

4.3. COME FACCIO A CONSULTARE L'ESTRATTO CONTO E QUINDI LO STATO DELLE MIE RICHIESTE DI RIMBORSO?

Entra nell'Area riservata e accedi alla sezione **"Le mie pratiche"**. L'estratto conto online è un rapido e comodo strumento di informazione sullo stato delle tue richieste di rimborso.

L'aggiornamento dei dati è continuo e puoi consultarlo in ogni momento per conoscere in tempo reale l'iter e l'esito di ogni tua richiesta di rimborso, visualizzare per quali richieste di rimborso devi inviare documentazione mancante

Per ogni documento vengono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo che abbiamo rimborsato e quello rimasto a tuo carico.

4.4. COME FACCIO A CONSULTARE L'ELENCO DELLE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE?

Esegui il Login accedendo alla tua area riservata nel sito <https://app.myassistance.eu>

- per consultare le strutture sanitarie convenzionate clicca sulla sezione "ricerca strutture"

4.5. COME FACCIO A SCARICARE L'APP MYASSISTANCE?

L'App di **MyAssistance** è disponibile per smartphone e tablet e può essere scaricata gratuitamente da App Store e Play Store. Accedi allo store e cerca **"MyAssistance"** per avere sempre a portata di mano i nostri servizi.

AREA RISERVATA

Accedi con le stesse credenziali che utilizzi per entrare nell'Area riservata su <https://app.myassistance.eu> e consulta ovunque ti trovi le tue funzioni riservate.

Attraverso l'app **MyAssistance** puoi:

- **prenotare visite ed esami presso le strutture sanitarie convenzionate:** puoi inserire una richiesta di prenotazione
- **chiedere il rimborso delle spese** per le prestazioni semplicemente caricando la foto delle fatture e dei documenti richiesti per il rimborso
- **consultare l'estratto conto** per verificare lo stato di lavorazione delle tue richieste di rimborso.
- ricercare struttura e medico convenzionato.



5. LE 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
- lavoratori non in prova con contratto di apprendistato e con contratto a tempo determinato di durata non inferiore a 12 mesi
- i dipendenti delle Organizzazioni firmatarie del vigente CCNL per gli addetti all'industria della gomma, cavi elettrici ed affini e all'industria delle materie plastiche

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo contributo a carico del lavoratore iscritto, ai componenti del nucleo familiare del lavoratore stesso, inteso come coniuge o convivente (se al momento della richiesta di adesione convive da almeno un anno con l'iscritto) e figli conviventi fino al compimento del 26° anno di età, che non percepiscano un reddito superiore alla soglia fiscalmente prevista, secondo le vigenti disposizioni di legge.



6. 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 seguenti prestazioni:

- Ricovero per intervento chirurgico, intendendo per tali quelli elencati nell'allegato "elenco interventi chirurgici"
- Ospedalizzazione domiciliare a seguito di intervento chirurgico, intendendo per tali quelli elencati nell'allegato "elenco interventi chirurgici"
- Indennità sostitutiva per ricovero in struttura sanitaria per intervento chirurgico, intendendo per tali quelli elencati nell'allegato "elenco interventi chirurgici"
- Diaria da convalescenza per ricovero in struttura sanitaria per intervento chirurgico, intendendo per tali quelli elencati nell'allegato "elenco interventi chirurgici"
- Indennità giornaliera per ricovero medico e per ricovero con intervento chirurgico non ricompreso tra quelli elencati nell'allegato "elenco interventi chirurgici"
- Alta specializzazione
- Visite specialistiche
- Accertamenti diagnostici
- Trattamenti fisioterapici riabilitativi
- Rimborso dei ticket per le prestazioni di alta specializzazione, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici riabilitativi
- Cure oncologiche
- Protesi ortopediche e apparecchi acustici
- Lenti
- Odontoiatria/ortodonzia
- Cure dentarie da infortunio
- Interventi chirurgici odontoiatrici
- Prestazioni diagnostiche particolari
- Stati di non autosufficienza consolidata/permanente-protezione completa per assicurati con età minima 18 anni
- Stati di non autosufficienza temporanea per assicurati con età minima 18 anni
- Prestazioni a tariffe agevolate
- Servizi di consulenza e assistenza

6.1. RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO, INTENDENDO PER TALI QUELLI ELENCATI NELL'ALLEGATO "ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI"

Per ricovero si intende la degenza comportante pernottamento in struttura sanitaria, il Day Hospital e il Day Surgery. Il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Qualora l'assicurato venga ricoverato per un intervento chirurgico, intendendo per tale uno di quelli elencati nell'allegato "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, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero. |
| RETTA DI DEGENZA | Non sono comprese nella copertura le spese voluttuarie. |
| ACCOMPAGNATORE | Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nella struttura sanitaria 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 dalla struttura sanitaria), 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. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dalla struttura sanitaria. |

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso Allianz, alle strutture sanitarie convenzionate, all'interno del limite annuo previsto per singolo intervento di cui all'allegato "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'Isritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate. In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'interno del limite annuo previsto per singolo intervento di cui all'allegato "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'Isritto.

6.1.1 Il limite di spesa annuo

Il limite di spesa annuo corrisponde a quello indicato per ogni singolo intervento elencato nell'allegato "Elenco interventi chirurgici".

6.1.2 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, a seguito di un ricovero con intervento chirurgico intendendo per tale uno di quelli elencati nell'allegato "Elenco interventi chirurgici", indennizzabile dal Piano stesso 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. Allianz, concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Isritto 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 PERSONA.

6.1.3 Indennità sostitutiva, diaria da convalescenza e indennità giornaliera



LA DISPONIBILITÀ ANNUA PER L'INSIEME DELLE PRESTAZIONI DI CUI AL PRESENTE PUNTO "INDENNITÀ SOSTITUTIVA, DIARIA DA CONVALESCENZA E INDENNITÀ GIORNALIERA" È DI € 10.000,00 PER NUCLEO FAMILIARE.

6.1.3.1 Indennità sostitutiva per ricovero in struttura sanitaria per intervento chirurgico, intendendo per tali quelli elencati nell'allegato "Elenco interventi chirurgici"

L'assicurato, qualora non richieda alcun rimborso né per il ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse, ferma restando la possibilità di richiedere il rimborso 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 giorno di degenza all'interno della struttura sanitaria.

6.1.3.2 Diaria da convalescenza per ricovero in struttura sanitaria per intervento chirurgico, intendendo per tali quelli elencati nell'allegato "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 assicurativo e per nucleo familiare. **La convalescenza deve essere prescritta all'atto delle dimissioni dalla struttura sanitaria 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 all'allegato "Elenco interventi chirurgici".

6.1.3.3 Indennità giornaliera per ricovero medico e per ricovero con intervento chirurgico non ricompreso tra quelli elencati all'allegato "Elenco interventi chirurgici"

L'assicurato, in caso di ricovero senza intervento chirurgico o di ricovero con intervento chirurgico non compreso tra quelli elencati nell'allegato "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.

6.2. ALTA SPECIALIZZAZIONE

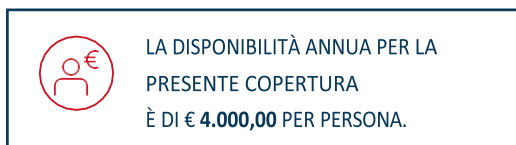
| | | |
|-------------------------------------|---|---|
| ALTA DIAGNOSTICA RADIOLOGICA | Angiografia Artrografia | Fluorangiografia |
| | Broncografia | Galattografia |
| | Cistografia | Isterosalpingografia |
| | Cistouretrografia | Mielografia Retinografia |
| | Clisma opaco | Rx esofago con mezzo di contrasto Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto |
| | Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP) | Rx tenue e colon con mezzo di contrasto |
| | Colangiografia percutanea (PTC) | Scialografia |
| | Colangiografia trans Kehr | Splenoportografia Urografia |
| | Colecistografia | Vesciculodeferentografia |
| | Dacriocistografia/Dacriocistotac | Videoangiografia |
| | Defecografia | Wirsunggrafia |
| | Fistolografia | PET |
| | Flebografia | Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN) |
| ACCERTAMENTI | Ecocardiografia | Scintigrafia |
| | Elettroencefalogramma | Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale) |
| | Elettromiografia Mammografia o Mammografia Digitale | Dialisi Radioterapia |
| TERAPIE | Chemioterapia | |
| | Cobaltoterapia | |

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

Le spese per le prestazioni erogate all'assicurato vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso Allianz e **MyAssistance**, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'assicurato di € 25,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'assicurato alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'assicurato dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la diagnosi o 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'assicurato sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate**

In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di € 25,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso è necessario che l'assicurato alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la diagnosi o la patologia presunta o accertata.



6.3. VISITE SPECIALISTICHE

Il Piano sanitario prevede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

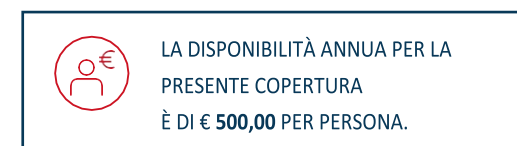
- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'assicurato vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso Allianz e **MyAssistance**, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'assicurato di € 25,00 per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata dall'assicurato alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'assicurato dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la diagnosi o 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'assicurato sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di € 25,00 per ogni visita specialistica. Per ottenere il rimborso è necessario che l'assicurato alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la diagnosi o la patologia presunta o accertata.

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.



6.4. 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'assicurato vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso Allianz e **MyAssistance**, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'assicurato di € 25,00 per ogni accertamento diagnostico, che dovrà essere versata dall'assicurato alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'assicurato dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la diagnosi o 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'assicurato sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di € 25,00 per ogni accertamento diagnostico. Per ottenere il rimborso è necessario che l'assicurato alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la diagnosi o la patologia presunta o accertata.



LA DISPONIBILITÀ ANNUA PER LA
PRESENTE COPERTURA
È DI € 300,00 PER PERSONA.

6.5. 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 professionista sanitario 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 analgici.


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'assicurato vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso Allianz e **MyAssistance**, alle strutture stesse lasciando una quota a carico dell'assicurato di € 25,00 per ogni ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'assicurato 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'assicurato sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di € 25,00 per ogni ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso è necessario che l'assicurato alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante come sopra indicato.




LA DISPONIBILITÀ ANNUA PER LA
PRESENTE COPERTURA
È DI € 100,00 PER PERSONA.

6.6. RIMBORSO DEI TICKET PER LE PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE, VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

Il Piano sanitario, nel caso in cui l'assicurato 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'assicurato.

Si intendono compresi anche i ticket emessi dal Pronto Soccorso a seguito delle prestazioni sopra indicate.

 LA DISPONIBILITÀ ANNUA PER LA PRESENTE COPERTURA È DI € 1.000,00 PER PERSONA.

6.7. 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 extraricovero) 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'assicurato vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso Allianz e **MyAssistance**, alle strutture stesse, senza alcun importo a carico dell'assicurato.

- **Nel 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**

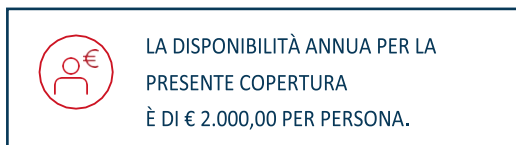
Il Fondo FASG&P, attraverso Allianz e **MyAssistance**, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'assicurato.

 LA DISPONIBILITÀ ANNUA PER LA PRESENTE COPERTURA È DI € 2.000,00 PER PERSONA.

6.8. 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 dell'80% e con un minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura/persona.

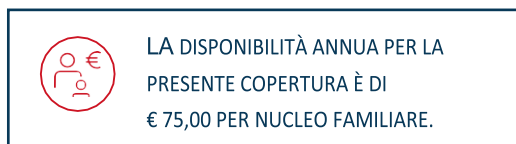


6.9. LENTI

Il Piano sanitario rimborsa all'assicurato le spese sostenute per l'acquisto di 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.

Inoltre, in caso di acquisto di occhiali la relativa fattura dovrà riportare distintamente l'importo delle lenti e quello della montatura.



6.10. 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.

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

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

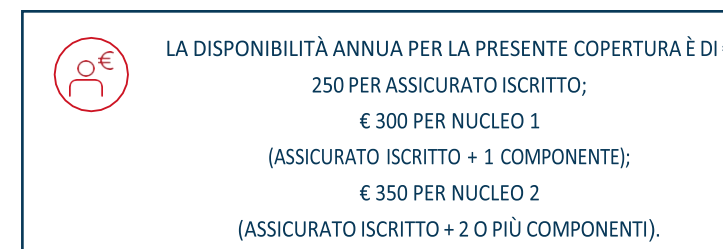
- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate**

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'assicurato sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate.

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 Allianz e **MyAssistance**, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'assicurato.



6.11. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

Il Piano sanitario liquida all'assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio, con le modalità sottoindicate.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

- radiografie e referti radiologici
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

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

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


- **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'assicurato sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate.

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 Allianz e **MyAssistance**, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'assicurato.



LA DISPONIBILITÀ ANNUA
PER LA PRESENTE COPERTURA
È DI € 1.000,00 PER NUCLEO FAMILIARE.

6.12. 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 semiarcata)
- 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 endodontico endocanalare
 - intervento per iperostosi, 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
 - ricostruzione del fornice (per semiarcata)
 - ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; per questo intervento si rendono necessari anche radiografie/referti radiologici e fotografia digitale post intervento.

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

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

- **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'assicurato sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate.

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 Allianz e **MyAssistance**, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'assicurato.

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 sotto elencate) 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 sopra indicato
- 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.

6.13. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

Il Piano sanitario prevede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. 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. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Prestazioni previste, per gli uomini e per le donne, una volta l'anno:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- urine: esame chimico, fisico e microscopico
- elettrocardiogramma di base

PREVENZIONE ONCOLOGICA

in aggiunta alla "Prevenzione Cardiovascolare", sono previste anche le seguenti prestazioni una volta l'anno:

per gli uomini:

- PSA

Per le donne:

- mammografia + Pap-test

Sia per gli uomini che per le donne:

- feci: ricerca del sangue occulto
- ecotomografia addome superiore e inferiore (4/5 organi)

6.14. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE – PROTEZIONE COMPLETA PER ASSICURATI CON ETÀ MINIMA 18 ANNI

6.14.1 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”, sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza dell'assicurato.

6.14.2 Condizioni di associabilità

All'effetto del Piano sanitario, ai fini dell'operatività della copertura, le persone Assicurate 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.

6.14.3 Limite di spesa mensile garantito

Nel caso in cui l'assicurato 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 sotto indicate corrisponde a € 300,00 per la durata massima di 12 mesi.

6.14.4 Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'assicurato 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'assicurato 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 | |
|---|------------------|
| LAVARSI | PUNTEGGIO |
| 1° GRADO | |
| L'assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente Autonomo | 0 |
| 2° GRADO | |
| L'assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno | 5 |
| 3° GRADO | |
| L'assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno | 10 |
| VESTITI E SVESTITI | PUNTEGGIO |
| 1° GRADO | |
| L'assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo | 0 |
| 2° GRADO | |
| L'assicurato 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'assicurato 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 | PUNTEGGIO |
| 1° GRADO | |
| L'assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3): | 0 |
| 1. andare in bagno | |
| 2. lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi | |
| 3. effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno | |
| 2° GRADO | |
| L'assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3) | 5 |
| 3° GRADO | |
| L'assicurato necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3) | 10 |

| | |
|---|------------------|
| SPOSTARSI | PUNTEGGIO |
| 1° GRADO | |
| L'assicurato è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi | 0 |
| 2° GRADO | |
| L'assicurato 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'assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi | 10 |
| CONTINENZA | PUNTEGGIO |
| 1° GRADO | |
| L'assicurato è completamente continente | 0 |
| 2° GRADO | |
| L'assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno | 5 |
| 3° GRADO | |
| L'assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia | 10 |
| NUTRIRSI | PUNTEGGIO |
| 1° GRADO | |
| L'assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti | 0 |
| 2° GRADO | |
| L'assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: | 5 |
| <ul style="list-style-type: none"> • sminuzzare/tagliare cibo • sbucciare la frutta • aprire un contenitore/una scatola • versare bevande nel bicchiere | |
| 3° GRADO | |
| L'assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale | 10 |

6.14.5 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'assicurato o l'assicurato 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 Allianz, attraverso **MyAssistance**, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità ivi descritte.

Allianz, attraverso **MyAssistance**, intervistando telefonicamente l'assicurato, l'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'assicurato, valuterà la richiesta pervenuta ed effettuerà una prima valutazione del caso. In questa fase, qualora Allianz, attraverso **MyAssistance**, valuti che vi siano i presupposti, potranno essere fornite dal Case Manager informazioni sui servizi socio-sanitari erogati dalle strutture socio assistenziali e indicazioni sugli uffici deputati ad offrire assistenza a fronte di condizioni di non autosufficienza. Il Case Manager provvederà inoltre ad inviare all'Isritto una guida orientativa per le agevolazioni socio/gestionali.

A seguito del contatto telefonico l'assicurato, l'amministratore di sostegno o il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'assicurato, dovrà produrre la documentazione specificata al successivo punto "Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente e dello stato di non autosufficienza temporanea da parte di Allianz, attraverso **MyAssistance**. Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta Allianz, attraverso **MyAssistance**, 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 Allianz, attraverso MyAssistance, riconosca lo stato di non autosufficienza consolidato**, all'assicurato 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'assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'assicurato o dai familiari. Qualora l'assicurato 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'assicurato che nelle strutture stesse. All'assicurato 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, attraverso Allianz e **MyAssistance**, quelle che verranno erogate con tariffe agevolate il cui costo rimarrà a carico dell'assicurato e quelle eventualmente rifiutate dall'assicurato. Questo documento dovrà essere firmato dall'assicurato, dall'amministratore di sostegno o tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell'assicurato, 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 Allianz e **MyAssistance**, procederà con la prenotazione e autorizzazione delle suddette prestazioni, esclusivamente in strutture convenzionate non prevedendo il rimborso di alcuna spesa sostenuta, ad eccezione di quanto previsto al successivo punto 4). Allianz, attraverso **MyAssistance**, provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'assicurato 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'assicurato, 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 Isritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

2. **Nel caso in cui Allianz, attraverso MyAssistance, 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'assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'assicurato o dai familiari.

Qualora l'assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), il Fondo FASG&P, attraverso Allianz e **MyAssistance**, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'assicurato, 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.

Allianz, attraverso **MyAssistance**, provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'assicurato stesso e/o dalle strutture convenzionate utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste al precedente punto 1). Allianz, attraverso **MyAssistance**, si riserva la facoltà di sottoporre l'assicurato 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'assicurato comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, il Fondo FASG&P, attraverso Allianz e **MyAssistance**, rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate, nel limite di spesa mensile previsto. Qualora invece le condizioni dell'assicurato non rientrassero più nei parametri della non autosufficienza, tali prestazioni rimarranno a carico dell'assicurato stesso.

3. **Nel caso in cui Allianz, attraverso MyAssistance, non riconosca lo stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all'assicurato.** Laddove il punteggio assegnato Allianz, attraverso **MyAssistance**, al termine dell'istruttoria risultasse essere di almeno 30 punti, all'assicurato 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'assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'assicurato o dai familiari. Qualora l'assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), il Fondo FASG&P, attraverso Allianz e **MyAssistance**, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'assicurato, 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.
4. **Qualora l'assicurato sia "assistito" presso una RSA e pertanto non possa usufruire delle prestazioni previste al precedente punto 1),** il Fondo FASG&P, attraverso Allianz e **MyAssistance**, provvederà a rimborsargli, nel limite di spesa previsto al punto "Limite di spesa mensile garantito", esclusivamente la retta mensile.

6.14.6 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/ permanente

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

- a. Chiamare il numero verde gratuito **800-223355** 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 **MyAssistance** – via Raimondo Montecuccoli 20-1 Milano 20147 a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno. Tale fascicolo deve contenere:
 - il modulo di attivazione della copertura compilato e firmato, comprensivo dell'Informativa Privacy
 - il certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell'assicurato 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'assicurato
 - 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'assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare al Fondo FASG&P, presso **MyAssistance**, 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 Allianz e **MyAssistance**, di erogare il miglior servizio nell'ambito della propria rete convenzionata.

Allianz, attraverso **MyAssistance**, ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite medico legali.

Nel caso in cui l'assicurato sia riconosciuto in stato di non autosufficienza, ma la situazione non risulti consolidata, Allianz, attraverso **MyAssistance**, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

Il diritto dell'assicurato al riconoscimento di quanto previsto dalla copertura, decorre dal momento in cui Allianz, attraverso **MyAssistance**, considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'assicurato.

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’assicurato 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’assicurato 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’assicurato, dovrà essere inviata al Fondo FASG&P, presso **MyAssistance**. Quest’ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell’assicurato sembrano insufficienti
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell’assicurato
- riscontrare uno stato di non autosufficienza suscettibile di miglioramento, rimandando la valutazione alla stabilizzazione delle condizioni di salute

Allianz, attraverso **MyAssistance**, avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell’assicurato 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 Allianz, attraverso **MyAssistance**, 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’assicurato intervenuti dopo l’ultima richiesta di valutazione.

Il diritto dell’assicurato 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 Allianz, attraverso **MyAssistance**, considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell’assicurato.

6.14.7 Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte di Allianz, attraverso **MyAssistance**, secondo le condizioni del punto “Definizione dello stato di non autosufficienza” dà diritto all’assicurato 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 socio assistenziali, per mezzo di strutture e/o personale convenzionato
- rimborso della retta mensile in caso di permanenza in RSA

6.14.8 Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali

In caso di erogazione delle prestazioni, avvalendosi di strutture e/o di personale convenzionati, il Fondo FASG&P, attraverso Allianz e **MyAssistance**, provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate. Si precisa che qualora l’assicurato opti per il pagamento diretto della badante da parte del Fondo FASG&P, attraverso Allianz e **MyAssistance**, il contratto di assunzione della stessa dovrà comunque essere sottoscritto personalmente dall’assicurato oppure, ove ciò non sia possibile, dal suo amministratore di sostegno o tutore legale o familiare preposto alla cura dell’assicurato. La struttura e/o il personale convenzionati non potranno comunque richiedere all’assicurato 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 Allianz e **MyAssistance**.

6.14.8.1 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 **MyAssistance** – via Raimondo Montecuccoli 20-1 Milano 20147 – dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

Il modulo di attivazione della copertura compilato e firmato, comprensivo dell’Informativa Privacy

Il certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell’assicurato 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’assicurato. 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'assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare al Fondo FASG&P, presso **MyAssistance**, 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'assicurato viene effettuato su presentazione al Fondo FASG&P, presso **MyAssistance**, della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte di Allianz, attraverso **MyAssistance**, 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.

6.14.9 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

Allianz, attraverso **MyAssistance**, si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'assicurato, a controlli presso l'assicurato 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'assicurato. In caso di rifiuto da parte dell'assicurato di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma garantita potrà essere sospeso dalla data della richiesta.

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

6.15.1 Oggetto della copertura

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

6.15.2 Condizioni di associabilità

Ai fini dell'operatività della copertura, gli assicurati 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:
 - spostarsi
 - lavarsi
 - vestirsi
 - 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.

6.15.3 Limite di spesa mensile garantito

La somma mensile garantita nel caso in cui l'assicurato 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.

6.15.4 Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'assicurato 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:
- dell’assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio
- 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.

6.15.5 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza temporanea

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

chiamare il numero verde gratuito indicato a inizio guida e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre ad Allianz, attraverso **MyAssistance**, ai fini della valutazione medica finale produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: Fondo FASG&P presso **MyAssistance** – via Raimondo Montecuccoli 20-1 Milano 20147– a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

Tale fascicolo deve contenere:

- il modulo di attivazione della copertura compilato e firmato, comprensivo dell’Informativa Privacy
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell’assicurato, 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’assicurato
- 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’assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare a Fondo FASG&P presso **MyAssistance** tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Allianz, attraverso **MyAssistance**, ha la facoltà di sottoporre l’assicurato 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, Allianz, attraverso **MyAssistance**, insieme all’esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

In risposta, Allianz, attraverso **MyAssistance**, invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l’assicurato 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’assicurato 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’assicurato 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’assicurato, dovrà essere inviata al Fondo FASG&P, presso **MyAssistance**.

Quest’ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell’assicurato sembrano insufficienti

- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza temporaneo dell'assicurato.

Allianz, attraverso **MyAssistance**, avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'assicurato 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'assicurato 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 Allianz, attraverso **MyAssistance**, considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione dello Stato di non autosufficienza temporaneo dell'assicurato.

6.15.6 Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi di assistenza

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte di Allianz, attraverso **MyAssistance**, secondo le condizioni del punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'assicurato 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 Allianz, attraverso **MyAssistance**, considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza dell'assicurato.

6.15.7 Erogazione diretta della prestazione di assistenza

Qualora l'assicurato richieda l'attivazione del servizio di assistenza, anche domiciliare, avvalendosi quindi di strutture e/o di personale sanitario convenzionati da Allianz e **MyAssistance** 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'assicurato 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 Allianz e **MyAssistance**.

6.15.8 Richiesta di rimborso spese

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo – indirizzato a: Fondo FASG&P presso **MyAssistance** – via Raimondo Montecuccoli 20-1 Milano 20147 – dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- il modulo di attivazione della copertura compilato e firmato, comprensivo dell'Informativa Privacy
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'assicurato e la relativa data d'insorgenza. 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'assicurato
- 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'assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare al Fondo FASG&P presso **MyAssistance** 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'assicurato 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'assicurato viene effettuato su presentazione al Fondo FASG&P presso **MyAssistance** della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte di Allianz, attraverso **MyAssistance**, 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.

6.15.9 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

Allianz, attraverso **MyAssistance**, si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'assicurato, a controlli presso l'assicurato 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'assicurato. In caso di rifiuto da parte dell'assicurato di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma garantita potrà essere sospeso dalla data della richiesta.

6.16. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

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'assicurato è possibile prenotare la prestazione direttamente presso la struttura prescelta tra quelle convenzionate richiedendo l'applicazione delle tariffe riservate agli **iscritti al Fondo FASG&P e assistiti Allianz MyAssistance** con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

6.17. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

I seguenti servizi di consulenza e assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di AWP P&C S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia che provvede, 24 ore su 24 e per tutta la durata dell'anno, al contatto telefonico con l'assicurato, ed organizza ed eroga le prestazioni di assistenza di seguito elencate.

La Centrale Operativa deve essere contattata telefonando al numero verde 800-223355, 24 ore su 24, 365 giorni l'anno festivi compresi.

Dall'estero occorre comporre il numero +39 02 89 040 744.

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 ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.)
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni

b. Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'assicurato 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

Qualora, in conseguenza di infortunio o malattia, l'assicurato necessiti di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 nei giorni feriali o nell'intero arco delle 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, Allianz, attraverso la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare a proprie spese uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte dei medici convenzionati di intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante auto ambulanza.

d. Invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio

Nei casi di ricoveri 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 da prescrizione medica, diagnosticata e indicata all'atto delle dimissioni che comporti la necessità di prestazioni infermieristiche/fisioterapiche, Allianz, 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'assicurato 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, Allianz, 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'assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione 3 giorni prima della data di dimissioni dalla Struttura sanitaria o appena in possesso del certificato.

f. Invio di medicinali a domicilio

L'assistenza sarà prestata qualora l'assicurato 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.

Allianz, attraverso la Centrale Operativa, provvederà, dopo aver ritirato la ricetta presso l'assicurato, alla consegna dei medicinali prescritti. La prestazione sarà fornita massimo 3 volte l'anno per nucleo familiare. A carico dell'assicurato resta solo il costo dei medicinali.

g. Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso la Centrale Operativa 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 chilometri e con il massimo di € 300,00 per sinistro e per persona.

h. Trasporto in autoambulanza

Nel caso in cui l'assicurato, 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.

i. 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, Allianz, attraverso la Centrale Operativa, provvederà nelle quattro settimane successive al sinistro, ad organizzare la consegna al domicilio dell'assicurato 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'assicurato sarà quindi informato sui tempi previsti per il recapito della spesa e dell'importo totale che dovrà riconoscere al fattorino al momento della consegna.

j. Parere medico

Nel caso in cui l'assicurato, in seguito a infortunio o malattia, necessiti di un parere medico online potrà contattare la Centrale Operativa, per ottenere un parere medico da uno specialista



7. 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 allenamenti
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")

7. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

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
- 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'assicurato 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'assicurato 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'assicurato di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute
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)
9. di partecipazione attiva dell'assicurato ad atti criminali

10. di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato
11. delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale
12. di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici



8. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

8.1. ESTENSIONE TERRITORIALE

Il Piano sanitario ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia.

8.2. LIMITI DI ETÀ

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del 90° anno di età, cessando alla prima scadenza annuale del Piano stesso successiva al compimento di tale età da parte dell'assicurato Iscritto; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare la copertura cessa nel medesimo momento in cui termina per l'assicurato Iscritto.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il 90° anno di età, la copertura cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo assicurato.



9. ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

| SEZIONE NOMENCLATORE | CARDIOCHIRURGIA E CHIRURGIA TORACICA | LIMITE MASSIMO DI SPESA |
|--|---|-------------------------|
| CARDIOCHIRURGIA | Trapianto cardiaco | 45.000 |
| CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA | Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso | 7.500 |
| | Tutti gli interventi: a cuore chiuso | 15.000 |
| | Tutti gli interventi: a cuore aperto per difetti complessi o complicati | 18.000 |
| CHIRURGIA DEL PIEDE | Amputazioni falangee/metatarsali | 2.000 |
| | Protesi di caviglia | 7.500 |
| CHIRURGIA DELLA MAMMELLA | Mastectomia radicale ed eventuale asportazione di linfonodo | 10.500 |
| CHIRURGIA DELLA MANO | Malformazioni complesse delle mani (per tempo operatorio) | 10.500 |
| | Reimpianto microchirurgico del dito | 18.000 |
| | Ricostruzione del pollice | 18.000 |
| | Trattamento mano reumatoide (protesi escluse) | 7.500 |
| CHIRURGIA DERMATOLOGICA – CRIOTERAPIA – LASERTERAPIA | Ampiamento dell'exeresi di melanoma | 2.000 |
| | Asportazione di Melanoma | 2.000 |
| CHIRURGIA GENERALE | Asportazione di diverticolo esofageo | 7.500 |
| | Cardioplastica | 7.500 |
| | Colectomia totale | 10.500 |
| | Colectomie parziali | 7.500 |

9. ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

| | | |
|--|---|--------|
| CHIRURGIA GENERALE | Deconnessione azigos-portale pervia addominale | 10.500 |
| | Derivazioni biliodigestive | 7.500 |
| | Drenaggio di ascesso epatico | 7.500 |
| | Epatotomia e coledocotomia | 15.000 |
| | Esofagotomia cervicale | 7.500 |
| | Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale | 10.500 |
| | Gastroectomia se allargata | 18.000 |
| | Gastroectomia totale | 15.000 |
| | Interventi con esofagoplastica | 10.500 |
| | Interventi per echinococchi | 10.500 |
| | Interventi per neoplasie del retto – ano | 7.500 |
| | Interventi per neoplasie pancreatiche | 10.500 |
| | Interventi per pancreatite acuta | 15.000 |
| | Interventi per pancreatite cronica | 7.500 |
| | Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico | 15.000 |
| | Interventi sulla papilla di Water | 7.500 |
| | Intervento per fistola gastro-digiunocolica | 10.500 |
| | Mega-esofago e esofagite da reflusso | 10.500 |
| | Operazione per megacolon | 15.000 |
| | Pancreasectomia sinistra per neoplasia pancreatiche | 10.500 |
| | Papillotomia per via transduodenale | 7.500 |
| | Proctocolectomia totale | 15.000 |
| | Reinterventi sulle vie biliari | 10.500 |
| | Resezione gastrica | 15.000 |
| | Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria | 15.000 |
| | Resezioni epatiche | 15.000 |
| | se per via addominoperineale, in uno od in più tempi | 7.500 |
| | Splenectomia | 7.500 |
| Surrenalectomia | 15.000 | |
| Sutura di perforazioni gastriche e intestinali | 10.500 | |
| Svuotamento laterocervicale bilaterale | 7.500 | |

9. ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

| | | |
|---|--|-----------------------------------|
| CHIRURGIA GENERALE | Tiroidectomia parziale solo per patologia tumorale | 7.500 |
| | Tiroidectomia totale (chirurgica o con radioiodio terapia) | 15.000 |
| | Trapianto di fegato | 45.000 |
| CHIRURGIA ORO-MAXILLO-FACCIALE | Frattura del IH superiore della faccia (NEF): con scalpo | 7.500 |
| | Mentoplastica di avanzamento, di arretramento, di abbassamento, etc. | 15.000 |
| | Operazione demolitrice del massiccio facciale con svuotamento orbitale | 15.000 |
| | Plastiche per paralisi facciali: Dinamica | 7.500 |
| | Push-bach e faringoplastica | 7.500 |
| | Riduzione frattura mandibolare con osteosintesi | 7.500 |
| | Riduzione frattura orbitaria | 10.500 |
| | CHIRURGIA PEDIATRICA | Asportazione di fistole congenite |
| Correzioni di malformazioni parietali | | 15.000 |
| Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale | | 15.000 |
| Intervento per craniostenosi | | 15.000 |
| Ricostruzione sternale per "Pectus excavatum" | | 15.000 |
| Tutti gli interventi: a cuore aperto per difetti singoli non complicati | | 15.000 |
| CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA | Chirurgia degli stati intersessuali (per tempo operatorio) | 7.500 |
| | Gravi e vaste mutazioni del viso | 22.500 |
| | Labioalveoloschisi bilaterale | 7.500 |
| | Labioschisi bilaterale | 7.500 |
| | Palatoschisi totale | 7.500 |
| | Ricostruzione della emimandibola | 7.500 |
| | Ricostruzione vaginale | 10.500 |
| CHIRURGIA TORACO-POLMONARE | Correzioni di malformazioni parietali | 15.000 |
| | Interventi per ferite del polmone | 7.500 |
| | Interventi per fistole bronchiali | 15.000 |
| | Interventi per tumori | 18.000 |
| | Malformazione della gabbia toracica | 18.000 |

9. ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

| | | |
|----------------------------|--|--------|
| CHIRURGIA TORACO-POLMONARE | Pleuropneumectomia | 22.500 |
| | Pneumectomia | 15.000 |
| | Resezione bronchiale con reimpianto | 22.500 |
| | Resezione costali | 7.500 |
| | Resezioni segmentane e lobectomia | 15.000 |
| | Ricostruzione sternale per "Pectus excavatum" | 15.000 |
| | Sutura di ferite profonde con interessamento del tubo laringotracheale o dell'esofago cervicale | 7.500 |
| | Timectomia per via toracica | 7.500 |
| | Toracotomia esplorativa | 7.500 |
| | Trapianto di polmone | 45.000 |
| CHIRURGIA VASCOLARE | Tumori della trachea | 22.500 |
| | Anastomosi mesenterica-cava | 15.000 |
| | Anastomosi porta-cava e splenorenale | 15.000 |
| | Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo | 15.000 |
| | Disostruzione e by-pass aorto-addominale | 15.000 |
| | Disostruzione e by-pass arterie periferiche | 10.500 |
| | Embolectomia e trombectomia arteriosa per arto | 7.500 |
| | Endoarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario | 22.500 |
| | Interv. per stenosi ed ostruzione carotide extracranica, succlavia e arteria anonima | 15.000 |
| | Interventi per aneurismi arteria ascellare, omerale, poplitea, femorale | 10.500 |
| CHIRURGIA VASCOLARE | Interventi per aneurismi artero-venosi a livello ascellare, omerale, popliteo, femorale | 10.500 |
| | Interventi per aneurismi artero-venosi a livello delle tibiali, glutee e tiroidee | 15.000 |
| | Interventi per aneurismi ed aneurismi artero-venosi dei suelencati vasi arteriosi | 15.000 |

9. ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

| | | |
|--|---|--|
| CHIRURGIA VASCOLARE | Interventi per innesti di vasi | 10.500 |
| | Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca | 15.000 |
| | Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale | 15.000 |
| | Legatura arterie carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache | 7.500 |
| | Legatura di grossi vasi | 7.500 |
| | Legatura vena cava inferiore | 10.500 |
| | Resezione arteriosa con plastica vasale | 15.000 |
| | Sutura arterie periferiche | 7.500 |
| | Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo | 7.500 |
| | Trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti | 10.500 |
| | Trattamento endovascolare di aneurismi arteria iliaca comune ed embolizzazione arteria ipogastrica | 10.500 |
| | Trombectomia venosa periferica cava | 7.500 |
| | Trombectomia venosa periferica iliaca | 7.500 |
| | GASTROENTERO-LOGIA (CHIRURGIA GASTROENTEROLOGICA ED ENDOSCOPICA – ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA | Interventi chirurgici per ipertensione portale |
| Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche | | 10.500 |
| GINECOLOGIA | Isterectomia totale per via laparotomica (con o senza annessiectomia) | 10.500 |
| | Miomectomia e I o ricostruzione plastica dell'utero | 7.500 |
| NEUROCHIRURGIA | Anastomosi dei vasi extra-intracranici | 22.500 |
| | Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto | 22.500 |
| | Anastomosi endocranica dei nervi cranici | 7.500 |
| | Anastomosi extracranica di nervi cranici | 10.500 |
| | Apertura di ascesso cerebrale | 15.000 |

9. ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

| | | |
|---|--|--------|
| NEUROCHIRURGIA | Asportazione di processi espansivi del rachide extra- intradurali extra-midollari | 7.500 |
| | Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitane, ecc) | 22.500 |
| | Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari | 10.500 |
| | Asportazione tumori ossei della volta cranica | 15.000 |
| | Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale | 15.000 |
| | Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica | 10.500 |
| | Cordotomia e mielotomia per cutanea | 15.000 |
| | Cranioplastica | 10.500 |
| | Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale | 10.500 |
| | Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale | 15.000 |
| | Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche | 15.000 |
| | Emisferectomia | 22.500 |
| | Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale e sul clivus per via anteriore | 15.000 |
| | Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale per via posteriore | 15.000 |
| | Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, etc.) | 22.500 |
| | Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore | 10.500 |
| | Interventi per traumi cranio cerebrali | 15.000 |
| | Interventi per traumi vertebro-midollari | 10.500 |
| | Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica | 15.000 |
| | Interventi sul plesso brachiale | 18.000 |
| Intervento per encefalomeningocele | 15.000 | |
| Intervento per epilessia focale e callosotomia | 15.000 | |
| Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale | 18.000 | |

9. ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

| | | |
|--|--|--------|
| NEUROCHIRURGIA | Laminectomia esplorativa o decompressiva (per localizzazioni tumorali ripetitive) | 10.500 |
| | Neurotomia retrogasseriana-sezione intracranica di altri nervi | 15.000 |
| | Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre) | 15.000 |
| | Radiochirurgia gammaknife | 7.500 |
| | Radiochirurgia stereotassica | 7.500 |
| | Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici | 10.500 |
| | Simpaticectomia cervico-toracica | 10.500 |
| | Simpaticectomia lombare | 7.500 |
| | Spondilolistesi | 10.500 |
| | Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari | 18.000 |
| | Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche, (aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose) | 22.500 |
| | Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari Intracraniche | 15.000 |
| | Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.) | 15.000 |
| | Asportazione tumori dell'orbita | 10.500 |
| | Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile | 7.500 |
| Odontocheratoprosi | 10.500 | |
| Operazione di decompressione a sforzo oftalmopatia ed eventuale correzione diplopia | 15.000 | |
| Operazione di Kroenlein od orbitotomia | 10.500 | |
| Trapianto corneale a tutto spessore (solo in ambiente pubblico universitario ed ospedaliero) | 7.500 | |
| ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | Artroprotesi di anca | 22.500 |
| | Artroprotesi di ginocchio | 15.000 |
| | Artroprotesi di gomito | 7.500 |

9. ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

| | | |
|---------------------------------------|--|--------|
| ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | Asportazione tumori dei nervi periferici | 7.500 |
| | Emipelvectomia | 15.000 |
| | Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca | 22.500 |
| | Protesi totale per displasia d'anca | 22.500 |
| OSTETRICIA | Laparotomia per gravidanza extrauterina | 7.500 |
| OTORINOLARINGOIATRIA | Anastomosi e trapianti nervosi | 10.500 |
| | Asportazione della parotide | 7.500 |
| | Asportazione di tumori dell'orecchio medio | 7.500 |
| | Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa | 10.500 |
| | Atresia auris congenita: ricostruzione | 10.500 |
| | Chirurgia del sacco endolinfatico | 10.500 |
| | Chirurgia della Sindrome di Mènière | 7.500 |
| | Cordectomia per via tirotonica | 7.500 |
| | Distruzione del labirinto | 7.500 |
| | Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento delle logge sottomascellari | 7.500 |
| | Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento latero-cervicale | 7.500 |
| | Interventi per paralisi degli abduttori | 10.500 |
| | Laringectomia parziale | 10.500 |
| | Laringectomia ricostruttiva | 15.000 |
| | Laringectomia sopraglottica | 10.500 |
| | Laringectomia totale | 15.000 |
| | Laringofaringectomia | 10.500 |
| | Neurinoma dell'VIII paio | 22.500 |
| | Parotidectomia totale con preparazione del facciale | 7.500 |
| | Sezione del nervo coclearie | 18.000 |
| | Sezione del nervo vestibolare | 18.000 |
| | Svuotamento petromastoideo, con innesto dermoepidermico | 7.500 |
| Trattamento delle petrositi suppurate | 10.500 | |
| Tumori parafaringei | 15.000 | |

9. ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

| | | |
|--|--|--------|
| RADIOLOGIA INTERVENTISTICA | Fistole arterovenose polmonari | 15.000 |
| UROLOGIA – DIAGNOSTICA UROLOGICA – UROLOGIA | Amputazione totale del pene | 10.500 |
| ENDOSCOPICA ED OPERATIVA | Anastomosi epididimo deferenziale o ricanalizzazione del deferente (con tecnica microchirurgica) | 7.500 |
| | Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder | 22.500 |
| | Cistoprostatovescicolectomia conneovescica rettale | 18.000 |
| | Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi | 18.000 |
| | Cistoprostatovescicolectomia con uretersigmoidostomia | 15.000 |
| | Diverticolectomia con U.C.N. | 7.500 |
| | Emitrigonectomia | 7.500 |
| | Endopielolitomia per stenosi del giunto piero-uretale | 10.500 |
| | Ileo bladder | 7.500 |
| | Ileo e\o colonicistoplastiche | 15.000 |
| | Linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolari | 7.500 |
| | Lobotomia per ascessi pararenali | 7.500 |
| | Nefrectomia allargata per tumore | 18.000 |
| | Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia | 22.500 |
| | Nefrectomia parziale | 15.000 |
| | Nefrectomia semplice | 7.500 |
| | Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova) | 15.000 |
| | Nefroureterectomia totale | 22.500 |
| | Orchidopessi bilaterale | 7.500 |
| | Orchiectomia allargata per tumore | 15.000 |
| | Orchifuniculectomia per via inguinale | 7.500 |
| | Pielotomia | 7.500 |
| | Pieloureteroplastica (tecniche nuove) | 7.500 |
| | Plastica per ipospadia ed epispadia | 10.500 |

9. ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

| | | |
|-----------------------------|--|--------|
| ENDOSCOPICA ED OPERATIVA | Plastica ricostruttiva per estrofia vescicale (per tempo operatorio) | 22.500 |
| | Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali | 15.000 |
| | Plastiche di ricostruzione per ipospadia | 10.500 |
| | Resezione renale con clampaggio vascolare | 15.000 |
| | Resezioni vescicali a pastiglia con reimpianto ureterale | 7.500 |
| | Riparazione di fistola vescico intestinale | 10.500 |
| | Riparazione fistole vescico vaginali | 10.500 |
| | Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale | 22.500 |
| | Sigmoidostomia | 7.500 |
| | Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale | 15.000 |
| | Trapianto renale | 45.000 |
| | Ureterocistoneostomia con plastica di riduzione dell'uretere | 10.500 |
| | Ureterocistoneostomia con psiozzazione vescicole | 10.500 |
| | Ureterocistoneostomia monolaterale | 7.500 |
| | Ureteroplastica | 7.500 |
| | Ureterosigmoidostomia uni- o bilaterale | 10.500 |
| Uretrectomia | 7.500 | |



10. COME PRESENTARE RECLAMI

Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità:

- con lettera inviata ad Allianz S.p.A. – Pronto Allianz Servizio Clienti – Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano;
- tramite il sito internet dell’Impresa – www.allianz.it – accedendo alla sezione Reclami.

L’Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori, il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.

I reclami relativi al solo comportamento degli Intermediari bancari e dei broker e loro dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell’Impresa, saranno gestiti direttamente dall’Intermediario e potranno essere a questi direttamente indirizzati.

Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire ad Allianz S.p.A. la stessa lo trasmetterà tempestivamente all’Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni. Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l’Autorità Giudiziaria.

In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all’IVASS, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it, Info su: www.ivass.it corredando l’esposto con copia del reclamo già inoltrato all’Impresa e con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte dell’Impresa. In caso di reclamo inoltrato tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati vengano trasmessi in formato pdf.

Il modello per presentare un reclamo all’IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla Sezione “PER I CONSUMATORI – RECLAMI – Guida”, nonché sul sito dell’Impresa www.allianz.it alla Sezione “Reclami”, attraverso apposito link al sito di IVASS.

10. COME PRESENTARE RECLAMI

I reclami indirizzati per iscritto all’IVASS contengono:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l’operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all’Impresa e dell’eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l’Autorità Giudiziaria.



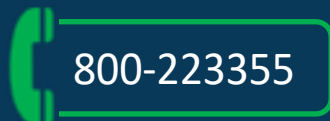
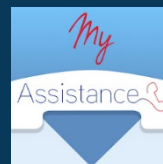


Foro Buonaparte, 59
20121 Milano
info@fasgep.it
Tel. 02 45377180

www.fasgep.it

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

- <https://app.myassistance.eu>
- scarica l'app **MyAssistance**
per chiedere un rimborso o una diretta basta una foto
- oppure contatta il **Numero Verde**



dall'estero: prefisso per l'Italia + 39 02 89 040 744
orari: 8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

