



**FASA FONDO ASSISTENZA  
SANITARIA ALIMENTARISTI  
AGGIORNAMENTO 2017**

**SOSTEGNO ALLA  
MATERNITÀ E PATERNITÀ**

**CASSA RISCHIO VITA**

**ALIFOND**

Per tutte le specifiche tecniche si rimanda al regolamento completo di ogni Fondo. Il presente opuscolo deve considerarsi un estratto di questi.

---

## **FASA**

Via Flavia, 3 - 00187 Roma

Tel. 06 47885379

Fax 06 47880567

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

E-mail: [info@fondofasa.it](mailto:info@fondofasa.it)

Pec: [fondofasa@pec.it](mailto:fondofasa@pec.it)

Centrale operativa prenotazioni 800-009619

## **SOSTEGNO ALLA MATERNITÀ E PATERNITÀ**

Via Flavia, 3 - 00187 Roma

Tel. 06 42871973

Fax 06 47880567

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

E-mail: [maternita@fondofasa.it](mailto:maternita@fondofasa.it)

## **CASSA RISCHIO VITA**

Via Flavia, 3 - 00187 Roma

Tel. 06 47825051 - 06 47825083

Fax 06 47824603

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

E-mail: [info@cassavita.it](mailto:info@cassavita.it)

Pec: [cassavita@pec.it](mailto:cassavita@pec.it)

## **ALIFOND**

Viale Pasteur, 66 - 00144 Roma

Tel. 06 54220135

Fax 06 54229742

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

E-mail: [alifond@alifond.it](mailto:alifond@alifond.it)

# INDICE

## A) Fondo FASA

1. Persone assicurate	9
2. Oggetto dell'assicurazione	9
3. Ricovero	10
3.1 Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio	10
3.2 Day-hospital a seguito di malattia e infortunio	12
3.3 Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio per prestazioni di dermatologia e oculistica	13
3.4 Trapianti a seguito di malattia e infortunio	13
3.5 Parto e aborto	14
3.5.1 Parto cesareo, aborto spontaneo o terapeutico	14
3.5.2 Parto naturale	14
3.5.3 Rimborso di una visita anestesiologicala per parto e aborto	15
3.6 Neonati	15
3.7 Anticipo dell'indennizzo	15
3.8 Modalità di erogazione delle prestazioni	15
3.9 Indennità giornaliera	17
3.10 Diagnosi comparativa nel periodo di pre-ricovero	18
3.11 Ospedalizzazione domiciliare	19
3.12 Massimale assicurato	19
4. Alta specializzazione	20
5. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	21
5.1 Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche per i figli in caso di disagio in età scolare (dai 6 anni compiuti fino ai 16 anni) prestazioni erogate solo presso centri convenzionati con UniSalute	23
6. Trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio sul lavoro (operante per il solo titolare)	23
7. Protesi/ausili medici ortopedici ed acustici	24
8. Lenti e occhiali	24
9. Prestazioni diagnostiche particolari	24

10. Prestazioni odontoiatriche	26
10.1 Prevenzione odontoiatrica	26
10.2 Cura delle carie per i bambini dai 6 ai 14 anni	27
10.3 Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero	27
10.4 Implantologia	28
10.5 Cure dentarie da infortunio	29
11. Pacchetto maternità	30
12. Prestazioni a tariffe agevolate	31
13. Stati di non autosufficienza consolidata/permanente (operante per il solo titolare)	31
13.1 Oggetto della garanzia	31
13.2 Condizioni di assicurabilità	31
13.3 Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/ permanente	32
13.4 Somma assicurata	33
13.5 Piano assistenziale individualizzato (PAI) e prestazioni sani- tarie medico assistenziali fornite da strutture convenziona- te/rimborso spese	33
14. Stati di non autosufficienza temporanea (garanzia operante per il solo titolare)	36
14.1 Oggetto della garanzia	36
14.2 Condizioni di assicurabilità	36
14.3 Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea	37
14.4 Somma assicurata	37
15. Servizio monitor salute per persona non autosufficiente con pa- tologie croniche (garanzia valida per il solo titolare)	38
16. Servizi di consulenza e assistenza	38
17. Estensione territoriale	43
18. Esclusioni dall'assicurazione	43
19. Limiti di età	45
20. Richiesta di rimborso	45
20.1 Termini di prescrizione	47

## B) Fondo SOSTEGNO ALLA MATERNITÀ E PATERNITÀ

1. Persone assicurate	51
2. Prestazioni offerte dal Fondo	51
3. Criteri di accettabilità	51
4. Assoggettamento fiscale del contributo	52
5. Richiesta contributo assistenziale	52

## C) Fondo CASSA RISCHIO VITA

1. Persone assicurate	57
2. Prestazioni offerte dal Fondo	57
3. Capitali assicurati	57
4. Richiesta del capitale assicurato	57

## D) Fondo ALIFOND

1. Cos'è ALIFOND	61
2. Perché scegliere ALIFOND	61
3. Chi può aderire al Fondo	63
4. Come si aderisce ad ALIFOND	63
5. Come funziona ALIFOND	63
5.1 Fiscalità agevolata	65
6. Le possibilità d'investimento	66
6.1 Il comparto garantito	67
6.2 Il comparto bilanciato	67
6.3 Il comparto dinamico	68
7. Prestazioni offerte da ALIFOND prima del pensionamento	69
7.1 Anticipazione	69
7.2 Riscatto	70
7.3 Trasferimento ad altro fondo negoziale	71
8. Quali prestazioni offre ALIFOND al pensionamento	71
8.1 Le rendite di ALIFOND	72
9. Opportunità per gli Associati	75
9.1 Comunicazione periodica	75
9.2 Progetto esemplificativo	75

### Modulistica al centro del fascicolo

Modulo per la richiesta di rimborso prestazioni sanitarie

Modulo per la richiesta di rimborso per iscritto deceduto

Scheda anamnestica odontoiatrica

# **FASA**

## **FONDO ASSISTENZA**

### **SANITARIA ALIMENTARISTI**

Quanto contenuto nel presente opuscolo va inteso come testo divulgativo pertanto non costituisce le condizioni di polizza. Per i termini dell'assicurazione e tutte le specifiche tecniche si rimanda al regolamento disponibile sul sito [www.fondofasa.it](http://www.fondofasa.it)



## 1. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei lavoratori dipendenti con contratto a tempo indeterminato o con contratto a termine di durata predeterminata pari o superiore a 9 mesi nell'arco dell'anno solare per i quali si applica il C.C.N.L. dell'Industria Alimentare, regolarmente iscritti al Fondo FASA.

Sono fatti salvi gli accordi integrativi di secondo livello, già sottoscritti anteriormente alla data di entrata in vigore del Fondo FASA, che prevedano l'istituzione di polizze, casse o fondi di assistenza sanitaria integrativa, come stabilito dall'art. 74 quater del vigente CCNL.

Sono coperti dal Fondo FASA anche il coniuge, convivente more uxorio ed i figli, quest'ultimi solo se fiscalmente a carico del dipendente iscritto. Si specifica che la definizione di convivente more uxorio è estesa anche ai partners dello stesso sesso.

L'iscrizione al Fondo FASA, alla quale è subordinata l'erogazione delle prestazioni, è a totale carico dell'azienda.

Dal 01/07/2017, l'estensione della copertura sanitaria verrà garantita anche a tutti i lavoratori licenziati per motivi economici e involontariamente disoccupati già iscritti al Fondo da almeno 12 mesi.

Tale estensione, valida anche per i beneficiari, garantirà la copertura sanitaria da un massimo di 18 mesi a un minimo di 6 mesi fino al 31/12/2019 senza oneri a carico dell'impresa o del lavoratore.

## 2. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'iscritto per:

- Ricovero
- Day Hospital chirurgico, per cure e terapie di patologie oncologiche e Day Hospital per dialisi
- Intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia e oculistica
- Alta specializzazione

- Visite specialistiche e accertamenti diagnostici
- Psichiatria/Psicoterapia per i figli dai 6 ai 16 anni.
- Trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio sul lavoro
- Protesi/Ausili medici ortopedici ed acustici
- Lenti e occhiali
- Prestazioni diagnostiche particolari
- Prevenzione odontoiatrica
- Cura delle carie per i bambini dai 6 ai 14 anni
- Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero
- Prestazioni di implantologia
- Cure dentarie da infortunio
- Pacchetto maternità
- Prestazioni a tariffe agevolate
- Stato di non autosufficienza permanente
- Stato di non autosufficienza temporanea
- Monitor salute
- Servizi di consulenza e assistenza

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Isritto può rivolgersi a:

- a) *Strutture sanitarie private;*
- b) *Servizio Sanitario Nazionale;*
- c) *Strutture Convenzionate con UniSalute per il Fondo FASA.*

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

## 3. RICOVERO

### 3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

In caso di ricovero il Fondo provvede al pagamento delle spese per:

- a) **Pre-ricovero - Spese effettuate nei 150 giorni precedenti l'inizio del ricovero**

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

**b) Durante la degenza - Intervento chirurgico**

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio), diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

**c) Durante la degenza - Assistenza medica, medicinali, cure**

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

**d) Durante la degenza - Rette di degenza**

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

**e) Durante la degenza - Accompagnatore**

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. La garanzia è prestata nel **limite di € 100,00 per ogni giorno di ricovero.**

**f) Post ricovero - spese effettuate nei 200 giorni successivi alla cessazione del ricovero**

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali (da intendersi esclusi parafarmaci e dispositivi medici) prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero e sotto prescrizione del medico curante. Si specifica che i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico.

Nota bene: In caso di trattamenti fisioterapici o rieducativi, la prescrizione del medico per le terapie dovrà contenere la specifica del numero di sedute e il tipo di trattamento richiesto. Sulla prescrizione dovrà essere evidente la specializzazione del medico o il codice regionale qualora si trattasse di medico di famiglia.

### **3.2 DAY-HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO**

La copertura è operante in caso di:

- Day-hospital con intervento chirurgico;
- Day-hospital medico eseguito per cure e terapie di patologie oncologiche.

Sono esclusi invece dalla presente copertura tutti i day-hospital medici diversi da quelli per cure e terapie di patologie oncologiche.

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" con i relativi limiti in esso indicati.

- a) Pre-ricovero - Spese effettuate nei 150 giorni precedenti l'inizio del ricovero;
- b) Durante la degenza - Intervento chirurgico;
- c) Durante la degenza - Assistenza medica, medicinali, cure;
- d) Durante la degenza - Rette di degenza;
- e) Durante la degenza - Accompagnatore;
- f) Post ricovero - Spese effettuate nei 200 giorni successivi alla cessazione del ricovero.

Nota bene: In caso di day-hospital per cure e terapie di patologie oncologiche, in assenza della cartella clinica completa, l'iscritto dovrà inviare il diario clinico con la specifica delle cure/terapie sostenute nei singoli day-hospital. Per quanto concerne le cure oncologiche, la garanzia si intende altresì operante nel caso in cui le terapie siano state effettuate in regime ambulatoriale.

### **3.3 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER PRESTAZIONI DI DERMATOLOGIA E OCULISTICA**

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia e oculistica, il Fondo provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al punto 3.1. "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lettere:

- a) Pre-ricovero - Spese effettuate nei 150 giorni precedenti l'inizio del ricovero;
- b) Durante la degenza - Intervento chirurgico;
- c) Durante la degenza - Assistenza medica, medicinali, cure;
- f) Post ricovero - Spese effettuate nei 200 giorni successivi alla cessazione del ricovero.

Nota bene: Nel caso di interventi ambulatoriali per prestazioni di dermatologia, la copertura opererà in presenza di situazioni patologiche refertate dallo specialista che esegue la prestazione (es. esame istologico per i nei, etc.).

Nel caso di intervento per la correzione della miopia, indipendentemente alla tecnica utilizzata, la copertura opererà soltanto in presenza di un difetto della capacità visiva risultante dallo specchietto dell'oculista e riportante l'indicazione delle diottrie.

### **3.4 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO**

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi il Fondo rimborsa le spese previste al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" con i relativi limiti in esso indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

## 3.5 PARTO E ABORTO

### 3.5.1 Parto cesareo, aborto spontaneo o terapeutico

Nel caso di **parto cesareo, aborto spontaneo o terapeutico** effettuato in struttura sanitaria privata, il Fondo provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lettere:

- b) Durante la degenza - Intervento chirurgico;**
- c) Durante la degenza - Assistenza medica, medicinali, cure;**
- d) Durante la degenza - Rette di degenza;**
- e) Durante la degenza - Accompagnatore;**
- f) Post ricovero - Spese effettuate nei 200 giorni successivi alla cessazione del ricovero.**

Il **massimale annuo assicurato** corrisponde a **€ 5.000,00 per persona** (da intendersi come sottolimito del massimale di cui al punto 3.12 "Massimale assicurato").

### 3.5.2 Parto naturale

Nel caso di **parto naturale** effettuato in struttura sanitaria privata il Fondo provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lettere:

- b) Durante la degenza - Intervento chirurgico;**
- c) Durante la degenza - Assistenza medica, medicinali, cure;**
- d) Durante la degenza - Rette di degenza;**
- f) Post ricovero - Spese effettuate nei 200 giorni successivi alla cessazione del ricovero.** In limitazione a tali prestazioni vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto.

Il **massimale annuo assicurato** corrispondente a **€ 3.000,00 per persona** (da intendersi come sottolimito del massimale di cui al punto 3.12 "Massimale assicurato").

### 3.5.3 Rimborso di una visita anestesiologicala per parto e aborto

Per i casi previsti ai precedenti punti "3.5.1 Parto cesareo, aborto spontaneo o terapeutico" e "3.5.2 Parto naturale" è previsto in copertura **un rimborso di una visita anestesiologicala preparatoria**. Il costo della prestazione è ricompreso all'interno dei massimali indicati.

## 3.6 NEONATI

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per interventi effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in una struttura alberghiera per il periodo del ricovero.

## 3.7 ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

Nel solo caso di **ricovero con intervento chirurgico in strutture sanitarie private**, fermi restando i limiti previsti, è data facoltà all'Isritto di richiedere un **anticipo sulle spese già sostenute e documentate in misura non superiore al 70% delle stesse**, previa contestuale presentazione al Fondo di certificazione attestante la necessità dell'intervento chirurgico, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare totale delle spese sanitarie.

Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di spesa e della documentazione relativa al ricovero, si procederà al relativo conguaglio.

## 3.8 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) **Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati.**

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liqui-

date direttamente da UniSalute alle strutture sanitarie convenzionate, con l'applicazione di uno scoperto del 20%, ad eccezione punto 3.11 "Ospedalizzazione domiciliare" che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

**b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute**

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate dal Fondo con uno scoperto del 30% ad eccezione dei seguenti:

- punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":
  - lett. e) "Durante la degenza-Accompagnatore" che viene rimborsata al Fondo nel limite previsto al punto indicato;
- punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":
  - lett. a) "Pre ricovero"
  - lett. e) "Post ricovero" che vengono rimborsati integralmente.

**c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale**

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.9 "Indennità giornaliera". Tale garanzia sarà altresì attivata in caso di day-hospital con i relativi limiti in essa indicati.

Qualora l'Isritto sostenga, durante il ricovero, delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il Fondo rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Isritto nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta "l'indennità giornaliera".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Isritto, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute.

Nota bene: Nel caso di richiesta di rimborso, l'Isritto dovrà indicare, completando l'apposito modulo, la preferenza tra indennità giornaliera o rimborso spese, in quanto l'una esclude l'altra. Nel caso di scelta di rimborso spese, si specifica che l'invio della documentazione prevista dovrà essere effettuato in un'unica soluzione, per singolo evento. Invi di documentazione in più tempi potrebbero inficiare l'applicazione di maggior favore per l'Isritto. A liquidazione avvenuta, nessuna rivalutazione delle pratiche verrà effettuata a seguito di cambio di preferenza.

### 3.9 INDENNITÀ GIORNALIERA

L'Isritto, qualora non richieda alcun rimborso al Fondo per il ricovero e per le prestazioni ad esso connesse, avrà diritto ad un'indennità secondo quanto segue:

- € 50,00: per ogni notte in caso di ricoveri medici o chirurgici, e sarà corrisposta a partire dalla prima notte di degenza per un periodo non superiore a 90 giorni per evento.
- € 50,00: per i day-hospital chirurgici, e sarà corrisposta a partire dal primo giorno di degenza per un periodo non superiore a 90 giorni per evento.
- € 50,00: per i day-hospital per cure e terapie di patologie oncologiche e sarà prestata a partire dal primo giorno per un massimo di 50 giorni per evento.
- € 50,00: per i day-hospital sostenuti per dialisi per un massimo di 50 giorni per evento.
- € 70,00: per i ricoveri per parto cesareo, aborto spontaneo o terapeutico e parto naturale, e sarà corrisposta a partire dalla prima notte di degenza per un periodo non superiore a 90 giorni per evento.

Per i trattamenti/terapie di patologie oncologiche, l'indennità verrà erogata anche se la prestazione è eseguita in regime ambulatoriale.

Si specifica che in caso di trattamento per dialisi, dovrà invece essere inequivocabile il regime di day-hospital per ricevere la garanzia prevista nel presente punto.

Nota bene: Si specifica che qualora l'Isritto richiedesse sia l'indennità giornaliera che il rimborso spese, il Fondo provvederà a liquidare o l'una o l'altra in base al trattamento di miglior favore per l'Isritto.

L'Osservazione Breve Intensiva (OBI) si intende equiparata a tutti gli effetti al ricovero e viene pertanto indennizzata ai sensi di quanto previsto ai precedenti punti. In caso di OBI, per l'attivazione della garanzia, sarà necessaria la certificazione della struttura ospedaliera di indisponibilità di posti letto.

### 3.10 DIAGNOSI COMPARATIVA NEL PERIODO DI PRE-RICOVERO

L'Isritto ha la possibilità di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto.

Telefonando al numero verde della Centrale Operativa UniSalute 800-009619 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30, l'Isritto verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere le prestazioni per i seguenti servizi:

- 1. Consulenza internazionale.** UniSalute rilascerà all'Isritto un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Best Doctors® e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione sanitaria richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
- 2. Trova il Medico.** UniSalute, attraverso Best Doctors®, metterà in contatto l'Isritto con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Best Doctors® ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Isritto.
- 3. Trova la Miglior Cura.** Qualora l'Isritto intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UniSalute, la stessa, attraverso Best Doctors®, provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell'Isritto laddove necessario. Best Doctors® supervisionerà il pagamento

delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors® consentirà all'Isritto di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

L'insieme delle prestazioni sopraindicate è fornito esclusivamente per le seguenti patologie:

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Perdita della vista
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Infarto
- Ictus
- Ustioni Gravi

### 3.11 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

Nel caso di ricovero indennizzabile secondo i criteri previsti in polizza, per un periodo di **120 giorni successivi alla data di dimissioni**, UniSalute mette a disposizione, tramite la propria rete convenzionata, **prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica**, tendente al recupero della funzionalità fisica. UniSalute concorderà il programma medico/riabilitativo con l'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.

Il **massimale annuo** assicurato corrisponde a **€ 10.000,00 per persona**.

### 3.12 MASSIMALE ASSICURATO

Il **massimale annuo** assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a **€ 300.000,00 per persona**.

## 4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Esami stratigrafici e contrastografici “anche in digitale”

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Chemioterapia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Cobaltoterapia
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Dialisi
- Elettroencefalografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia
- Mammografia digitale
- Mielografia
- Retinografia
- Risonanza
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vescicolodeferentografia
- Videoangiografia
- TAC
- Wirsungrafia

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

- a) Nel caso l'iscritto scelga di rivolgersi alle **strutture sanitarie e personale convenzionati con UniSalute** (previa prenotazione attraverso il numero verde o attraverso la propria area riservata del sito) potrà effettuare la prestazione con pagamento diretto di una franchigia pari a **€ 20,00 per prestazione/ciclo di terapia**. In questo caso non è previsto alcun rimborso da parte del Fondo Fasa per la quota a carico dell'iscritto.

Nel caso in cui il **figlio fiscalmente a carico** si rivolga a strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, le spese per la prestazione erogate vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture medesime **senza nessuno costo a carico dell'Isritto**.

- b)** Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie private** o del **Servizio Sanitario Nazionale**, il Fondo FASA rimborsa le spese con una applicazione di una **franchigia di € 20,00** su ogni prestazione.

Il **massimale annuo** assicurato per il complesso delle prestazioni su-indicate corrisponde a **€ 25.000,00 per persona**.

## 5. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per **visite specialistiche e per accertamenti diagnostici** conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia fatta eccezione per quanto specificatamente previsto al successivo punto 5.1. "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche per figli in caso di disagio in età scolare".

**Le visite specialistiche** sono rimborsabili se dalla documentazione inviata risulta **inequivocabile il titolo di specializzazione del medico** che ha effettuato la visita. **Nessun rimborso è quindi previsto per le prestazioni di medicina generica**. Rientrano in garanzia gli accertamenti ecografici alle anche per il bambino nel primo anno di vita.

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

La copertura verrà erogata/garantita come segue:

- a) Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici effettuati presso le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute:**  
L'Isritto potrà effettuare le prestazioni (previa prenotazione attraverso il numero verde o la propria area riservata del sito) con pagamento diretto di una franchigia pari a **€ 25,00 per visita/accertamento**. In questo caso nessun rimborso è previsto per la quota a carico dell'Isritto.

---

Nel caso in cui il **figlio fiscalmente a carico** si rivolga a strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture medesime **senza nessun costo a carico dell'Isritto**.

- b) Visite specialistiche in regime privato:**  
Le spese sostenute vengono rimborsate con una franchigia di € 35,00 su ogni prestazione.
- c) Accertamenti diagnostici in regime privato:**  
Le spese sostenute vengono rimborsate con una franchigia di € 45,00 su ogni prestazione.
- d) Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici a carico del Servizio Sanitario Nazionale:**  
Le spese sostenute vengono rimborsate con una franchigia di € 20,00 su ogni prestazione.

**È prevista l'applicazione di un'unica franchigia:**

- nel caso in cui durante lo svolgimento di una **visita specialistica** venga effettuato **contestualmente** anche un **accertamento diagnostico correlato**;

oppure

- qualora si renda necessario effettuare una **visita specialistica propeudeutica ad un accertamento invasivo**.

La franchigia applicata seguirà il regime in cui viene effettuata la prestazione, purché il rimborso delle 2 prestazioni sia richiesto con un solo invio e che le 2 prestazioni sanitarie siano state contestualmente richieste dal medico curante. In caso di utilizzo delle strutture convenzionate le due prestazioni dovranno essere contestualmente richieste alla centrale operativa di UniSalute.

Il **massimale annuo** assicurato per il complesso delle prestazioni su indicate corrisponde a **€ 7.000,00 per persona**.

## **5.1 PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE PER I FIGLI IN CASO DI DISAGIO IN ETÀ SCOLARE (dai 6 anni compiuti fino ai 16 anni) PRESTAZIONI EROGATE SOLO PRESSO CENTRI CONVENZIONATI CON UNISALUTE**

Il Fondo garantisce le **prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche dei figli dell'Isritto** in caso di disagio in età scolare, ossia di età dai 6 anni compiuti fino a 16 anni, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da medico specialista.

La presente copertura viene attivata esclusivamente nel caso in cui ci si rivolga a strutture sanitarie convenzionate con UniSalute; le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture senza alcun importo a carico dell'Isritto.

Il **sotto massimale annuo** garantito per il complesso delle prestazioni sopra indicate, corrisponde a **€ 500,00 per nucleo familiare**.

## **6. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A SEGUITO DI INFORTUNIO SUL LAVORO (operante per il solo titolare)**

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per i **trattamenti fisioterapici, solo a seguito di infortunio sul lavoro, esclusivamente a fini riabilitativi**, effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa, in presenza di:

- **Certificato di Pronto Soccorso;**
- **Denuncia all'INAIL da parte dell'Azienda;**
- **Prescrizione del medico "di base" o specialista** la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata con la specifica del numero di sedute e il tipo di fisioterapia richiesta;
- **Documentazione di spesa.**

Sia in caso di utilizzo di **strutture sanitarie private** che del **Servizio Sanitario Nazionale**, il Fondo FASA rimborsa le spese sostenute con l'applicazione di uno **scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 40,00 per fattura**.

Il **massimale annuo** assicurato per il complesso delle prestazioni su indicate corrisponde a **€ 800,00 per persona**.

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

## 7. PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI

Il Fondo rimborsa le spese per l'acquisto o il noleggio di **protesi ortopediche ed acustiche**. Rientrano in copertura anche gli **ausili medici ortopedici ed acustici**, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodii, plantari, apparecchi acustici, ecc. Il Fondo rimborsa le spese sostenute con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 70,00 per fattura/persona.

Il **massimale annuo** assicurato per il complesso delle prestazioni su indicate corrisponde a € 500,00 per persona.

## 8. LENTI E OCCHIALI

Il Fondo provvede al pagamento delle spese sostenute per l'acquisto di **lenti correttive di occhiali o a contatto, inclusa la montatura**. Tale garanzia opera in presenza di una **modifica del visus** su prescrizione del medico oculista o dell'ottico optometrista. In alternativa si potranno inviare due specchietti delle diottrie, vecchie e attuali, così da poterli paragonare per valutare l'eventuale variazione della vista. Si specifica che il solo cambio di lenti, senza una variazione oggettiva certificata, non verrà rimborsato.

Il **massimale assicurato di € 100,00** è "una tantum" nell'arco del triennio, per nucleo familiare.

Nota bene: Nel caso di acquisto **primi occhiali**, si necessita della **certificazione** dell'oculista o dell'ottico optometrista in cui sia specificato che trattasi di acquisto **prime lenti**.

## 9. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto al punto 18 "Esclusioni dall'assicurazione

ne", il Fondo FASA garantisce una serie di prestazioni volte a prevenire e monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non conclamati. Le prestazioni sottoelencate devono essere effettuate previa prenotazione attraverso la Centrale Operativa di UniSalute.

Il Fondo, liquida direttamente alle strutture convenzionate il costo delle seguenti prestazioni:

**Per i figli fino a 6 anni:** una volta l'anno è prevista una visita oculistica.

**Per il titolare ed i beneficiari:** 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
- Elettrocardiogramma di base

**Per il titolare e coniuge/convivente more uxorio:** una volta l'anno:

- Urine: Esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Esami di laboratorio specifici:
  - FT3
  - FT4
  - TSH
- Ecografia della tiroide

Una volta ogni due anni per gli uomini a partire dal compimento dei 45 anni:

- PSA (Specifico antigene prostatico)

Una volta ogni due anni per le donne a partire dal compimento dei 35 anni:

- Pap test
- Mammografia (solo con prescrizione del medico curante)

Nota bene: Si precisa che per la presente garanzia **non è prevista alcuna forma di indennizzo in forma rimborsuale all'Isritto** sia che esso si rivolga a strutture del Servizio Sanitario Nazionale sia a strutture sanitarie private convenzionate o non con UniSalute. **Il Fondo, per il tramite di UniSalute, liquida direttamente alle strutture convenzionate il costo delle prestazioni su indicate.**

## 10. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

### 10.1. PREVENZIONE ODONTOIATRICA

In deroga a quanto previsto al punto 18 "Esclusioni dall'assicurazione", il Fondo FASA garantisce **una volta l'anno:**

- **Visita specialistica odontoiatrica;**
- **Ablazione del tartaro** mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Per i figli fino a 6 anni: una volta l'anno

- **Visita specialistica odontoiatrica;**
- **Fluorazione**

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionati con UniSalute**, le spese per le prestazioni erogate vengono **liquidate direttamente da UniSalute** alle strutture medesime senza alcuna applicazione di scoperti e franchigia.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie pubbliche o private non convenzionate** con UniSalute, il Fondo provvede al rimborso fino al massimale di **€ 25,00 per anno/persona**

## **10.2. CURA DELLE CARIE PER I BAMBINI DAI 6 AI 14 ANNI**

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per la cura di una carie all'anno.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionati con UniSalute**, le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza alcuna applicazione di scoperti o franchigia.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie pubbliche o private non convenzionate con UniSalute**, il Fondo provvede al rimborso fino ad un massimale di **€ 50,00 per anno/bambino**.

## **10.3. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO**

Il Fondo liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici extraricovero conseguenti alle seguenti patologie:

- Adamantinoma;
- Ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare.
- Cisti follicolari;
- Cisti radicolari;
- Odontoma;
- Osteiti che coinvolgono almeno un terzo dell'osso mascellare (se localizzate nell'arcata superiore) o mandibolare (se localizzate nell'arcata inferiore).

Solo in tali casi è previsto il rimborso delle spese dell'intervento di implantologia dentale necessario a completamento dell'intervento.

Per richiedere il rimborso, l'iscritto dovrà inviare:

- Il **referto del medico odontoiatra contenente la patologia** che ha reso necessaria la prestazione;
- Il **“modulo interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero”**, scaricabile dal sito [www.fondofasa.it](http://www.fondofasa.it) - sezione Modulistica - compilato in ogni sua parte dal medico curante;
- **Radiografie originali e referti radiologici** per osteiti mascellari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- **Radiografie originali, referti radiologici e referti istologici** per cisti follicolari e cisti radicolari.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e personale convenzionati con UniSalute**, le spese per le prestazioni sostenute vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso di utilizzo di **strutture pubbliche o private non convenzionate con UniSalute**, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Il **massimale annuo assicurato** per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 5.000,00 per persona**.

## **10.4 IMPLANTOLOGIA**

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per le prestazioni per impianti osteointegrati e per le relative corone fisse. La garanzia opera nel caso di applicazione di tre o più impianti previsti dal medesimo piano di cura. Rientrano in copertura:

- **Posizionamento dell'impianto**
- **Avulsione**
- **Elemento definitivo**
- **Elemento provvisorio**
- **Perno/Moncone**

Per l'attivazione della garanzia dovranno essere presentate **radiografie e referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.**

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionati con UniSalute**, le spese per le **prestazioni erogate vengono liquidate direttamente da UniSalute** alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Il **massimale annuo** previsto per il complesso delle prestazioni di implantologia dentale corrisponde a **€ 1.100,00 per nucleo familiare.**

Nel caso di 1 impianto: **sottomassimale di € 400,00 per nucleo familiare**

Nel caso di 2 impianti: **sottomassimale di € 700,00 per nucleo familiare**

Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare i massimali sopra indicati, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Isritto alla struttura convenzionata.

Nel caso in cui l'Isritto si rivolga a **strutture sanitarie pubbliche o private non convenzionate con UniSalute** per 3 o più impianti, il Fondo rimborsa integralmente le spese sostenute nel limite di un **sotto massimale annuo di € 650,00 per nucleo familiare.**

Nel caso di 1 impianto: **sottomassimale di € 200,00 per nucleo familiare**

Nel caso di 2 impianti: **sottomassimale di € 400,00 per nucleo familiare**

## **10.5 CURE DENTARIE DA INFORTUNIO**

Il Fondo liquida le **spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio** inviando la seguente documentazione:

- **Radiografie originali e referti radiologici**

- **Referto di Pronto Soccorso** con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obbiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e personale convenzionati con UniSalute**, le spese per le **prestazioni** sostenute verranno liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Isritto si rivolga a **strutture sanitarie pubbliche o private non convenzionate con UniSalute**, il Fondo rimborsa integralmente le spese sostenute.

Il **massimale annuo** assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 2.000,00 per persona**.

## 11. PACCHETTO MATERNITÀ

Il Fondo FASA garantisce le seguenti prestazioni:

- **n° 4 visite di controllo ostetrico ginecologico** (elevate a n° 6 per gravidanza a rischio);
- **Ecografie;**
- **Analisi clinico chimiche;**
- **Amniocentesi o villocentesi:** per le donne di età  $\geq 35$  anni tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione mentre per le donne di età  $< 35$  anni sono riconosciute solo nel caso di malformazione familiare in parenti di 1° grado o nel caso di patologie sospette.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e personale convenzionati con UniSalute**, le spese per le **prestazioni** sostenute vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie pubbliche o private non convenzionate con UniSalute**, il Fondo rimborsa integralmente all'Isritto le spese sostenute nel limite dei massimali assicurati.

Il **massimale annuo** assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 650,00 per persona**.

Nota bene: Nel caso di esaurimento del massimale annuo, in presenza di una gravidanza a rischio, la richiesta di rimborso verranno gestite secondo le franchigie previste al punto 5 "Visite specialistiche e accertamento diagnostici".

Si specifica che la mera certificazione di astensione anticipata dal lavoro non è sufficiente; sarà necessario allegare un certificato medico in cui sia evidente il motivo clinico che pone a rischio la gravidanza, quando il rischio è insorto e per quanto tempo persiste.

## 12. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista in polizza o per esaurimento del limite di spesa annuo o perché inferiore ai limiti contrattuali, e rimanga perciò a totale carico dell'Isritto, è possibile richiedere alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura convenzionata prescelta di un fax che consentirà di ottenere l'**applicazione di tariffe agevolate** agli Isritti del Fondo FASA con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

## 13. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE (operante per il solo titolare)

### 13.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

Il Fondo garantisce il **rimborso delle spese sanitarie ed assistenziali** all'Isritto quando questi si trovi, in un momento successivo alla data di decorrenza della polizza, in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo punto 13.3 "Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente".

### 13.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

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

- a) avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi;
- b) aver diritto, aver richiesto, o percepire una pensione di invalidità, o una rendita per incapacità permanente che corrisponda ad un livello di incapacità superiore al 25%;
- c) presentare malattie, postumi di malattie o di infortuni precedenti che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale;
- d) 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.

### **13.3 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/ PERMANENTE**

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'iscritto il cui stato di salute venga giudicato "consolidato" e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- **soddisfare la propria igiene personale** (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale);
- **nutrirsi** (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile);
- **spostarsi** (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio);
- **coprirsi** (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali);

e necessari in modo costante:

- dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
- di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestatati in regime di ricovero di lunga degenza.

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Isritto che sia affetto da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer, accertata da un referto medico redatto successivamente all'esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein) e necessari in modo costante:

- di un soggiorno in ospedale psichiatrico riconosciuto dal Servizio Sanitario Nazionale;
- dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio.

#### **13.4 SOMMA ASSICURATA**

Nel caso in cui l'Isritto si trovi nelle condizioni indicate al punto 13.3 "Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente", a fronte di copia delle spese sostenute, il Fondo eroga un rimborso fino a € 1.000,00 al mese per un massimo di 3 anni.

Si garantisce, in aggiunta a quanto già previsto, l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali attraverso la rete delle strutture convenzionate di UniSalute per il massimale mensile garantito sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza.

#### **13.5 PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI) E PRESTAZIONI SANITARIE MEDICO ASSISTENZIALI FORNITE DA STRUTTURE CONVENZIONATE/ RIMBORSO SPESE**

L'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Isritto o l'Isritto stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito ai sensi di polizza punto 13.3 "Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente" dovrà telefonare alla Centrale UniSalute entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza.

**1) Nel caso in cui UniSalute riconosce lo stato di non autosufficienza consolidato**, all'Iscritto verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Iscritto una guida orientativa, contenete informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Iscritto o dai familiari.

Qualora l'Iscritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle sotto elencate, UniSalute nei limiti del massimale mensile, provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'Iscritto che nelle strutture stesse.

All'Iscritto verrà fornita una lettera con l'indicazione delle prestazioni che sono state concordate. In tale documento sarà indicato in modo analitico l'elenco delle prestazioni che resteranno a carico di UniSalute, quelle che verranno erogate con tariffe agevolate il cui costo rimarrà a carico dell'Iscritto e quelle eventualmente rifiutate dall'Iscritto. Questo documento dovrà essere firmato dall'Iscritto, dall'amministratore di sostegno o tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell'Iscritto, per accettazione del PAI.

Di seguito le prestazioni erogabili a seguito del processo sopra descritto:

- Assistenza fornita da infermiere - Operatore Socio Sanitario - Assistente familiare;
- Badante;
- Trattamenti fiosterapici e rieducativi;
- Visite specialistiche;
- Accertamenti diagnostici;
- Trasporto in Ambulanza;
- Prestazioni erogate in regime di ricovero.

UniSalute procederà con la prenotazione e autorizzazione, delle suddette prestazioni, esclusivamente in Strutture Convenzionate.

UniSalute provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Iscritto stesso e/o dalle Strutture Convenzionate.

- 2) Nel caso in cui UniSalute riconosca uno stato di non autosufficienza non ancora consolidato e suscettibile di miglioramento, il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI.**

Qualora l'Isritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), UniSalute, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Isritto, 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 con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

UniSalute provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Isritto stesso e/o dalle Strutture Convenzionate utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste al precedente punto 1).

UniSalute si riserva la facoltà di sottoporre l'Isritto 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'Isritto comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, UniSalute rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate nei limiti del massimale mensile.

Qualora invece le condizioni dell'Isritto non rientrassero più nei parametri della non autosufficienza, tali prestazioni rimarranno a carico dell'Isritto stesso.

- 3) Qualora l'Isritto sia assistito presso una RSA e pertanto non possa usufruire delle prestazioni previste al precedente punto 1), UniSalute provvederà a rimborsargli la retta mensile, nei limiti del massimale previsto.**
- 4) Qualora l'Isritto sia assistito presso il proprio domicilio, il Fondo FASA provvederà al rimborso delle spese sanitarie e assistenziali nei limiti del massimale previsto.**

## 14. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA (garanzia operante per il solo titolare)

### 14.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

Il Fondo garantisce all'Isritto titolare di polizza il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita mensilmente all'Isritto quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo articolo 14.3 "Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea".

### 14.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Ai fini dell'operatività della garanzia, l'Isritto non deve rientrare in una delle seguenti condizioni:

- 1) Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:
  - a) spostarsi;
  - b) lavarsi;
  - c) vestirsi;
  - d) nutrirsi.
- 2) Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%
- 3) Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare, acute e croniche o da diabete complicato da neuropatia 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.

### 14.3 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Isritto il cui stato di salute non venga giudicato "consolidato" e che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- **soddisfare la propria igiene personale** (La capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo)
- **nutrirsi** (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire)
- **spostarsi** (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio)
- **vestirsi** (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente)

e necessiti temporaneamente ma in modo costante:

- o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio
- o di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di ricovero.

Non verranno pertanto considerati in copertura gli eventi/sinistri tali da dare origine ad uno stato di non autosufficienza consolidata.

### 14.4 SOMMA ASSICURATA

La **somma assicurata** mensile garantita nel caso in cui l'Isritto si trovi in uno stato di non autosufficienza temporanea corrispondente a € 1.000,00 mensile per una durata massima di 6 mesi.

## 15. SERVIZIO MONITOR SALUTE PER PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE CON PATOLOGIE CRONICHE (garanzia valida per il solo titolare)

Il Fondo, tramite UniSalute, offre ai pazienti **non autosufficienti e con malattie croniche** il controllo delle patologie croniche. Il Fondo, tramite UniSalute, mette a disposizione un sistema di tecnologia avanzato che permette la misurazione dei parametri clinici direttamente al domicilio.

Dopo la compilazione di un questionario, viene consegnato gratuitamente al paziente un dispositivo medico per eseguire delle misurazioni direttamente da casa.

I valori dei pazienti vengono monitorati costantemente da una Centrale Operativa, composta da infermieri specializzati che, intervengono laddove si presentino degli alert clinici e svolgono una funzione di coaching e formazione a supporto dell'empowerment del paziente.

## 16. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

### In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde nazionale 800-009619 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

### Dall'estero

Occorre comporre il seguente numero verde 00800-39009619, in caso di mancato funzionamento del numero verde internazionale occorre comporre il seguente numero a pagamento: 0039514185619.

### a) Informazione sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, estensione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazione e controindicazioni.

### **b) Prenotazione di prestazioni sanitarie**

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

### **c) Pareri medici immediati**

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

## **ASSISTENZA ALLA PERSONA**

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800-009619.

Dall'estero occorre comporre il seguente numero verde 00800-39009619, in caso di mancato funzionamento del numero verde internazionale occorre comporre il seguente numero a pagamento: 0039514185619.

### **a) Invio di un medico**

Qualora in conseguenza di infortunio o malattia l'Isritto necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, UniSalute 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'Isritto nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

### **b) 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;
- fratture del bacino;

---

e con una situazione di immobilizzazione certificata da prescrizione medica, che comporti la necessità di prestazioni infermieristiche/fisioterapiche: UniSalute 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.

#### c) Collaboratrice domestica

Nei casi di ricoveri con frattura, in conseguenza di scippo, rapina, di furto o di tentato furto, che hanno determinato una situazione di immobilizzazione, certificata da prescrizione medica: UniSalute provvederà nelle 4 settimane successive alla dimissione dall'istituto di cura o alla rimozione del gesso, ad inviare una collaboratrice domestica, assumendone l'onorario fino ad un massimo di 6 ore alla settimana, per un massimo di 2 settimane.

#### d) Invio di medicinali a domicilio

L'assistenza sarà prestata qualora l'iscritto necessiti di medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute, certificati dal suo medico, e nessuno può andare per lui.

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

#### e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'iscritto necessiti di trasporto in autoambulanza, 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 km e con il massimo di euro 300 per sinistro e per persona.

#### f) Trasporto in autoambulanza

Nel caso in cui l'iscritto in seguito a infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il trasferimento inviando il mezzo di soccorso nel più breve tempo possibile. Le spese di trasporto sono a carico di UniSalute sino ad un massimo di 300 km complessivi a/r.

La garanzia 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.

#### g) Spesa a domicilio

Nei casi di:

- frattura del femore;
- fratture vertebrali;
- fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee
- fratture che rendano necessario l'immobilizzazione di almeno un arto;
- fratture del bacino;

e che hanno determinato una situazione di immobilizzazione certificata da prescrizione medica, in situazioni di scippo o rapina avvenuti all'interno del territorio del Comune, di furto o di tentato furto presso la propria abitazione UniSalute provvederà, nelle quattro settimane successive al sinistro, ad organizzare la consegna al domicilio dell'Isritto 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'Isritto sarà quindi informato sui tempi previsti per il recapito della spesa e dell'importo totale che dovrà riconoscere al fattorino al momento della consegna.

#### h) Interprete a disposizione all'estero

Quando l'Isritto a seguito di ricovero ospedaliero, trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un interprete assumendosene i relativi costi entro un massimo di € 300,00 per evento e per anno assicurativo.

#### i) Rientro anticipato dell'Isritto a causa di gravi motivi familiari

Quando l'Isritto si trovi all'estero e a seguito di gravi motivi familiari sia richiesta la Sua presenza in Italia la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il rientro dell'Isritto col mezzo di trasporto più idoneo tenendo a proprio carico le spese di viaggio fino ad un massimo di € 200,00.

## ASSISTENZA ALL'ESTERO

UniSalute garantisce inoltre per tutto l'arco delle 24 ore i seguenti servizi telefonando dall'estero al seguente numero verde 00800-39009619, in caso di mancato funzionamento del numero verde internazionale occorre comporre il seguente numero a pagamento: 0039514185619

### a) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'Isritto si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Isritto in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Isritto tra quelli sotto elencati.

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella.
- treno, prima classe e, se necessario, in vagone letto.
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Isritto di proseguire il viaggio.

La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Isritto ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

### b) Rimpatrio della salma dall'estero all'Italia

In caso di decesso all'estero, il Fondo rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nei limiti di € 2.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

## 17. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione rimborsa le prestazioni effettuate in tutto il mondo. Si consiglia nel caso di richiesta di rimborso per prestazioni sostenute all'estero, di inviare un'adeguata traduzione in lingua italiana.

## 18. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

- a) L'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del piano;
- b) Qualsiasi trattamento avente mera finalità di controllo routinario e/o prevenzione (salvo quanto previsto ai paragrafi 10.1 "Prevenzione Odontoiatrica", 9 "Prestazioni diagnostiche particolari", 11 "Pacchetto maternità");
- c) Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, ad esclusione di quanto previsto al paragrafo 5.1 "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche per i figli in caso di disagio in età scolare";
- d) La semplice correzione di difetti visivi con trattamento laser eccetto quelli finalizzati alla correzione della miopia;
- e) L'intervento per deviazione del setto nasale, se non a seguito di evento traumatico, anche se associato ad ipertrofia dei turbinati o poliposi;
- f) Cure e trattamenti terapeutici non fruiti in regime di ricovero o nei 200 giorni successivi allo stesso;
- g) Tutte le prestazioni afferenti ad una fecondazione non fisiologica (assistita);
- h) Infortuni derivanti da atti dolosi dell'Isritto (è operante invece per gli infortuni derivanti da imprudenze e negligenze anche gravi);
- i) Il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;

- j) Gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- k) Aborto volontario non terapeutico;
- l) Le 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 contratto);
- m) Le protesi di qualsiasi altro tipo (escluse le endoprotesi applicate in occasione di interventi chirurgici) salvo quanto previsto al paragrafo 7 "Protesi/ausili medici ortopedici ed acustici";
- n) Trattamenti sclerosanti;
- o) I trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali, medicinali e vaccini (salvo quanto previsto al paragrafo 6 "Trattamenti fisioterapici da infortunio sul lavoro" e paragrafo 3.1 "Ricovero" al punto f) "Post ricovero";
- p) Le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o trasmutazione dell'atomo, naturali o provocate e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopiradioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- q) Le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- r) Prestazioni rese a persone affette da infermità mentali, alcolismo, tossicodipendenza e relative alle cause ed alle conseguenze di tali infermità, salvo quanto previsto al paragrafo 5.1 "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche per i figli in caso di disagio in età scolare";
- s) Le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- t) Le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici salvo quanto previsto ai paragrafi 10.1 Prevenzione Odontoiatrica, 10.2 Cura delle carie, 10.3 "Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero", 10.4 "Implantologia", 10.5 "Cure dentarie da infortunio".

## 19. LIMITI DI ETÀ

Il Fondo può offrire le garanzie di cui al presente regolamento fino al raggiungimento del 75° anno di età dell'Isritto, cessando alla prima scadenza annuale di polizza. In tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il 75° anno di età, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Isritto.

Resta inteso che la garanzia della presente polizza è subordinata alla corretta retribuzione da parte dell'azienda per la quota di sua competenza.

## 20. RICHIESTA DI RIMBORSO

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute l'Isritto deve inviare, direttamente alla sede operativa del Fondo FASA, Via Flavia, 3 – 00187 ROMA, la documentazione necessaria insieme al **modulo per la richiesta di rimborso**, debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte, scaricabile dal sito [www.fondofasa.it](http://www.fondofasa.it) – sezione Modulistica;

In alternativa, la documentazione potrà pervenire tramite e-mail all'indirizzo [info@fondofasa.it](mailto:info@fondofasa.it). Gli allegati inviati dovranno essere in formato PDF e con dimensione totale massima di 5 MB. Allegati di diverso formato e/o dimensione non verranno aperti.

In base alla tipologia di rimborso richiesto, l'Isritto dovrà inviare:

- **Nel caso di ricovero:** unitamente alla copia della cartella clinica (completa della scheda di dimissione ospedaliera SDO) tutta la documentazione medica e relative spese sostenute nel periodo precedente e successivo al ricovero e a esso connesso. La documentazione in questione dovrà essere inviata in unica soluzione;
- **Nel caso di prestazioni extra ricovero:** copia della ricevuta di spesa (in cui risulti inequivocabilmente: il numero, la data, l'importo regolarmente quietanzato e il titolo di specializzazione del medico chirurgo che ha effettuato la visita o il det-

---

taglio della prestazione sostenuta) e copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa;

- **Nel caso di terapie post infortunio sul lavoro:** copia della ricevuta di spesa, copia della richiesta del medico curante con la specifica del numero di sedute e il tipo di fisioterapia richiesta, copia del certificato di Pronto Soccorso e copia della denuncia di infortunio INAIL;
- **Nel caso di interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero:** copia delle ricevute di pagamento, radiografie originali, referto radiologico, referto istologico (solo in caso di cisti), prescrizione medica contenente la patologia e il “modulo interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero” compilato dal medico curante;
- **Nel caso di cure odontoiatriche conseguenti ad infortunio:** copia delle ricevute di pagamento, copia del certificato di Pronto Soccorso, radiografie originali e referti radiologici;
- **Nel caso di implantologia:** copia delle ricevute di pagamento, radiografie originali **pre e post** trattamento, piano di cure;
- **Nel caso del pacchetto maternità:** copia delle ricevute di pagamento e certificato di gravidanza;
- **Nel caso di altre spese:** copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo pagamento;
- **Nel caso di stati di non autosufficienza:** documentazione relativa alle spese sostenute, certificato attestante lo stato consolidato o temporaneo di non autosufficienza e il “modulo di denuncia sinistro per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza”.

Le ricevute di pagamento dovranno riportare in modo analitico le prestazioni effettuate e il relativo costo.

Il Fondo avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Inoltre **l’Iscritto a fronte di specifica richiesta da parte del Fondo dovrà produrre specifica ed adeguata prova documentale**

dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

L'invio parziale della documentazione, il rifiuto di presentare la documentazione richiesta o l'opposizione agli eventuali accertamenti decisi dal Fondo comportano la decadenza del diritto al rimborso.

## **20.1 TERMINI DI PRESCRIZIONE**

La documentazione per la richiesta di rimborso deve essere inviata entro 6 mesi dalla data risultante sulla documentazione attestante la spesa per cui si richiede il rimborso. La richiesta di rimborso per retta giornaliera di degenza deve essere inviata entro sei mesi dalla data in cui si è stati dimessi.

Il rimborso delle spese relative le prestazioni inerenti il ricovero sostenute durante la degenza, 150 giorni pre-ricovero e 200 giorni post-ricovero, sarà soggetto al termine di cui sopra, ma con decorrenza dal 201° giorno dalle dimissioni.



# **SOSTEGNO ALLA MATERNITÀ E PATERNITÀ**

Quanto contenuto nel presente opuscolo va inteso come testo divulgativo pertanto non costituisce le condizioni di polizza. Per i termini dell'assicurazione e tutte le specifiche tecniche si rimanda al regolamento disponibile sul sito [www.fondofasa.it](http://www.fondofasa.it)



## 1. PERSONE ASSICURATE

A decorrere dal 1° Gennaio 2013 il sostegno alla maternità e paternità è prestato a favore dei lavoratori dipendenti assunti con **contratto a tempo indeterminato** (inclusi part-time ed apprendisti, esclusi dirigenti) per i quali si applica il C.C.N.L. dell'Industria Alimentare.

Tale prestazione assistenziale integrativa è destinata a coloro che si avvalgono dell'astensione facoltativa dal lavoro per maternità/paternità.

I lavoratori sono iscritti di diritto, il Fondo è un costo contrattuale a carico dell'azienda, secondo quanto previsto dal C.C.N.L. Industria Alimentare firmato il 27/10/2012 in attuazione dell'art. 1-bis.

Nota Bene: Il contributo assistenziale alla maternità/paternità può essere richiesto solo dal titolare della polizza. Nessun componente del nucleo familiare ha diritto ad usufruire del contributo.

## 2. PRESTAZIONI OFFERTE DAL FONDO

Il Fondo, in linea con le disposizioni vigenti in materia di astensione facoltativa, fermi restando i necessari criteri di accettabilità previsti dal paragrafo successivo, fornisce un contributo assistenziale integrativo all'indennità di legge erogata dall'INPS, per le lavoratrici madri/lavoratori padri che decidessero di avvalersi dell'astensione facoltativa dal lavoro per maternità/paternità.

Il contributo liquidato sarà stabilito periodicamente dal Consiglio di Amministrazione del Fondo, l'Isritto potrà conoscere l'importo del semestre di competenza consultando il sito [www.fondofasa.it](http://www.fondofasa.it).

Il Fondo provvederà a liquidare un primo **acconto in relazione a tutte le richieste che ricadono nel primo semestre dell'anno (gennaio-giugno)**, e un **secondo acconto in relazione a tutte le richieste che ricadono nel secondo semestre dell'anno (luglio-dicembre)**. A seguire il Fondo provvederà a liquidare eventuali conguagli in relazione a tutte le richieste avanzate nell'anno precedente (gennaio-dicembre).

## 3. CRITERI DI ACCETTABILITÀ

Nel presupposto della regolarità contributiva della posizione del lavoratore, l'Isritto può fare richiesta del contributo se:

- l'astensione facoltativa per maternità/paternità riconosciuta dall'INPS preveda un'assenza continuativa di un minimo di 30 giorni fino al massimo di 180 giorni (compresi sabato, domenica e giorni festivi);
- L'invio della richiesta del contributo sia stato effettuato entro 120 giorni dalla data in cui è stata presentata all'INPS la richiesta di congedo facoltativo.
- la richiesta venga effettuata una sola volta l'anno;

Nota Bene: Il periodo di astensione facoltativa per maternità/paternità potrà iniziare da qualsiasi giorno del mese - non necessariamente dal 1° - purché il periodo sia continuativo pari o superiore a 30 giorni effettivi.

#### 4. ASSOGGETTAMENTO FISCALE DEL CONTRIBUTO

L'importo erogato dal Fondo, sommato a quanto percepito dall'INPS, non potrà essere superiore al 100% della retribuzione mensile di fatto.

Il contributo liquidato viene assoggettato alle ritenute fiscali in base all'aliquota IRPEF di tassazione scelta dall'Isritto (in assenza di scelta verrà applicata la tassazione minima vigente al momento dell'erogazione) pertanto il Fondo invierà il modello CUD, con la certificazione dell'importo percepito e delle ritenute subite nell'anno fiscale di competenza. A tale scopo, è fondamentale la comunicazione di un indirizzo di posta elettronica valido al quale il Fondo potrà inviare tutte le comunicazioni del caso.

ATTENZIONE: il modello CUD verrà rilasciato per permettere all'Isritto di ottemperare agli obblighi di legge redigendo una corretta dichiarazione dei redditi.

#### 5. RICHIESTA CONTRIBUTO ASSISTENZIALE

Per la richiesta del contributo, l'Isritto deve inviare direttamente alla sede operativa del FONDO FASA-SOSTEGNO MATERNITÀ/PATERNITÀ sita in Via Flavia, 3 - 00187 Roma, i seguenti documenti:

- Modulo per la richiesta del contributo assistenziale, debita-

mente compilato e sottoscritto in ogni sua parte, scaricabile dal sito [www.fondofasa.it](http://www.fondofasa.it) – sezione Sostegno Maternità;

- Copia della domanda completa inoltrata all'INPS e al datore di lavoro per usufruire del congedo facoltativo per maternità/paternità;
- Copia delle buste paga riferite all'intero periodo di astensione facoltativa in cui risulti il trattamento erogato dall'INPS.

In alternativa, la documentazione sopra indicata potrà pervenire tramite e-mail all'indirizzo [maternita@fondofasa.it](mailto:maternita@fondofasa.it).

Gli allegati inviati dovranno essere in formato PDF e con dimensione totale massima di 5 MB. Allegati di diversi formati e/o dimensioni non verranno aperti.

**Nota Bene:** nel caso di richiesta di astensione per più mesi, l'iscritto dovrà inviare entro il termine perentorio di 120 giorni dalla data in cui è stata presentata all'INPS la richiesta di congedo facoltativo, il modulo FASA per la richiesta del contributo assistenziale e copia della domanda completa inoltrata all'INPS.

Successivamente, con cadenza mensile, l'iscritto invierà le copie delle buste paga.



# **CASSA RISCHIO VITA**

Quanto contenuto nel presente opuscolo va inteso come testo divulgativo pertanto non costituisce le condizioni di polizza. Per i termini dell'assicurazione e tutte le specifiche tecniche si rimanda al regolamento disponibile sul sito [www.cassavita.it](http://www.cassavita.it)



## 1. PERSONE ASSICURATE

Sono iscritti al Fondo i lavoratori assunti con **contratto a tempo indeterminato** a cui viene applicato il **C.C.N.L. dell'Industria Alimentare**, di età compresa tra i 16 e i 70 anni, per i quali l'azienda abbia versato la regolare e obbligatoria contribuzione mensile. In fase di liquidazione del capitale, l'età dell'Assicurato verrà calcolata in anni interi, considerando come unità la frazione d'anno uguale o superiore a sei mesi.

## 2. PRESTAZIONI OFFERTE DAL FONDO

La Cassa Rischio Vita eroga un capitale ai beneficiari dell'Assicurato in caso di decesso.

## 3. CAPITALI ASSICURATI

I capitali assicurati in caso di morte dell'Assicurato sono quelli indicati nella tabella che segue, distinti per fasce di età:

Fascia d'età	Capitali assicurati dal 01.07.2016	
	Senza familiari a carico	Con familiari a carico
Fino a 29 anni	40.000 €	44.000 €
Da 30 a 44 anni	36.000 €	40.000 €
Da 45 a 54 anni	29.000 €	33.000 €
Da 55 a 59 anni	23.000 €	27.000 €
Da 60 a 70 anni	18.000 €	22.000 €

## 4. RICHIESTA DEL CAPITALE ASSICURATO

I beneficiari, legittimi o designati dall'Assicurato, avranno tempo dieci anni dal decesso del *de cuius* per avanzare la richiesta di liquidazione del capitale assicurato.

---

I beneficiari dovranno contattare la Cassa Rischio Vita per conoscere la modalità per avanzare la richiesta, dal momento che nel corso degli anni sono cambiate le modalità di richiesta e i capitali assicurati. Al fine del conteggio del capitale fa fede la data del decesso dell'Assicurato.

Sul sito [www.cassavita.it](http://www.cassavita.it) è disponibile tutta la documentazione e i numeri di telefono da contattare.

# ALIFOND

Quanto contenuto nel presente opuscolo va inteso come testo divulgativo. Per tutte le specifiche si rimanda ai documenti disponibile sul sito [www.alifond.it](http://www.alifond.it)



## 1. COS'È ALIFOND

**ALIFOND** è un'associazione senza fini di lucro il cui obiettivo è quello di realizzare, per i lavoratori associati, **una pensione complementare al trattamento pensionistico pubblico** obbligatorio, usufruendo di tutte le agevolazioni previste dalla legge, attraverso i versamenti contributivi e la loro rivalutazione nel tempo. I lavoratori e le aziende che aderiscono ad ALIFOND entrano a far parte degli organismi paritetici di gestione del Fondo (Assemblea, Consiglio di Amministrazione, Revisori contabili). Tale organizzazione del Fondo permette di ridurre al minimo i costi di gestione e di conseguire una elevata redditività delle risorse investite.

ALIFOND opera in conformità alle direttive generali emanate dal Ministero del Lavoro di intesa col Ministero del Tesoro. È inoltre soggetto al controllo della Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione - COVIP, istituita presso il Ministero del Lavoro. A tutela e garanzia degli associati, la Legge ha stabilito una fitta rete di controlli affidata alla attività incrociata di un insieme di Organi.

- COVIP (Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione);
- Collegio dei Sindaci (controlla l'amministrazione del fondo e vigila sull'osservanza della legge e dello statuto);
- Società di revisione (controllo contabile);
- Controllo Interno (controllo gestione e procedure interne);
- Funzione Finanza (controllo gestione finanziaria).

## 2. PERCHÉ SCEGLIERE ALIFOND

Il sistema pensionistico italiano ha subito diversi cambiamenti con le riforme avvenute a partire dagli anni '90 e gradualmente gli importi erogati saranno meno generosi di quelli percepiti in passato. **La pensione "pubblica" che i lavoratori riceveranno in futuro sarà determinata dalla somma dei contributi versati dal lavoratore nel corso della sua vita lavorativa**, il cosiddetto metodo contributivo. L'ammontare della pensione dipenderà inoltre da altre variabili: gli anni di contribuzione, l'età e l'anno di pensionamento, l'andamento del PIL nominale, il valore del reddito medio nel cor-

so della vita lavorativa e la sua crescita nel tempo. Di conseguenza, rispetto ai pensionati attuali, sarà più basso il livello di copertura delle pensioni rispetto alle ultime retribuzioni poiché **senza una rivalutazione dei contributi versati il potere d'acquisto del capitale accantonato diminuisce ogni anno**. La legge prevede che il TFR accantonato abbia un rendimento annuo pari al 75% dell'inflazione più l'1,5% fisso. Pertanto il rendimento reale del TFR (cioè al netto dell'inflazione) è sempre molto contenuto, e diventa negativo se l'inflazione supera il 6% annuo.

**Scegliendo ALIFOND, la pensione del lavoratore sarà calcolata dalla somma di due diverse forme di previdenza:** quella INPS determinata dall'ammontare dei contributi versati (tramite il **metodo contributivo**) e quella **complementare** (definita dall'insieme delle risorse investite dal lavoratore).

Le quote di TFR, insieme ai versamenti dell'azienda e del lavoratore, affidati ad ALIFOND, verranno investiti sul mercato finanziario tramite società specializzate: gli investimenti saranno opportunamente bilanciati per ottenere rendimenti più elevati e quindi migliori prestazioni.

I vantaggi dell'adesione:

- Il lavoratore potrà costituirsi una pensione aggiuntiva a quella pubblica che lo aiuti a tutelare, da pensionato, il suo tenore di vita;
- Grazie ad accordi contrattuali, al contributo del lavoratore, aggiuntivo al TFR, verrà corrisposto anche un contributo dell'azienda che in altre forme di risparmio previdenziale (Fondi Aperti e PIP) non è dovuto;
- Il lavoratore diventa associato e non semplice iscritto di ALIFOND, come tale partecipa alla vita del Fondo eleggendo i suoi rappresentanti;
- L'Associato si avvale di una gestione finanziaria effettuata da società specializzate e di un elevato grado di controllo sulla gestione stessa;
- L'Associato può scegliere il comparto d'investimento tra più soluzioni, ponderando il rapporto rischio-rendimento, potendolo anche cambiare nel corso della sua permanenza nel fondo;
- L'Associato può investire anche in un comparto con la garanzia di restituzione del capitale versato;
- Maturati determinati requisiti, l'Associato può richiedere prestazioni anche prima del pensionamento.

### 3. CHI PUO ADERIRE AL FONDO

L'adesione ad ALIFOND è volontaria ed è rivolta ai lavoratori il cui rapporto di lavoro è disciplinato dal CCNL dell'Industria Alimentare e dei "settori affini"- a seguito di appositi accordi stipulati dalle relative Associazioni sindacali e datoriali. Possono aderire al Fondo i lavoratori a tempo indeterminato, anche part-time, con contratto d'apprendistato, lavoratori a tempo determinato (della durata continuativa di 4 mesi o 6 mesi presso la stessa azienda nell'arco dell'anno).

### 4. COME SI ADERISCE AD ALIFOND

Per aderire ad ALIFOND è sufficiente consegnare alla direzione del personale dell'Azienda presso la quale si lavora, l'apposito modulo di adesione che si trova a disposizione:

- Presso la stessa Azienda
- Presso le sedi delle Organizzazioni Sindacali
- Nella sezione modulistica del sito [www.alifond.it](http://www.alifond.it)

Sarà incarico dell'azienda, dopo aver inserito anche i suoi dati, inviare il modulo al Fondo.

Aderendo ad ALIFOND il lavoratore versa una quota associativa annuale di € 24,00 (a copertura delle spese di gestione) senza nessun costo d'iscrizione.

In caso di richieste di prestazioni individuali prima del pensionamento, il Fondo prevede ulteriori costi, a copertura degli oneri amministrativi, di € 25,00 per la richiesta di anticipazione e di € 15,00 per la richiesta di riscatto.

### 5. COME FUNZIONA ALIFOND

Con l'adesione, il lavoratore è titolare di un proprio "conto pensionistico individuale" sul quale sono accreditati:

- Un contributo del lavoratore, trattenuto in busta paga a partire dall'1% della retribuzione mensile lorda;

- Un contributo dell'azienda pari al 1,20% della retribuzione mensile lorda;
- Quota annua del TFR versata mensilmente.

L'Associato può scegliere di non versare alcun contributo a suo carico e di partecipare versando solo la quota del TFR. In questo caso l'Azienda è esonerata dalla contribuzione in favore del lavoratore.

La normativa prevede che il lavoratore associato al Fondo possa determinare liberamente la percentuale a proprio carico anche in misura superiore a quanto deducibile (che dal 1 gennaio 2007 diventa il limite assoluto annuo di euro 5.164,57) potendo sospendere o modificare la percentuale a suo carico previa comunicazione al Fondo con apposito modulo consegnato in Azienda.

### AUMENTO DEL CONTO PENSIONISTICO INDIVIDUALE

TFR		CONTRIBUTO LAVORATORE	CONTRIBUTO AZIENDA
Lavoratori prima occupazione <b>prima il 28/04/1993</b>	possono versare il <b>28,94%</b> o il <b>100%</b>	1% minimo contrattuale.  Tale contribuzione, aggiunta a quella a carico azienda potrà essere aumentata fino al raggiungimento della soglia annua di euro 5.164,57	1.20% minimo contrattuale
Lavoratori prima occupazione <b>dopo il 28/04/1993</b>	verseranno il <b>100%</b>		

I contributi sono versati dal datore di lavoro sia per la sua quota che per quella a carico dell'Associato (previa trattenuta del corrispondente importo sulla retribuzione in busta paga) nonché del TFR. I versamenti vengono effettuati con periodicità mensile a decorrere dal primo giorno del mese successivo a quello di ricevimento da parte dell'azienda del modulo di adesione del lavoratore.

Per costruire una rendita pensionistica complementare adeguata, l'Associato sceglierà il comparto d'investimento considerando alcune variabili:

- L'età anagrafica al momento dell'adesione;
- Il tempo di permanenza nel fondo;
- La propria situazione professionale;
- La disponibilità al rischio di perdite sul capitale e il rendimento che si desidera ottenere

Tre sono le linee di investimento tra cui scegliere:

- COMPARTO GARANTITO
- COMPARTO BILANCIATO
- COMPARTO DINAMICO

La scelta del comparto è esclusivamente personale e può essere modificata più volte nel corso del periodo di adesione al fondo purché vi sia una permanenza di almeno 12 mesi nella medesima linea di investimento. Ogni Associato compra alcune delle quote del comparto scelto consultando il valore della quota nella home page del fondo, [www.alifond.it](http://www.alifond.it).

Il Fondo investe le somme versate dagli Associati nel mercato finanziario ricorrendo a società specializzate (i cosiddetti gestori finanziari selezionati con gara pubblica in base alla loro capacità, affidabilità e solidità secondo le regole dettate dalla COVIP).

L'Associato, all'atto dell'uscita dal Fondo, riceverà quindi una prestazione personalizzata (rendita e/o capitale), frutto di quanto effettivamente versato con il suo contributo, quello dell'azienda, il TFR e tutti i rendimenti ottenuti dal montante nel corso degli anni.

## **5.1 FISCALITÀ AGEVOLATA**

Il contributo che il lavoratore ha versato durante l'anno non si cumula ai redditi da lavoro e agli altri redditi. In questo modo non si aggiunge alle altre somme che regolarmente vengono tassate in busta paga o in dichiarazione dei redditi, fino al limite annuo di € 5.164,57.

I rendimenti maturati sul capitale versato, sono tassati con un'aliquota agevolata dell'11% in modo definitivo, pertanto su tali somme non verrà più applicata altra forma di tassazione.

I montanti maturati dal primo gennaio 2007, verranno tassati con un'aliquota agevolata del 15% per i primi 15 anni di adesione al fondo, aliquota ridotta di un ulteriore 0,30% per ogni anno di partecipazione successivo al 15° fino ad un minimo del 9%, rispetto all'ordinaria tassazione IRPEF con scaglioni a partire dal 23%.

## 6. LE POSSIBILITÀ D'INVESTIMENTO

L'impiego dei contributi versati avviene sulla base della scelta dell'Associato tra i vari comparti d'investimento. I contributi versati, al netto degli oneri trattenuti al momento del versamento, sono investiti in strumenti finanziari (azioni, titoli di stato ed altri titoli obbligazionari, quote di fondi comuni d'investimento), sulla base della politica di investimento definita per ciascun comparto del fondo, e producono nel tempo un rendimento variabile in funzione degli andamenti dei mercati e delle scelte di gestione.

ALIFOND effettua una continua verifica dei rendimenti dei capitali in gestione ed è legittimato a sostituire un gestore insoddisfacente. Inoltre il Fondo, nell'assegnare i mandati di gestione, verificherà la massima diversificazione dell'investimento per garantire un rendimento stabile, non condizionato da visioni di breve periodo o da investimenti in singole Società o Istituti di credito. Gli Organi del Fondo sono soggetti ad un forte controllo per garantire la salvaguardia dei diritti dei lavoratori.

Il rendimento che si può attendere dall'investimento è strettamente legato al livello di rischio che si decide di assumere. In via generale, è consigliabile scegliere comparti con maggior rischio/rendimento all'inizio della propria carriera lavorativa e prediligere invece comparti con garanzia di restituzione del capitale se si è prossimi al pensionamento. Il comparto bilanciato è la soluzione preferibile per i lavoratori che hanno già molti anni di attività ma sono lontani dal pensionamento.

## 6.1 IL COMPARTO GARANTITO (95% OBBLIGAZIONI - 5% AZIONI)

È il comparto che investe principalmente in obbligazioni, ha un basso profilo di rischio, un rendimento contenuto e la garanzia della restituzione del capitale versato.

È adatto ai lavoratori prossimi al pensionamento ed a coloro che vogliono avere un rendimento moderato ma stabile nel tempo, con valori superiori o analoghi a quelli del TFR. Sono destinati a questo comparto anche i versamenti di TFR conferiti tacitamente al fondo.

### CARATTERISTICHE

<b>Orizzonte temporale:</b>	breve periodo fino a 2/3 anni
<b>Grado di rischio:</b>	basso
<b>Rendimenti attesi:</b>	pari o superiori al TFR
<b>Garanzia:</b>	restituzione di tutto il montante versato

## 6.2 IL COMPARTO BILANCIATO (65% OBBLIGAZIONI - 35% AZIONI)

È il comparto adatto a coloro che volendo aumentare il proprio capitale, desiderano però avere un rendimento medio delle somme investite e una certa continuità dei risultati e sono disposti ad accettare una media propensione al rischio.

Sono lavoratori che sanno di aderire per lunghi periodi e guardano ai risultati pluriennali del comparto e non soltanto all'andamento del singolo periodo.

La politica di investimento del fondo prevede una composizione di titoli maggiormente orientata verso il mercato obbligazionario.

Pur nell'unicità del comparto la gestione del patrimonio è affidata a gestori diversi, il rendimento del comparto è determinato dal valore medio dei rendimenti delle diverse gestioni.

## CARATTERISTICHE

<b>Orizzonte temporale:</b>	medio periodo fino a 3/5 anni
<b>Grado di rischio:</b>	medio
<b>Rendimenti attesi:</b>	medio - alti
<b>Garanzia:</b>	Non c'è la garanzia di restituzione totale del montante

### 6.3 IL COMPARTO DINAMICO (40% OBBLIGAZIONI - 60% AZIONI)

È il comparto adatto a coloro che ricercano rendimenti più elevati, assumendo una maggiore esposizione al rischio delle oscillazioni dei risultati nel tempo.

È adatto a coloro che hanno un'aspettativa di lunga permanenza nel fondo e per i lavoratori giovani che sono ai primi anni della propria attività lavorativa. L'obiettivo è incrementare notevolmente il valore del capitale nel lungo periodo. Ha un rischio più elevato con una composizione di titoli maggiormente azionaria.

## CARATTERISTICHE

<b>Orizzonte temporale:</b>	lungo periodo oltre i 5 anni
<b>Grado di rischio:</b>	alto
<b>Rendimenti attesi:</b>	alti
<b>Garanzia:</b>	Non c'è la garanzia di restituzione totale del montante

## 7. PRESTAZIONI OFFERTE DA ALIFOND PRIMA DEL PENSIONAMENTO

Dal momento in cui si aderisce, è importante fare in modo che la costruzione della pensione complementare giunga effettivamente a compimento. La "fase di accumulo" si conclude quindi - di norma - al momento del pensionamento, quando inizierà la "fase di erogazione" (cioè il pagamento della pensione). Ma in alcuni casi, di seguito indicati, l'Associato può fare affidamento sulle somme accumulate.

### 7.1. ANTICIPAZIONE

Aderendo ad ALIFOND l'Associato può, nei casi indicati in tabella, **richiedere un'anticipazione sull'intero valore della posizione maturata nel fondo** (data dalla somma del TFR, del contributo del lavoratore del contributo azienda e degli interessi maturati). Differentemente, lasciando il TFR in azienda il lavoratore può richiedere un'anticipazione solo sul valore del TFR e solo una volta. Anche le anticipazioni beneficiano di una tassazione agevolata.

MOTIVO	IMPORTO ANTICIPABILE	IN QUALI CASI PUÒ ESSERE RICHIESTO	TASSAZIONE
Spese sanitarie per situazioni gravissime ed urgenti dell'aderente, del coniuge o dei figli, documentate dalle strutture competenti.	75% posizione maturata	in qualsiasi momento	15% - 9%
Acquisto o ristrutturazione della prima casa per sé o per i propri figli	75% posizione maturata	dopo 8 anni di iscrizione	23%
Ulteriori esigenze dell'aderente	30% posizione maturata	dopo 8 anni di iscrizione	23%

Nota bene: la percezione di somme a titolo di anticipazione riduce la posizione individuale e, conseguentemente, le prestazioni che potranno essere erogate successivamente. In qualsiasi momento, tuttavia, l'Associato può reintegrare le somme percepite a titolo di anticipazione effettuando versamenti aggiuntivi al Fondo.

Gli Associati ad ALIFOND possono fare richiesta di anticipazioni anche in presenza di una cessione del quinto dello stipendio presso una società finanziaria, ma dovranno presentare al Fondo una liberatoria da parte della finanziaria stessa sull'importo richiesto. In assenza di tale documentazione la richiesta non sarà accettata dal Fondo. Nel caso di richiesta di anticipazione per spese sanitarie, diversamente da quanto previsto per questo tipo di anticipazione, il Fondo potrà erogare unicamente i 4/5 della posizione richiesta all'aderente, lasciando vincolato 1/5 a favore della società finanziaria.

## 7.2 RISCATTO

In presenza di situazioni di particolare delicatezza e rilevanza, L'Associato può inoltre riscattare, in tutto o in parte, la posizione maturata, indipendentemente dagli anni che ancora mancano al raggiungimento della pensione, nei casi indicati di seguito:

<b>Riscatto totale (100%)</b>	<b>Tassazione</b>
In caso di decesso dell'aderente prima del pensionamento	15% - 9%
Per invalidità permanente con riduzione della capacità a meno di 1/3	15% - 9%
Cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per più di 48 mesi	15% - 9%
<b>Riscatto immediato (100% oppure 60%)</b>	<b>Tassazione</b>
Per volontà delle parti (licenziamento, dimissioni, nomina a dirigente)	23%
Cause indipendenti dalla volontà delle parti (mobilità, fallimento azienda)	23%

Riscatto parziale (50%)	Tassazione
CIG o CIGS a zero ore per un periodo non inferiore a 12 mesi consecutivi	15% - 9%
Mobilità o inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 12 mesi e inferiore a 48 mesi	15% - 9%

### 7.3 TRASFERIMENTO AD ALTRO FONDO NEGOZIALE

L'Associato può trasferire la sua posizione individuale in un'altra forma pensionistica complementare o fondo pensione negoziale. Il trasferimento è totalmente gratuito e consente al lavoratore di conservare l'anzianità associativa maturata presso il Fondo.

## 8. QUALI PRESTAZIONI OFFRE ALIFOND AL PENSIONAMENTO

Le prestazioni pensionistiche possono essere erogate dal momento in cui l'Associato matura i requisiti di pensionamento previsti dalla normativa vigente, a condizione che abbia partecipato a forme pensionistiche complementari per almeno cinque anni. L'importo della prestazione pensionistica dipenderà dall'ammontare dei versamenti effettuati, dagli anni d'iscrizione al Fondo e dai rendimenti realizzati nel tempo.

In base a determinati fattori, l'Associato potrà percepire la prestazione pensionistica in forma di rendita (pensione complementare) o in capitale.

- **RENDITA:** 100% della posizione maturata viene erogata in forma di vitalizio.
- **RENDITA + CAPITALE:** il 50% della posizione maturata viene erogata in capitale il restante 50% in vitalizio.
- **100% Capitale:** viene erogato l'intero ammontare della posizione maturata:
  - se convertendo il 70% della posizione maturata in rendita, questa è inferiore al 50% del assegno sociale;
  - quando l'Associato non ha maturato i 5 anni di permanenza nel Fondo;

- quando l'Associato è iscritto alla previdenza complementare prima del 28 aprile 1993.

Maturare i requisiti per il pensionamento non vuole però dire, necessariamente, richiedere la prestazione al Fondo. Sarà l'Associato a decidere se chiedere la prestazione pensionistica complementare o proseguire la contribuzione (anche oltre il raggiungimento dell'età pensionabile) o interrompere la contribuzione continuando a maturare gli interessi fino a quando lo riterrà opportuno e richiedere la prestazione più avanti.

## 8.1 LE RENDITE DI ALIFOND

Alifond ha stipulato apposite convenzioni, per l'erogazione delle prestazioni pensionistiche complementari in forma di rendita, con Compagnie di Assicurazioni scelte in base a rigidi parametri e criteri quali stabilità, trasparenza, certezza e sicurezza per garantire l'erogazione e la continuazione della forma previdenziale scelta.

Al momento del pensionamento, l'Associato potrà optare tra diverse forme di rendita/vitalizio per garantire a se stesso, ed eventualmente ai propri cari, lo stesso tenore di vita. L'importo annuo della rendita si otterrà calcolando il montante maturato per l'età e il sesso dell'Assicurato, nonché in base alla rateizzazione e alla tipologia di rendita prescelta.

In caso di rendita reversibile, il calcolo viene determinato anche con riferimento all'età e al sesso del beneficiario e alla percentuale di reversibilità della rendita stessa. L'età dell'Assicurato principale e dell'eventuale beneficiario sono calcolate alla data di decorrenza della rendita.

- **RENDITA SEMPLICE:** Tale rendita è adatta per chi desidera avere l'importo più elevato a partire dalla somma trasformata in rendita, senza alcun tipo di protezione per eventuali beneficiari.
- **RENDITA REVERSIBILE:** Tale rendita è adatta a chi desidera proteggere uno o più i beneficiari dall'eventuale perdita di una fonte di reddito in caso di decesso.
- **RENDITA CERTA PER 5-10 ANNI:** Tale rendita è adatta a chi desidera proteggere i beneficiari dall'eventuale perdita di una fonte di reddito per un periodo determinato nel tempo.
- **RENDITA CONTROASSICURATA:** Tale rendita è adatta a chi deside-

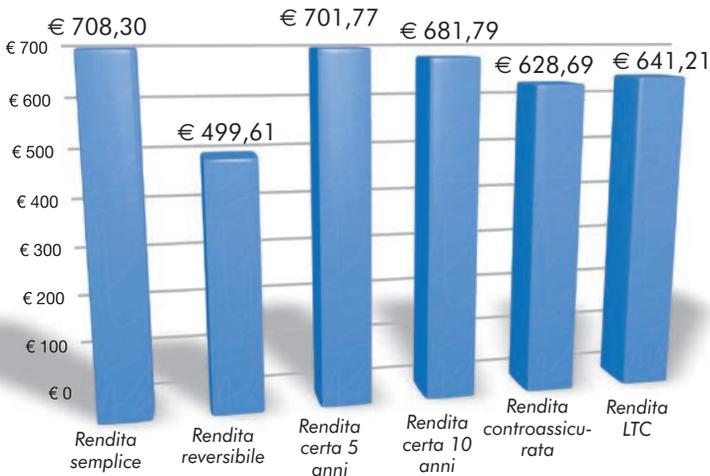
ra proteggere i beneficiari dall'eventuale perdita di una fonte di reddito garantendo che questi possano ricevere la parte residua del capitale accantonato di quanto non è stato percepito sotto forma di rendita.

- **RENDITA LTC:** In caso di perdita dell'autosufficienza l'importo della rendita, se preventivamente indicato, verrà raddoppiato.

*Esempio di calcolo di rendita annua, al lordo delle tasse, per ogni 10.000 euro di montante accumulato.*

Nel grafico sono riportati i valori delle diverse soluzioni di rendite offerte dal fondo:

- nel caso di un pensionato maschio di 67 anni,
- nell'ipotesi di rateazione annuale,
- con aliquota di reversibilità al 100% su beneficiario di sesso femminile, coetaneo del pensionato,
- applicando un tasso tecnico del 2,5%.



*Valori calcolati sulla base delle attuali convenzioni in vigore (sotto l'ipotesi di pensionamento a 67 anni di un iscritto di sesso Maschile e tasso tecnico pari a 2,5%)*

I valori indicati si riferiscono alla prima rata di rendita annuale.

La rendita si rivaluta annualmente in base al rendimento prodotto dalla gestione finanziaria, a cui va sottratto il tasso tecnico che è il ren-

dimento finanziario annuale "anticipato" in quanto già considerato nel calcolo della rendita.

### ESEMPIO DI CONTRIBUTO PER OTTENERE UN DETERMINATO LIVELLO DI RENDITA VITALIZIA

#### Maschi

Rendita mensile	Anni di contribuzione			
	5	10	20	35
€ 250	€ 9.727	€ 4.996	€ 2.319	€ 1.129
€ 500	€ 19.437	€ 9.975	€ 4.624	€ 2.245
€ 750	€ 29.147	€ 14.954	€ 6.929	€ 3.362
€ 1.000	€ 38.856	€ 19.933	€ 9.234	€ 4.478

#### Femmine

Rendita mensile	Anni di contribuzione			
	5	10	20	35
€ 250	€ 11.212	€ 5.759	€ 2.673	€ 1.301
€ 500	€ 22.404	€ 11.498	€ 5.330	€ 2.588
€ 750	€ 33.596	€ 17.237	€ 7.987	€ 3.875
€ 1.000	€ 44.787	€ 22.976	€ 10.644	€ 5.162

#### IPOTESI UTILIZZATE PER LA STIMA

Comparto Bilanciato

Pensionamento a 67 anni

Rendimento medio annuo composto nominale 4,5%

Crescita salariale 1% reale + inflazione

Rendita vitalizia immediata IPS55 t.t. 0% e 1,25% spese erogazione rendita (ipotesi Covip utilizzate per la stima del progetto esemplificativo personalizzato)

## 9. OPPORTUNITÀ PER GLI ASSOCIATI

Ogni Associato può partecipare alla vita del fondo, chiedere informazioni e consulenza, controllare la propria posizione ed essere informato sulle novità in materia di previdenza complementare. Completata la procedura di iscrizione, Alifond invia una "lettera di benvenuto" al lavoratore aderente, nella quale sono indicati i dati (numero di iscrizione e password) per accedere e controllare la sua posizione direttamente dal sito web del Fondo. In caso di perdita della password di accesso alla posizione, inserendo il numero di iscrizione ed il codice fiscale nell'apposita sezione dell'area iscritti del sito web del Fondo, l'Associato riceverà immediatamente una nuova password.

### 9.1 COMUNICAZIONE PERIODICA

Entro il 31 marzo di ogni anno Alifond invia ad ogni Associato la comunicazione periodica relativa al 31 dicembre dell'anno precedente contenente l'informativa sulla gestione complessiva del Fondo e l'estratto conto della posizione personale.

Tale comunicazione è disponibile anche in forma telematica all'interno dell'area riservata, accessibile, previa autenticazione (username e password in suo possesso), sul sito web del Fondo. Nell'estratto conto ogni aderente può controllare che l'ammontare dei contributi versati (azienda, lavoratore e TFR) corrisponda a quanto trattenuto nel corso dell'anno.

### 9.2 PROGETTO ESEMPLIFICATIVO

Per elaborare una stima della propria prestazione pensionistica futura l'Associato può utilizzare "il Progetto Esemplificativo", strumento ideato dalla Covip.

È una stima utile per avere un'idea immediata del piano pensionistico che si sta costruendo e di come gli importi delle prestazioni possono modificarsi al variare, ad esempio, della contribuzione, delle scelte di investimento e dell'età di pensionamento. Il progetto esemplificativo è disponibile nel sito [www.alifond.it](http://www.alifond.it), cliccando su "Calcola la tua Pensione".



A seguire un elenco delle risposte alle domande più frequenti con lo scopo di chiarire l'interpretazione delle disposizioni contenute nel regolamento e semplificare le modalità di fruizione delle prestazioni erogate. Per tutte le specifiche tecniche si rimanda al regolamento completo

### **1. Come faccio a registrarmi sul sito per accedere ai servizi dell'Area riservata?**

*Deve collegarsi al sito [www.fondofasa.it](http://www.fondofasa.it), accedere alla sezione "Registrazione" e selezionare dal menu a tendina "Reg. Iscritto". Dovrà compilare la maschera con i dati richiesti. Successivamente le verrà inviata una password all'indirizzo di posta elettronica fornita.*

*Per fare il Login all'Area riservata basterà inserire l'e-mail usata per la registrazione e la password ricevuta.*

### **2. Devo cambiare l'e-mail usata per registrarmi al sito. Come faccio?**

*Basterà inviare una comunicazione all'indirizzo [info@fondofasa.it](mailto:info@fondofasa.it) inserendo i propri dati anagrafici (nome, cognome, codice fiscale), la vecchia e-mail e la nuova. Sarà premura del Fondo provvedere all'aggiornamento dei dati.*

### **3. Come faccio a comunicarvi il mio nuovo IBAN?**

*Dovrà inviare una comunicazione all'indirizzo [info@fondofasa.it](mailto:info@fondofasa.it) inserendo i propri dati anagrafici (nome, cognome, codice fiscale), le vecchie coordinate bancarie e le nuove o in occasione della prossima richiesta di rimborso assicurarsi di compilare l'apposito spazio nel modulo di richiesta di rimborso. Il conto corrente dovrà essere obbligatoriamente intestato al titolare di polizza.*

**4. Come faccio a visualizzare i dettagli delle fatture caricate sulle rispettive pratiche?**

*Basterà selezionare l'icona della stampante per aprire il dettaglio. Qualora non si visionasse l'allegato, è opportuno verificare le impostazioni di internet e consentire i pop-up per il sito.*

**5. Dove spedisco la mia richiesta di rimborso?**

*È possibile inviare la documentazione tramite posta ordinaria, raccomandata a Fondo Fasa Via Flavia3 00187 Roma o posta elettronica a [info@fondofasa.it](mailto:info@fondofasa.it). Qualora si voglia avvalere del servizio e-mail, l'invio della documentazione dovrà essere necessariamente in formato PDF. Altri formati, quali JPG, foto, etc., non saranno considerati validi.*

**6. La documentazione per la richiesta di rimborso deve essere in originale?**

*No, ad eccezione delle radiografie per certificare le prestazioni odontoiatriche per le quali si richiede il rimborso, la documentazione deve essere in fotocopia.*

**7. Ho sostenuto un ricovero, posso inviare le spese e successivamente la cartella clinica?**

*No, dovrà inviare le ricevute di pagamento e la documentazione medica (fatture, prescrizioni mediche, cartella clinica, etc.) in un'unica soluzione.*

**8. Sono un malato oncologico. Cosa devo inviare per la richiesta dell'indennità giornaliera per le giornate in cui effettuo la terapia salvavita?**

*Dovrà inviare una lettera di dimissione, cartella clinica o una certificazione della struttura ospedaliera indicante il piano terapeutico (chemioterapia, radioterapia, etc.) e le date esatte in cui effettua la cura.*

---

**9. Cosa devo inviare per la richiesta dell'indennità giornaliera per le giornate in cui effettuo la dialisi?**

*Dovrà inviare una lettera di dimissione, cartella clinica o una certificazione della struttura ospedaliera indicante il piano terapeutico e le date esatte in cui effettua la cura. Dalla documentazione inviata dovrà essere evidente che la dialisi sia stata effettuata in regime di day hospital.*

**10. Ho comprato gli occhiali, posso fare richiesta di rimborso?**

*Sì, basterà inviare copia della ricevuta di pagamento e certificazione del cambio della vista. Si specifica che non è sufficiente conoscere il difetto visivo (miopia, astigmatismo, etc.) ma si deve evincere che è cambiata la vista e per questo è stato necessario l'acquisto delle nuove lenti. A tal proposito potrà inviare due specchietti delle diottrie, quelle vecchie e quelle nuove.*

**11. Ho comprato i primi occhiali e non ho la modifica del visus. Posso fare lo stesso richiesta di rimborso?**

*Sì, basterà inviare copia della ricevuta di pagamento e certificazione dell'oculista o dell'ottico in cui sia specificato che trattasi di acquisto prime lenti.*

**12. Come posso conoscere l'esito delle richieste di rimborso?**

*Dopo aver inoltrato le richieste di rimborso, potrà monitorarne l'iter di lavorazione dalla sua area riservata del sito, nella sezione "Pratiche". Se in una delle varie fasi di lavorazione fosse necessaria ulteriore documentazione, riceverà una comunicazione dal Fondo con la richiesta di quanto necessario. Autonomamente, potrà visualizzare il dettaglio delle pratiche e visionare le indicazioni sull'eventuale documentazione mancante per la valutazione del rimborso.*

**13. La mia pratica è sospesa per richiesta dettaglio prestazione eseguita, che cosa significa?**

*La descrizione in fattura è vaga e non si evince la prestazione sostenuta. Dovrà inviare il referto del medico, foglio di prenotazione o ulteriore documentazione al fine di chiarire il tipo di prestazione e/o visita effettuata.*

**14. La mia pratica è sospesa e viene richiesta la prescrizione medica, ma io non ne sono più in possesso, come posso fare?**

*Dovrà richiedere una certificazione al suo medico - rilasciata su carta semplice con timbro del medico o carta intestata - in cui si indichi la patologia presunta o accertata a giustificazione delle prestazioni sanitarie sostenute in riferimento alla fattura in questione.*

**15. Ai fini del rimborso, c'è differenza tra l'impegnativa e la prescrizione rilasciata su foglio bianco del medico?**

*Ai fini del rimborso, è valida la prescrizione medica rilasciata sia su carta intestata del medico che su impegnativa.*

**16. A chi posso estendere la garanzia della polizza sanitaria?**

*Potrà estendere la copertura sanitaria al coniuge, convivente more uxorio ed ai figli.*

*La copertura sanitaria dei figli viene garantita fin quando questi rimangano fiscalmente a carico dell'iscritto, anche al 50% con l'altro genitore.*

**17. Il mio coniuge non è fiscalmente a carico, può usufruire della polizza?**

*Si.*

## 18. Come faccio ad estendere la garanzia della polizza sanitaria al mio nucleo familiare?

*Dovrà compilare un'autodichiarazione dello stato di famiglia inserendo i dati anagrafici dei beneficiari e provvedendo all'invio della certificazione firmata e accompagnata dalla copia del documento di identità del dichiarante.*

*Potrà inserire i dati necessari all'estensione della copertura direttamente dall'area riservata o scaricando il modello precompilato nell'apposita sezione del sito.*

**Nota bene:** *qualora ci siano due coniugi entrambi dipendenti di Aziende iscritte al Fondo, questi non potranno essere in alcun modo inseriti come beneficiari dell'altra copertura; invece i figli fiscalmente a carico di ambedue potranno risultare beneficiari di entrambe le coperture dei genitori.*

*Altri componenti della famiglia come nonni, zii, cugini, etc. -anche se presenti sullo stato di famiglia- non potranno usufruire delle garanzie.*

## 19. Che differenza c'è tra prestazioni in forma diretta (strutture convenzionate) e indiretta (forma rimborsuale)?

*La forma rimborsuale viene intesa quando l'Isritto sceglie la struttura pubblica o privata dove effettuare le prestazioni, a fronte delle spese sostenute, fa richiesta di rimborso al Fondo il quale, applicando le franchigie ed i massimali del caso, eroga il rimborso di quanto dovuto all'Isritto.*

*Per la forma diretta si intende quando l'Isritto, previa prenotazione presso la Centrale Operativa di UniSalute, sostiene una prestazione in convenzione.*

## 20. Il mio dentista non è convenzionato con UniSalute, posso fare lo stesso richiesta di rimborso al fondo?

*Sì, ma in alcuni casi vi sono delle differenze per i massimali garantiti per le medesime prestazioni.*

**21. Ho messo degli impianti ai denti, cosa devo fare per la richiesta di rimborso?**

*Dovrà inviare copia delle ricevute di pagamento in cui sia riportato il dettaglio delle prestazioni effettuate, copia del piano di cure, la scheda anamnestica (disponibile sul sito internet) e le radiografie originali pre e post trattamento.*

*Si specifica che le radiografie dovranno essere su lastra o CD. Per evitare errori di lavorazione, consigliamo l'invio in un'unica soluzione tramite posta.*

**22. È previsto il rimborso dell'apparecchio per i denti?**

*No, non rientra tra le prestazioni previste in polizza. Potrà richiedere l'applicazione di tariffe agevolate se effettua le cure in centri convenzionati con UniSalute.*

**23. È previsto il rimborso delle visite psichiatriche?**

*Solamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di una patologia e stabilire un piano terapeutico. Le successive visite, essendo di controllo e terapia, non saranno rimborsate.*

**24. È previsto il rimborso delle prestazioni effettuate dallo psicologo?**

*No poiché non è un medico specialista ma un professionista.*

**25. È previsto il rimborso per le spese dal nutrizionista?**

*Vengono rimborsate solamente le prestazioni effettuate da medici il cui titolo di specializzazione sia inequivocabile es. medico chirurgo specialista in scienza dell'alimentazione, pertanto nessun rimborso è previsto per prestazioni erogate da biologi nutrizionisti e farmacisti. Si precisa inoltre che rientra in garanzia esclusivamente una prima visita al fine di accertare la presenza di una patologia e il piano di cura/regime alimentare. Le successive visite di controllo non saranno rimborsate.*

## 26. I trattamenti fisioterapici sono rimborsati?

*Si, ma solo a seguito di infortunio sul lavoro (valido soltanto per il titolare di polizza) o intervento chirurgico.*

## 27. Come posso attivare gli sconti presso i centri convenzionati (prestazioni a tariffe agevolate) per le prestazioni non previste in polizza?

*Per le prestazioni non previste dal piano sanitario o per le quali ha esaurito il massimale, potrà contattare il numero verde della Centrale Operativa di UniSalute e richiedere lo stesso la prestazione di cui necessita. Il costo delle prestazioni rimarrà a suo carico ma con un sconto sulle tariffe normalmente applicate dalla struttura.*

## 28. Dove trovo l'elenco delle strutture convenzionate?

*Per conoscere le strutture convenzionate è possibile contattare la Centrale Operativa di Unisalute telefonando al numero verde nazionale 800-009619 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30 o accedendo al sito [www.fondofasa.it](http://www.fondofasa.it)*

## 29. Posso detrarre le spese mediche rimaste a mio carico in fase di dichiarazione dei redditi?

*Si, è possibile usufruire della detrazione d'imposta e detrarre le spese non rimborsate. A tal proposito, è necessario stampare il prospetto riepilogativo nella sezione "Pratiche", nella propria area riservata, e consegnarlo al proprio consulente fiscale unitamente alle fatture.*

## 30. L'assicurazione è valida anche all'estero?

*Si, l'assicurazione vale in tutto il mondo. È fondamentale conservare con cura tutta la documentazione relativa alla prestazione della quale si ha usufruito e all'eventuale importo pagato per chiederne il rimborso. Al fine di agevolare la lavorazione, è consigliabile inviare una traduzione in lingua italiana. Vi sono strutture convenzionate anche in territorio straniero, ma la loro presenza varia a seconda*

della nazione e della tipologia di prestazione di cui si ha bisogno. È possibile ricevere tutte le informazioni a tal proposito contattando la centrale operativa di UniSalute.

