



# NORMATIVO

delle coperture  
delle prestazioni sanitarie  
per collettività

dei Soci Aggregati al

**Fondo V.I.S.  
Vita In Salute**

**COPERTURA 2023**

---

Associazione V.I.S. VITA IN SALUTE – Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa  
Sede Legale: Via della Panetteria, 15 - 00187 Roma - Sede Operativa: Corso Indipendenza, 6 – 20129 Milano - Fax +39 02 87181106  
Codice Fiscale: 97620060588 - E-mail: [info@vitainsalute.eu](mailto:info@vitainsalute.eu) - Internet: [www.vitainsalute.eu](http://www.vitainsalute.eu)

## Premessa

Questo Normativo si pone l'obiettivo di fornire agli Assistiti uno strumento per una chiara ed agevole interpretazione delle prestazioni previste dal piano sanitario.

Le prestazioni, integralmente offerte dal Fondo V.I.S. Vita In Salute, sono coperte e garantite attraverso copertura assicurativa stipulata da V.I.S. con primarie compagnie operanti sul mercato italiano.

I servizi di supporto sono erogati da primaria società di servizi specializzata nella gestione di coperture sanitarie. Le modalità di accesso ai servizi e la relativa modulistica sono allegati al presente Normativo e disponibili sul sito: [www.vitainsalute.eu](http://www.vitainsalute.eu).

Per illustrare le coperture vengono fornite le seguenti informazioni:

- **Definizioni** pag. 3
- **Estratto delle prestazioni sanitarie coperte** pag. 6
- **Norme che regolano la copertura** pag. 11
- **Norme che regolano la liquidazione dell'indennizzo** pag. 15

## Allegato

- **Allegato 1: Sintesi delle opzioni standard** pag. 18

L'intento è quello di semplificare la comprensione dei contenuti delle prestazioni offerte, tuttavia tale descrizione mantiene comunque un valore indicativo e non impegna il Fondo. In caso di dubbie interpretazioni, fa testo la polizza assicurativa stipulata da V.I.S con primarie Compagnie di Assicurazione per la copertura del rischio delle prestazioni offerte ai propri Assistiti.

Le polizze stipulate dal Fondo per assicurare i rischi derivanti dalle coperture "salute" erogate, di Soci aggregati e dei Beneficiari, sono conservate e consultabili a semplice richiesta presso la sede operativa del Fondo.

## Definizioni

(in ordine alfabetico)

**ASSISTENZA INFERMIERISTICA:** assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

**BENEFICIARIO:** il fruitore delle prestazioni di assistenza sanitaria integrativa ottenute in proprio favore dal Socio Aggregato per il tramite del Fondo (definito anche Assistito).

**CARENZA – TERMINI DI ASPETTATIVA:** il periodo di tempo, ove evidenziato, che intercorre fra l'ingresso in copertura e l'inizio della stessa.

**CENTRO MEDICO:** il centro, anche non adibito al ricovero dei malati, regolarmente autorizzato per prestazioni mediche, esami radiografici e diagnostici, analisi, trattamenti fisioterapici e rieducativi.

**CONTRAENTE:** Fondo V.I.S. in quanto entità che stipula le eventuali coperture assicurative.

**CONTRIBUTO ASSISTENZIALE:** somma dovuta dal Socio Aggregato al Fondo.

**CONVALESCENZA:** il periodo successivo la dimissione dall'Istituto di Cura necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi.

**CUSTOMER CARE CENTER:** servizio dedicato alla gestione delle informazioni relative alle prestazioni previste dalla copertura, al collegamento col Network medico.

**DAY HOSPITAL / DAY SURGERY:** struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (day hospital) o prestazioni chirurgiche (day Surgery) eseguite da medici chirurghi specialisti con redazione di cartella clinica.

**DATA EVENTO / SINISTRO:** per i Ricoveri si intende quella in cui avviene il Ricovero; a questa fanno riferimento tutte le spese connesse all'evento (precedenti, concomitanti e successive) rimborsabili a termini della copertura; per le altre prestazioni previste dalla copertura si intende la data della prima prestazione sanitaria effettuata a seguito dello stesso evento.

**DIFETTO FISICO:** menomazione clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita.

**EVENTO:** il singolo ricovero, anche in regime di degenza diurna (Day Hospital) o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale. Per le prestazioni Extraospedaliere tutte le visite e gli esami, riguardanti la stessa patologia, prescritti contemporaneamente.

**FRANCHIGIA:** la parte delle spese sostenute, determinata in maniera fissa, che rimane a carico dell'Assistito.

**INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE:** temporanea e totale incapacità fisica dell'Assistito a svolgere le sue normali occupazioni lavorative.

**INDENNIZZO:** la somma dovuta dal Fondo in caso di evento.

**INFORTUNIO:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili.

**INTERVENTO CHIRURGICO:** tecnica terapeutica cruenta applicata su tessuti viventi mediante l'uso di strumenti operatori.

**INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE:** l'intervento di chirurgia, effettuato senza ricovero, nello studio professionale idoneo per legge e regolarmente autorizzato all'esercizio della professione medica individuale, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia.

**ISTITUTO DI CURA:** Istituto universitario, Ospedale, Casa di Cura, Day Hospital / Day Surgery, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

**MALATTIA:** ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

**MALFORMAZIONE – DIFETTO FISICO:** alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile prima dell'adesione alla copertura (o dell'ingresso in garanzia del singolo Assistito).

**MASSIMALE:** la disponibilità unica ovvero la spesa massima rimborsabile per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno di copertura. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare e per anno di copertura.

**NETWORK SANITARIO:** rete convenzionata con primaria società di servizi (*Service*), costituita da Ospedali ed Istituti di carattere scientifico, Case di Cura, Centri Diagnostici e Poliambulatori, nonché da Professionisti Medici che esercitano nell'ambito di queste, per l'erogazione delle prestazioni esclusivamente nell'ambito delle convenzioni stesse, nelle seguenti forme:

- a) in forma diretta: senza preventivo esborso di denaro da parte dell'Assistito per tutti i casi di ricovero, ad eccezione delle sole franchigie e scoperti eventualmente previste dalla copertura;
- b) in forma indiretta: con l'utilizzo delle tariffe preferenziali.

**NUCLEO FAMILIARE – COPERTURA COMPLETA**

Coniuge o convivente more uxorio; figli conviventi di età inferiore a 30 anni come risultanti dal certificato anagrafico "stato di famiglia"; figli di età inferiore a 30 anni, anche non conviventi, purché fiscalmente a carico del Socio Beneficiario.

**NUCLEO FAMILIARE – COPERTURA INTEGRATIVA**

Coniuge o convivente more uxorio e figli conviventi di età non superiore a 26 anni, questi ultimi purché fiscalmente a carico, come risultanti dal certificato anagrafico "stato di famiglia".

**OPZIONE:** il documento, che fa parte integrante del presente Normativo, nel quale sono indicati i dati principali relativi alle coperture prestate dal presente Normativo. L'opzione prescelta è sempre allegata al Normativo emesso per ciascun Socio Aggregato.

**POLIZZA:** documenti che provano l'assicurazione, stipulata dal Fondo

**PREMIO:** le somme dovute dal contraente per le coperture stipulate.

**PATOLOGIA IN ATTO – PATOLOGIA PREESISTENTE:** alterazione dello stato di salute diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto della presente copertura o al successivo ingresso in copertura del singolo Assistito.

**RESIDENZA:** luogo in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano in cui l'Assistito ha stabilito la dimora abituale.

**RICOVERO:** degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento.

**RIMBORSO:** somma dovuta dal Fondo in caso di evento (detto anche Indennizzo).

**SINISTRO / EVENTO:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la copertura e specificatamente: il ricovero, l'intervento chirurgico in day hospital, il ricovero domiciliare/parto domiciliare o, in assenza dei suddetti eventi, le altre prestazioni sanitarie previste dalla copertura e derivanti dalla stessa patologia.

**SCOPERTO:** la parte delle spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'Assistito.

**SERVICE:** Società che, su mandato del Fondo, gestisce il servizio di supporto agli Assistiti, nelle forme di assistenza diretta ed indiretta. Il nominativo del Service è riportato nella guida operativa.

**SOCIO AGGREGATO:**

le entità giuridiche – imprese, enti o altre istituzioni – che aderiscono al Fondo onde attribuire prestazioni di assistenza sanitaria integrativa alla popolazione che ad esse fanno a diverso titolo riferimento, divenendo diretti referenti del Fondo stesso per la relativa comunità.

**TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIEDUCATIVI:** prestazioni di medicina riabilitativa, ad opera di personale fornito di specifico diploma, tesa a rendere possibile il recupero delle funzioni negli individui colpiti da traumi, lesioni invalidanti, malattie infiammatorie o degenerazioni.

**VISITA SPECIALISTICA:** la visita effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce.  
Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Sono altresì escluse le specializzazioni in Medicina Generale e Pediatria e le visite odontoiatriche e ortodontiche.

## Estratto delle prestazioni sanitarie coperte

Questo estratto rappresenta una copertura collettiva monoannuale, rinnovabile di anno in anno, che garantisce il rimborso delle spese sostenute per cure dall'Assistito a seguito di Malattia, Infortunio o Parto, relativamente alle prestazioni specifiche previste dall'opzione prescelta (vedasi schede delle diverse Opzioni presentate nell'allegato 1) fino alla concorrenza dei massimali e con i limiti indicati nell'Opzione stessa.

### GAMMA DELLE PRESTAZIONI COPERTE DAL FONDO

#### A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE

**A1) in caso di ricovero con/senza intervento chirurgico, Day Hospital con/senza intervento chirurgico, Intervento ambulatoriale, Parto Cesareo e non e Aborto Terapeutico:**  
(prestazione compresa solo se indicata nell'opzione prescelta)

Il Fondo riconosce le spese relative a:

- visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (compresi i relativi onorari medici) effettuati nei giorni precedenti il ricovero e relativi al ricovero o all'intervento stesso;
- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento (comprese le endoprotesi);
- assistenza medica/infermieristica, le cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati c/o Centri Medici, medicinali e esami post-intervento durante il periodo di ricovero;
- rette di degenza (con esclusione di quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente);
- visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, assistenza infermieristica resa necessaria dalla non autosufficienza dell'Assistito in conseguenza di intervento chirurgico, infortunio, ictus cerebrale o infarto cardiaco; trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari da infortunio, da ictus cerebrale, da infarto cardiaco, dall'intervento chirurgico; trattamenti di malattie oncologiche effettuati nei giorni successivi al ricovero e relativi al ricovero o all'intervento stesso e tutti pertinenti alla patologia considerata.

#### Casi particolari:

- **Intervento chirurgico per miopia, astigmatismo miotico e ipermetropia:** nell'ambito del suddetto massimale, fino alla concorrenza dell'importo indicato nell'opzione prescelta, a parziale deroga di quanto indicato nelle "Esclusioni", la copertura è estesa all'intervento chirurgico per miopia, astigmatismo miopico e ipermetropia purché conseguente a riduzione di visus di almeno 4 diottrie.  
Si conviene che l'operatività della presente garanzia è vincolata alla trasmissione, in caso di sinistro, di adeguata documentazione medica comprovante l'assenza di anisometria e/o deficit visivo dell'Assistito alla data di decorrenza della copertura. Tale documentazione verrà fornita a cura dell'Assistito in allegato alla denuncia di sinistro.
- **Trapianti:** In caso di trapianto di organi:
  - ◆ se l'Assistito è ricevente: le spese di prelievo e trasporto di organi o parti di essi, ovvero le spese di ricovero del donatore vivente;
  - ◆ se l'Assistito è donatore: le sue spese di ricovero e di viaggio (in treno o aereo di linea) di andata e ritorno.

- **Ricovero domiciliare per malattia terminale:** in caso di ricovero domiciliare per malattia terminale (intesa come malattia a prognosi infausta per la sopravvivenza, che comporta la non autosufficienza dell'Assistito a mantenere una vita indipendente ed a svolgere le comuni attività quotidiane): le spese per l'assistenza domiciliare continuativa medica ed infermieristica fornita da idonee organizzazioni o strutture sanitarie all'uopo costituite e legalmente riconosciute fino a € 110 giornalieri per un massimo di 60 giorni dalla dimissione dall'Istituto di Cura.
- **Parto:** In caso di parto non cesareo o di aborto indennizzabile (terapeutico): le sole spese di ricovero fino alla concorrenza, per ciascun evento, dell'importo previsto dall'opzione di copertura prescelta.
- d)1 In caso di parto non-cesareo domiciliare: le spese ostetriche ed infermieristiche fino alla concorrenza, per ciascun evento, dell'importo previsto dall'opzione di copertura prescelta senza applicazione di alcun scoperto/franchigia.
- **Parto cesareo:** In caso di parto cesareo: le spese per le prestazioni previste ai punti A)1, fino alla concorrenza, per ciascun evento, dell'importo previsto dall'opzione di copertura prescelta, Il parto cesareo eseguito in struttura e da medico chirurgo convenzionati non è soggetto a limitazione di massimale.

### **Prestazioni accessorie:**

#### **A2) rette di degenza dell'accompagnatore:**

(prestazione compresa solo se indicata nell'opzione prescelta)

le spese per vitto e pernottamento in Istituto di Cura di un accompagnatore, fino alla concorrenza dell'importo giornaliero e nell'ambito del limite temporale indicati nell'opzione di copertura prescelta; qualora la struttura sanitaria non sia attrezzata ad ospitare l'accompagnatore il rimborso riguarda le sole spese di pernottamento in albergo.

#### **A3) trasporto dell'assistito:**

(prestazione compresa solo se indicata nell'opzione prescelta)

le spese di trasporto per il ricovero in Istituto di Cura o il trasferimento da un Istituto di Cura ad un altro fino alla concorrenza di quanto indicato nell'opzione di copertura prescelta, per anno di copertura.

#### **A4) rimpatrio salma:**

(prestazione compresa solo se indicata nell'opzione prescelta)

le spese per il rimpatrio della salma in caso di decesso all'Estero in conseguenza di *ricovero* indennizzabile a termini di *copertura*, fino alla concorrenza di quanto indicato nell'opzione di copertura prescelta.

### **Altre garanzie:**

#### **A5) Indennità sostitutiva:**

(prestazione compresa solo se indicata nell'opzione prescelta)

qualora le spese sanitarie sostenute dall'Assistito nel periodo di Ricovero siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, o interamente rimborsate da altro Ente, il Fondo corrisponde un'indennità giornaliera per ciascun giorno di ricovero (in sostituzione al rimborso delle prestazioni

descritte ai punti da A1-A2-A3-A4). L'importo dell'indennità prevista e il numero massimo dei giorni sono riportati nell'opzione prescelta. La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di Cura sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione. In caso di intervento chirurgico in day hospital la diaria è ridotta al 50% e viene corrisposta per ogni giorno di degenza diurna.

## **B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE**

### **B1) "alta diagnostica" (definita anche diagnostica e terapie di alta specializzazione)**

(prestazione compresa solo se indicata nell'opzione prescelta)

In assenza di ricovero, intervento chirurgico in day hospital o di intervento ambulatoriale, il Fondo rimborsa le spese sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie rese necessarie dall'infortunio o dalla malattia denunciati:

- Angiografia;
- Broncoscopia;
- Chemioterapia;
- Colonscopia (parziale o totale);
- Doppler;
- Dialisi;
- Diagnostica radiologica;
- Duodenoscopia;
- Ecocardiografia;
- Ecografia;
- Emodialisi (per un massimo di 15 applicazioni per anno di copertura);
- Elettrocardiografia secondo Holter;
- Elettroencefalografia;
- Esofagoscopia;
- Gastrosocopia;
- Laserterapia;
- R.M.N. (risonanza magnetica nucleare);
- Radioterapia (compresa cobaltoterapia);
- Rettoscopia;
- Scintigrafia;
- T.A.C. (tomografia assiale computerizzata);
- Telecuore;
- Urografia (esame completo).

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale indicato nell'opzione di copertura prescelta, per anno di copertura e per nucleo familiare, previa applicazione –per ciascun sinistro– degli scoperti/franchigie eventualmente ivi previsti, con le seguenti precisazioni:

- per chemioterapia, radioterapia e cobaltoterapia si applica soltanto lo scoperto percentuale;
- lo scoperto non si applica per il rimborso dei ticket governativi relativi alle prestazioni su elencate, purché di importo complessivo non inferiore a € 25. Tale importo può essere raggiunto anche cumulando nel corso dell'anno di copertura più ticket relativi al medesimo Assistito.

### **B2) diagnostica diversa da alta specializzazione**

(prestazione compresa solo se indicata nell'opzione prescelta)



In assenza di ricovero, intervento chirurgico in day hospital o intervento ambulatoriale, il Fondo rimborsa le spese sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie: rese necessarie dall'infortunio o dalla malattia denunciati:

- ◆ accertamenti diagnostici resi necessari dall'infortunio o dalla malattia denunciati, con esclusione di: accertamenti sull'apparato dentario, test di gravidanza, ecografie di controllo della gravidanza;
- ◆ trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari da infortunio, nonché noleggio delle apparecchiature necessarie per i trattamenti medesimi;
- ◆ agopuntura ed elettroagopuntura purché prescritta da medici specialisti iscritti all'albo.

Il rimborso é effettuato fino alla concorrenza del massimale indicato nell'opzione di copertura prescelta, per anno e per nucleo familiare, previa applicazione degli scoperti/franchigie eventualmente ivi previsti, che, per ogni accertamento o per ogni serie di accertamenti previsti da un'unica prescrizione medica, rimangono a carico dell'Assistito.

In caso di ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, i ticket governativi saranno rimborsati integralmente, purché di importo complessivo non inferiore a € 25. Tale importo può essere raggiunto anche cumulando nel corso dell'anno di copertura più ticket relativi al medesimo Assistito.

### **B3) visite specialistiche**

(prestazione compresa solo se indicata nell'opzione prescelta)

In assenza di ricovero, intervento chirurgico in day hospital o di intervento ambulatoriale, il Fondo rimborsa le spese sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie rese necessarie dall'infortunio o dalla malattia denunciati:

- visite specialistiche, (escluse visite pediatriche, odontoiatriche ed ortodontiche);

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale indicato nell'opzione di copertura prescelta, per anno di copertura e per nucleo familiare, previa applicazione –per ciascun sinistro– degli scoperti/franchigie eventualmente ivi previsti, con le seguenti precisazioni:

- qualora la prestazione faccia seguito accertamenti diagnostici di cui ai punti B1 e B2 prescritti dal medesimo specialista e l'Assistito presenti la richiesta di rimborso in un'unica soluzione, la franchigia minima si applica una sola volta;
- lo scoperto non si applica per il rimborso dei ticket governativi relativi alle prestazioni su elencate, purché di importo complessivo non inferiore a € 25. Tale importo può essere raggiunto anche cumulando nel corso dell'anno di copertura più ticket relativi al medesimo Assistito.

### **Assistenza Infermieristica a domicilio:**

(se indicata dell'opzione prescelta nell'ambito del massimale B2)

In caso di infortunio o malattia che comporti una inabilità temporanea totale, Il/La Fondo/Società rimborsa le spese sostenute dall'Assistito per assistenza infermieristica professionale a domicilio prescritta dal medico curante con il limite giornaliero indicato nell'Opzione di copertura prescelta.

### **B4) prestazioni odontoiatriche**

(prestazione compresa solo se indicata nell'Opzione prescelta)

Sono coperte dal Fondo le spese sostenute per cure dentarie (comprese le protesi), ortodontiche e stomatologiche, fino alla concorrenza del massimale indicato nell'Opzione di copertura prescelta, per anno e per nucleo familiare, previa applicazione – per ciascun sinistro – degli scoperti/franchigie previsti dall'Opzione di copertura prescelta.

Per i Beneficiari (e relativo nucleo familiare, se coperto) dei Soci Aggregati che abbiano aderito alla presente copertura nel corso del secondo semestre di ciascun anno di copertura, la presente garanzia è prestata nell'ambito di un massimale pari al 60% di quello annuo previsto dall'Opzione di copertura prescelta.

### **B5) lenti / occhiali**

(prestazione compresa solo se indicata nell'Opzione prescelta)

Sono coperte dal Fondo le spese sostenute, fino alla concorrenza del massimale indicato nell'Opzione di copertura prescelta per anno e per persona, le spese sostenute per l'acquisto di un paio di lenti per la correzione visiva (anche a contatto, escluse lenti estetiche e "usa e getta") la cui adozione sia resa necessaria da infortunio, da sopravvenuta infermità o da modifica del visus.

Per i Beneficiari (e relativo nucleo familiare, se coperto) dei Soci Aggregati che abbiano aderito alla presente copertura nel corso del secondo semestre di ciascun anno di copertura, la presente garanzia è prestata nell'ambito di un massimale pari al 60% di quello annuo previsto dall'Opzione di copertura prescelta.

Il rimborso è subordinato a:

- in caso di infortunio: produzione di referto di Pronto Soccorso Pubblico e di documentazione medico specialistica;
- nei restanti casi: diagnosi di medico specialista con certificazione della diminuzione del visus.

Sono escluse dalla garanzia (quando anche comprese sulla medesima fattura di spesa) le spese relative a montature, liquidi per la pulizia e simili.

L'Assistito, anche qualora il massimale annuo non sia stato esaurito, non ha diritto al rimborso della spesa sostenuta per un secondo paio di lenti che non sia giustificato da idonea documentazione medica attestante un'ulteriore modifica del visus/infortunio.

### **B6) medicina preventiva**

(prestazione compresa solo se indicata nell'opzione prescelta)

Sono coperte dal Fondo le spese sostenute dall'Assistito per i seguenti accertamenti diagnostici:

- per le donne: esame mammografico, esame citologico secondo Papanicolaou (pap test), esame elettrocardiografico;
- per gli uomini: elettrocardiogramma a riposo e da sforzo, esame radiologico del torace, esami del sangue (emocromo con formula leucocitaria, VES, LDL, azotemia, creatininemia, HDL quadro lipidico – colesterolo, trigliceridi, lipoproteine)

Gli accertamenti devono essere effettuati presso poliambulatori convenzionati con il Service, previo accordo telefonico con il medesimo (vedi guida all'Assistito).

Ciascun Assistito può effettuare un solo "pacchetto di accertamenti" ogni due anni.

### **B7) cure oncologiche**

(prestazione compresa solo se indicata nell'opzione prescelta)

In caso di malattia oncologica curata anche senza ricovero o senza intervento chirurgico ambulatoriale valgono le prestazioni previste dal punto A1, fino alla concorrenza del massimale di € 5.000 per anno e per nucleo familiare, con l'applicazione di uno scoperto del 10%, che per ciascun sinistro rimane a carico dell'Assistito.

Inoltre, relativamente alle spese post-ricovero previste dal punto A1 il periodo di 120 giorni viene ampliato a 150 giorni successivi alla dimissione.

Per malattie oncologiche di cui alla presente estensione di garanzia si intendono:

- neoplasie maligne a carattere invasivo comprovate da referto istopatologico;
- tumori dell'encefalo e degli altri organi del sistema nervoso centrale;
- leucemia, linfomi, morbo di Hodgkin.

La garanzia vale per le prestazioni che non siano già compresi in altri punti della presente copertura.

### **B8) protesi ortopediche e presidi ortopedici**

(prestazione compresa solo se indicata nell'opzione prescelta)

Sono coperte dal Fondo le spese sostenute per l'acquisto o per il noleggio di protesi e presidi ortopedici su prescrizione del medico specialista; se si tratta di alterazione organica permanente è sufficiente una sola prescrizione. In particolare per:

- protesi ortopediche la garanzia opera fino alla concorrenza di € 1.000 per anno e per nucleo familiare, con applicazione di una *franchigia* di € 25 che per ciascun *sinistro* rimane a carico dell'*Assistito*;
- presidi ortopedici la garanzia opera fino alla concorrenza di € 300 per anno e per persona, con applicazione di uno *scoperto* del 30% che per ciascun *sinistro* rimane a carico dell'*Assistito*.

La garanzia vale per gli apparecchi che non siano già compresi in altri punti della presente copertura; essa non vale comunque per: plantari, rialzi, calzature ortopediche di serie.

## **Norme che regolano la copertura**

### **Oggetto della copertura - Forma Completa**

Oggetto della presente copertura è il rimborso delle spese sostenute dagli Assistiti in conseguenza di Infortunio e/o Malattia o per Parto, relativamente alle prestazioni specifiche previste dall'opzione prescelta (vedasi schede delle diverse Opzioni presentate nell'allegato 1) fino alla concorrenza dei massimali e con i limiti indicati nella nell'Opzione stessa.

### **Oggetto della copertura - Forma integrativa**

Nel caso in cui sia attivata un'opzione in forma integrativa, la copertura si intende prestata ad integrazione del FASI, FASDAC, Q.u.A.S. (o altri Fondi equivalenti per i quali deve in ogni caso essere richiesta a VIS l'approvazione preventiva) - di seguito Enti – ai quali l'Isritto ha l'obbligo di richiedere preventivamente il rimborso delle spese sanitarie sostenute.

Le Opzioni integrative operano per le prestazioni/garanzie previste dalla specifica Opzione secondo due modalità:

- A) con integrazione senza l'applicazione di scoperti o franchigie fino alla concorrenza del massimale previsto per la specifica garanzia, per tutti i soggetti e le prestazioni coperte dagli Enti in base ai rispettivi regolamenti;
- B) con l'applicazione dei limiti previsti dalle specifiche garanzie per i soggetti e/o le prestazioni non coperte dagli Enti ove la copertura offerta da VIS opera come "Primo Rischio" e fino alla concorrenza delle massimale previsto per la specifica garanzia. Limitatamente alla copertura integrativa al Q.u.A.S. - ai familiari ove coperti.

Per le garanzie del punto A) verranno ammessi a risarcimento da VIS solamente le prestazioni per le quali è stata preventivamente inoltrata richiesta di rimborso al Fondo (le cui prestazioni vengono integrate da VIS).

Per le garanzie del punto B) verranno ammessi a risarcimento da VIS solamente le prestazioni per importi complessivamente superiori a € 50. Tale importo può essere raggiunto cumulando, nel corso dell'anno di copertura, più richieste relative a un medesimo nucleo familiare.

Nel caso che i suddetti Enti ritenessero di non erogare il rimborso delle spese presentate, malgrado le stesse rientrino tra quelle previste dal proprio regolamento e siano quindi rimborsabili, ma non siano rimborsabili perché presentate tardivamente rispetto ai termini previsti dai relativi regolamenti, VIS darà comunque corso al rimborso nella misura dell'importo risultante ad integrazione di quanto sarebbe dovuto rimanere a carico dell'Ente in funzione del regolamento dello stesso.

### **Effetto della copertura - Pagamento del contributo assistenziale**

Fermi i termini di carenza eventualmente previsti, la copertura ha effetto dalle ore 00 del giorno indicato nel certificato se il contributo assistenziale è stato pagato o dalle ore 24 del giorno di pagamento dello stesso.

In caso di ritardo nel pagamento VIS provvederà a mandare sollecito; trascorsi 15 giorni dalla scadenza il Fondo ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione della copertura, fermo il diritto ai contributi scaduti.

Il contributo è sempre calcolato per periodi di copertura di un anno a meno di diversi accordi specifici fra le Parti.

Ciascun Socio Aggregato alla Contraente stabilisce, al momento di ingresso in copertura, se attivare quest'ultima unicamente per i propri Beneficiari ovvero se estenderla anche ai relativi nuclei familiari. Non è possibile estendere la presente copertura a singoli componenti del nucleo familiare.

### **Durata della copertura – Tacita proroga**

La presente copertura ha efficacia dalla data indicata sulla lettera di conferma.

In mancanza di disdetta data dalle Parti con lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza della copertura, questa si intende prorogata di un anno e così di seguito.

E' data comunque facoltà al Fondo di rivedere le condizioni contrattuali e i contributi relativi alle diverse Opzioni alla fine di ogni annualità, in funzione degli andamenti delle coperture.

VIS si impegna di darne comunicazione anticipatamente ai termini di disdetta.

### **Limiti di età – Persone non coperte dal Fondo**

La copertura vale permanendo in vigore il rapporto di Beneficiario del Socio Aggregato che aderisca all'Associazione VIS e cessa con la risoluzione di detto rapporto:

- ◆ per i dipendenti e/o collaboratori coordinati e continuativi che risolvono il rapporto per quiescenza (e per i relativi familiari, se dichiarati) la copertura vale fino al compimento dell'anno di copertura in corso;
- ◆ per i dipendenti e/o collaboratori coordinati e continuativi che risolvono il rapporto di lavoro per altre cause (e per i relativi familiari, se dichiarati) la copertura cessa con effetto immediato;
- ◆ per i beneficiari non legati al Socio Aggregato da un rapporto di lavoro, la garanzia cessa con effetto immediato.

L'eventuale successivo incasso del contributo al Fondo non costituisce deroga; il contributo versato sarà restituito dal Fondo.

Non possono essere coperte dal Fondo le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate, e dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, psicosi in genere. La copertura cessa con il manifestarsi di dette infermità e nessun indennizzo é dovuto dal Fondo.

Possono essere coperti beneficiari ed eventuali familiari fino al limite di anni 70; le persone che raggiungono tale età in corso della copertura sono coperte fino alla successiva scadenza annuale della stessa.

### **Controversie**

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del sinistro, sul grado di invalidità permanente o sulla misura degli indennizzi, si potrà procedere, su accordo tra le Parti, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, mediante arbitrato di un Collegio Medico. I due primi componenti del Collegio saranno designati dalle Parti stesse e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico. Il Collegio Medico risiede nel comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assistito. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese

e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono sempre vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale.

### **Variazione delle persone coperte – Regolazione del contributo assistenziale**

Il contributo assistenziale é inizialmente determinato sulla base del numero degli Assistiti indicati dal Socio Aggregato e comunicato su apposito tracciato record informatico.

Al termine di ciascun mese, il Socio Aggregato si impegna a comunicare al Fondo le anagrafiche degli Assistiti (Titolare/Dipendente ed eventuali familiari compresi nel nucleo) entrati in copertura nel corso del mese stesso. Per tali soggetti la copertura si intende operante dal primo giorno del mese medesimo, salvo quanto disposto dal successivo paragrafo “Termini di aspettativa”.

I contributi assistenziali dovuti per il periodo 01.01.2023 – 31.12.2023 sono calcolati, sulla base del contributo specifico relativo a ciascuna Opzione, pari a:

- ◆ l'intero contributo annuo per gli ingressi avvenuti nel periodo 01.01–30.06 (1° semestre);
- ◆ il 60% del contributo annuo per gli ingressi avvenuti nel periodo 01.07–31.12 (2° semestre).

Il Fondo ha il diritto di effettuare in qualunque momento verifiche e controlli, per i quali il Socio Aggregato si impegna a fornire i chiarimenti, i libri di amministrazione e la documentazione necessaria, a semplice richiesta delle persone incaricate dal Fondo di eseguire gli accertamenti.

Qualora, per inesatte o incomplete dichiarazioni del Socio Aggregato, il contributo di regolazione risultasse calcolato su basi minori di quelle effettive, il Socio Aggregato sarà tenuto a versare al Fondo la differenza dovuta.

Per i sinistri che si siano verificati nel periodo cui si riferisce la dichiarazione inesatta, il Fondo è obbligato in proporzione al rapporto esistente tra il contributo pagato e quello effettivamente dovuto entro i limiti delle somme coperte ridotte in ugual misura.

Per detti sinistri il Fondo ha diritto a recuperare quanto eventualmente già pagato in più del dovuto.

### **Estensione Territoriale**

La copertura vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni vengano effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

### **Termini di aspettativa**

A parziale integrazione del successivo capitolo esclusioni, la copertura delle spese mediche:

- ◆ per gli infortuni occorsi prima dell'effetto del presente contratto o del successivo ingresso in copertura del singolo Assistito;
- ◆ per le malattie diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto del presente contratto o del successivo ingresso in copertura del singolo Assistito;

è compresa in garanzia trascorsi 18 mesi da tale effetto.

Limitatamente ai Beneficiari facenti capo a Soci Aggregati che aderiscono all'Associazione VIS provenienti da altri Fondi / Casse interaziendali, nei primi 18 mesi dall'effetto dell'adesione o del successivo ingresso in copertura del singolo Assistito le spese di cui sopra sono comprese in garanzia nel limite del 50% dell'importo sostenuto (scoperto).

Tale limitazione relativa ai Beneficiari già coperti da altri Fondi/Casse:

- ◆ sostituisce, ove previsti, gli eventuali diversi scoperti/ franchigie indicati nell'allegato "Opzioni di copertura";
- ◆ si applica anche alle spese per ricovero sostenute presso strutture/ medici convenzionati con il network;
- ◆ non si applica al rimborso dei ticket governativi.

Per il parto e le patologie dipendenti da gravidanza o puerperio, la copertura delle spese mediche decorre dalle ore 24 del 300° giorno successivo a quello di effetto della copertura (o del successivo inserimento in copertura). Se il concepimento viene provato, da adeguata documentazione medica, essere successivo alla decorrenza della copertura, la garanzia - con riferimento agli eventi citati - è prestata nei termini normalmente previsti (rischio compreso).

Per gli infortuni e per le malattie diverse da quelle indicate nei punti precedenti, la copertura delle spese mediche decorre dalle ore 00 del giorno di effetto della copertura (o del successivo inserimento in copertura).

### **Esclusioni**

Sono esclusi dalla copertura le prestazioni sanitarie risultanti da:

- ◆ Infortuni occorsi prima dell'effetto della presente copertura o al successivo ingresso in copertura del singolo Assistito ovvero entro 18 mesi dalla richiesta;
- ◆ Cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- ◆ Prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia o da infortunio indennizzabili), dietologiche e fitoterapiche;
- ◆ Difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla decorrenza della garanzia (l'esclusione non vale per i nati in corso di contratto, se la copertura li comprende);
- ◆ Infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- ◆ Sieropositività da virus H.I.V.;
- ◆ Infortuni derivanti da stato di ubriachezza o sotto l'influenza di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico;
- ◆ Infortuni occorsi durante la pratica di sport aerei in genere, la partecipazione a gare motoristiche - non di regolarità pura - e alle relative prove;
- ◆ Patologie psichiatriche, psicologiche, sindromi nevrotiche e caratteriali o da esaurimento nervoso; psicoterapia e psicoanalisi;
- ◆ Aborto volontario non terapeutico;
- ◆ Malattie professionali di cui al D.P.R. n° 336/94;
- ◆ Le conseguenze di:
  - atti dolosi compiuti o tentati dall'Assistito;
  - partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili); atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
  - trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocate) e accelerazioni di particelle atomiche (salvo le lesioni subite come paziente per applicazioni radioterapiche);
  - guerre ed insurrezioni; movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Stato del Vaticano.

### **Esclusioni specifiche per la Copertura Completa**

Sono esclusi dalla copertura le prestazioni sanitarie risultanti da:

- ◆ malattie diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto della presente copertura o al successivo ingresso in copertura del singolo Assistito.

Qualora non ricompresi dall'articolo Termini di aspettativa, ovvero entro 18 mesi dalla richiesta.

Esclusioni specifiche per la Copertura Integrativa

Sono esclusi dalla copertura le prestazioni sanitarie derivanti da:

- ◆ check-up di medicina preventiva.

## Norme che regolano la liquidazione dell'indennizzo

### Denuncia e liquidazione dell'indennizzo

L'utilizzo delle prestazioni coperte può svolgersi con le seguenti modalità:

- A.** con pagamento diretto da parte di Blue Assistance, direttamente ed unicamente presso la struttura sanitaria convenzionata con Blue Assistance, delle prestazioni previste in caso di:
  - a. ricovero anche in regime di day hospital,
  - b. in caso di intervento chirurgico anche in regime ambulatoriale
  - c. in caso di prestazioni extraricovero di "alta diagnostica", se prenotate presso le strutture convenzionate da Blue Assistance medesima;
  - d. visite specialistiche e accertamenti diagnostici

L'elenco delle strutture e dei medici convenzionati è consultabile nella propria area riservata del sito [www.blueassistance.it](http://www.blueassistance.it). Per accedere più velocemente e con sicurezza alle prestazioni è necessario contattare, almeno 3 giorni prima, la struttura sanitaria per prenotare la prestazione comunicando che si vuole attivare il servizio "Diretta Blueasy"; contestualmente occorre fornire alla struttura un numero di cellulare e un indirizzo e-mail. La struttura provvederà ad inoltrare la richiesta di attivazione della diretta a Blue Assistance.

Blue Assistance fornirà una comunicazione sulle modalità di erogazione della prestazione tramite SMS e/o e-mail almeno 24 ore prima della visita o dell'accertamento.

In mancanza dell'attivazione del servizio "Diretta Blueasy" la liquidazione in forma diretta non è operante e dunque avviene nella tradizionale forma a rimborso, previa applicazione di franchigie/scoperti previsti.

- B.** mediante rimborso delle spese di cui alla precedente punto A sostenute dall'Assistito presso operatori sanitari non convenzionati con Blue Assistance, nonché delle spese sostenute in relazione alle prestazioni extraricovero non rientranti nell'elenco "alta diagnostica".

La presentazione della denuncia implica contestualmente la chiusura del sinistro.

Pertanto l'invio di ulteriore documentazione dopo che è stata presentata la denuncia equivale a tutti gli effetti ad apertura di un nuovo sinistro.

Ogni denuncia deve essere riferita ad un solo Assistito e ad un solo evento patologico.

## **Procedura per l'utilizzo di strutture e medici chirurghi convenzionati con Blue Assistance per prestazioni previste al punto "A" che precede.**

Prima di accedere alla struttura sanitaria l'Assistito deve sempre telefonare a Blue Assistance ai seguenti numeri telefonici dedicati al Fondo VIS:

- ◆ dall'Italia : Numero Verde 800 896 994
- ◆ dall'estero : Prefisso internazionale +39 011 74 17 171

Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale - al fine di ottenere la prestazione - che **l'Assistito acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite di Blue Assistance**, in mancanza del quale il servizio non è operante.

Gli operatori di Blue Assistance sono a disposizione degli Assistiti:

- ◆ dalle ore 8 alle ore 18 dei giorni feriali e dalle ore 8 alle ore 12 del sabato, per la prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;
- ◆ 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

Per attivare il pagamento diretto l'Assistito, una volta definita la prestazione con il medico curante ed identificata la Struttura Sanitaria convenzionata, deve contattare la Centrale Operativa di Blue Assistance con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi prima della data del ricovero o di erogazione della prestazione di "alta diagnostica".

Accertata la regolarità della prestazione richiesta in funzione della copertura sanitaria prevista, Blue Assistance provvederà ad effettuare la "presa in carico" delle spese nei confronti della Struttura Sanitaria dandone conferma telefonica all'Assistito.

Al momento dell'accesso alla struttura sanitaria, l'Assistito si fa riconoscere e sottoscrive la "Richiesta di prestazione", che costituisce la prima denuncia del sinistro.

Al momento della dimissione l'Assistito deve sostenere in proprio le spese di sua competenza (scoperto, franchigia, prestazioni non contemplate dalla garanzia).

Blue Assistance provvede al pagamento delle spese nei termini previsti dalla copertura, disponendo anche la raccolta della relativa documentazione presso la struttura sanitaria; Blue Assistance curerà in seguito la restituzione all'Assistito della documentazione delle spese con annotazione della avvenuta liquidazione.

Il Contraente e gli Assistiti riconoscono espressamente che Blue Assistance non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzione fornite dalle strutture sanitarie e dai medici chirurghi con essa convenzionati; pertanto prendono atto che in qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture e ai medici chirurghi che hanno prestato i servizi richiesti.

Blue Assistance è comunque a completa disposizione degli Assistiti per qualsiasi informazione inerente la prestazione dei servizi.



**Resta inteso che:**

- ◆ qualora l'Assistito utilizzi medici non convenzionati deve provvedere in proprio al pagamento di tutte le spese sostenute (comprese quelle relative alla struttura sanitaria eventualmente convenzionata), che, al ricevimento della relativa documentazione, sono rimborsate da Blue Assistance a termini di copertura;
- ◆ le spese relative alle prestazioni sanitarie garantite nei giorni precedenti e successivi al ricovero o all'intervento chirurgico previste dalla copertura, non sono pagate direttamente da Blue Assistance, ma rimborsate al ricevimento della relativa documentazione di spesa, con indicazione del ricovero o dell'intervento chirurgico cui si riferiscono;
- ◆ nel caso in cui Blue Assistance non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'Assistito deve sostenere in proprio le relative spese;
- ◆ l'Assistito che si avvale delle prestazioni di Blue Assistance, delega a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dal contratto;
- ◆ qualora il sinistro risultasse non risarcibile, l'Assistito si impegna a restituire gli importi eventualmente pagati direttamente per suo conto.

**Procedura per l'utilizzo di strutture e medici chirurghi non convenzionati con Blue Assistance per prestazioni previste al punto "B" che precede, nonché della indennità sostitutiva SSN.**

Fermo quanto stabilito dagli artt. 1910 (assicurazione presso diversi assicuratori) e 1915 (inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio) del Codice Civile per quanto applicabili, l'Assistito deve - a guarigione clinica avvenuta - inviare la denuncia a Blue Assistance, denuncia alla quale va allegata la documentazione medica e delle spese.

In particolare l'Assistito deve sempre fornire a Blue Assistance:

- ◆ copia della cartella clinica completa, esiti di accertamenti diagnostici, prescrizioni mediche, terapie e trattamenti con relative diagnosi;
- ◆ originali delle fatture e delle notule di spesa fiscalmente regolari e quietanzate, che vengono poi restituite da Blue Assistance con indicazione della liquidazione effettuata;
- ◆ la diagnosi della patologia, pena la decadenza del diritto all'indennizzo, in relazione a tutte le prestazioni extraricovero richieste;
- ◆ per il pagamento della indennità sostitutiva del rimborso prevista dalla copertura, la cartella clinica completa del ricovero.

In caso di intervento del SSN o di altro Ente assicuratore gli originali possono essere sostituiti da copie con documentazione di quanto erogato dagli enti predetti.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunte dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro U.S.A. Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Ricevuta la documentazione completa Blue Assistance provvede al rimborso delle spese indennizzabili a termini di copertura per conto del Fondo VIS, tramite bonifico bancario all'Assistito.

Ogni richiesta di rimborso deve essere riferita ad un solo Assistito e ad un solo evento patologico.

Per "data in cui si è verificato il sinistro" si intende il giorno in cui si è verificato il ricovero o l'intervento chirurgico in day hospital o il ricovero domiciliare / parto domiciliare; per le prestazioni extraricovero la data della prima prestazione sanitaria erogata.

Per entrambi i punti A e B, l'Assistito deve inoltre:

- sottoporsi, anche in fase di ricovero, ad eventuali accertamenti e controlli medici disposti da assicuratore o suoi incaricati, fornendo ogni informazione che la stessa ritenga necessaria;
- sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

In casi di copertura sanitaria integrativa (FASI-FASDAC-QUAS) l'Assistito deve anche, appena possibile, inviare a Blue Assistance la richiesta di indennizzo, allegando la documentazione medica e delle spese.

In particolare l'Assistito deve fornire a Blue Assistance:

- ◆ copia della documentazione sanitaria inoltrata al Fondo/Cassa;
- ◆ copia della documentazione delle spese sostenute, unitamente alla documentazione di quanto erogato dal Fondo/Cassa.

## NORME PARTICOLARI PRESTAZIONI COPERTURA INTEGRATIVA F.A.S.I.

Premesso che:

- i dirigenti in servizio dei Soci Aggregati all'Associazione V.I.S. e i relativi familiari aventi diritto (qualora il Socio Aggregato abbia deciso di estendere la copertura a questi ultimi) fruiscono delle prestazioni del Fondo F.A.S.I.;
- la presente copertura opera con riferimento al Tariffario F.A.S.I. edizione 1.1.2010 e relativi supplementi, che costituisce parte integrante del contratto. Per le prestazioni di odontoiatria la presente copertura opera con riferimento al Tariffario ODONTOIATRIA F.A.S.I. edizione 1.1.2011.

La presente copertura - eccezion fatta per la garanzia *Lenti ed Occhiali* - si intende operante unicamente qualora l'Assistito abbia attivato la richiesta di rimborso delle spese sostenute al FASI. In caso di mancato utilizzo del FASI da parte dell'Assistito, per qualsiasi motivo, il/la Fondo/Società non è tenuta a corrispondere alcun indennizzo.

### RICOVERO – INTERVENTO CHIRURGICO

- 1 La copertura è prestata per le spese sostenute in relazione alle prestazioni sanitarie, rese necessarie da *infortunio* o da *malattia*, previste dal tariffario F.A.S.I. alle seguenti Sezioni:
  - ◆ Sezione C - Rette di *degenza* / Rianimazione;
  - ◆ Sezione D - Materiali e medicinali;
  - ◆ Sezione F - Prestazioni trasfusionali;
  - ◆ Sezione G - Uso sale operatorie / Apparecchi speciali;
  - ◆ Sezione H - Assistenza équipe medica in regime di *ricovero* notturno;
  - ◆ Sezione I - Oncologia medica / Chemioterapia;
  - ◆ Sezione M - Litotripsia e onde d'urto;
  - ◆ Sezione O - *Interventi chirurgici* in regime di *ricovero* notturno o diurno.

La copertura opera per gli importi eccedenti quanto rimborsato dal F.A.S.I. e rimasti a carico degli *Assistiti*, fino alla concorrenza dell'importo indicato nell'opzione di copertura prescelta, per anno di copertura e per nucleo familiare.

- 2 Relativamente alle prestazioni di cui alla Sezione C nei casi che il F.A.S.I. definisce "forme morbose croniche a lunga degenza" (quelle con *degenza* superiore a 90 giorni) la copertura opera - nei limiti del *massimale* indicato nella sezione ricoveri - fino alla concorrenza di € 500 al mese e - vigente la presente *copertura* - per il periodo durante il quale il F.A.S.I. interviene per rimborsare le spese di *degenza* con la "Retta di degenza mensile".  
In questo caso l'esclusione delle strutture per lungodegenza - come definita nel capitolo Definizioni alla voce *luogo di cura* - non è operante.
- 3 In caso di parto (cesareo e non) o di aborto terapeutico, le spese relative sono rimborsate fino alla concorrenza dei rispettivi limiti di spesa indicati nell'opzione di copertura prescelta.
- 4 Qualora le spese sostenute siano interamente a carico S.S.N., Il/La Fondo/Società corrisponde una diaria per ogni pernottamento in *istituto di cura*, il cui importo e i limiti temporali per anno di copertura e per persona sono indicati nell'opzione di copertura prescelta. Per i casi di *day hospital* / *day Surgery* la diaria è corrisposta al 50%.
- 5 Le spese di trasporto sanitario sostenute dall'Assistito per il ricovero in istituto di cura o per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro, vengono rimborsate fino alla concorrenza di € 3.000 per anno di copertura.
- 6 le spese per vitto e pernottamento in *Istituto di Cura* di un accompagnatore vengono rimborsate fino alla concorrenza di € 50 giornalieri per un massimo di 40 giorni; qualora la struttura sanitaria non sia attrezzata ad ospitare l'accompagnatore il rimborso riguarda le sole spese di pernottamento in albergo.

## PRESTAZIONI EXTRARICOVERO

1 La copertura è prestata per le spese sostenute in relazione alle prestazioni sanitarie, rese necessarie da *infortunio* o da *malattia*, previste nel tariffario F.A.S.I. alle seguenti Sezioni:

- ◆ Sezione B - Visite specialistiche;
- ◆ Sezione E - Presidi e protesi (escluso tutore di riposo o di posizione);
- ◆ Sezione L - Medicina iperbarica;
- ◆ Sezione N - Terapie;
- ◆ Sezione P - Accertamenti diagnostici;
- ◆ Sezione Q - Terapie fisiche;
- ◆ Sezione T - Cure termali (per un numero massimo di giorni pari a quanto previsto dal tariffario F.A.S.I. - escluse le spese alberghiere/di soggiorno).

La copertura opera per gli importi eccedenti quanto rimborsato dal F.A.S.I. e rimasti a carico degli *Assistiti*, ma - nei limiti del *massimale* indicato nell'opzione di copertura prescelta, per anno di copertura.

Le prestazioni di cui alle Sezioni N (Terapie) e P (Accertamenti diagnostici) effettuate in regime di *ricovero* notturno o diurno, così come le protesi o apparecchi terapeutici di cui alla Sezione E applicati in corso di *intervento chirurgico*, saranno rimborsate nei termini e massimali previsti alla sezione Ricovero - Intervento chirurgico.

Inoltre per le prestazioni in ambito di SSN, vengono rimborsati i "ticket", per le spese relative alla stessa sezione, fino alla concorrenza di € 1.000 per anno di copertura e nucleo familiare, purché non rimborsati dal FASI.

Il/La Fondo/Società rimborsa le spese sostenute dall'*Assistito* per assistenza infermieristica professionale a domicilio, prescritta dal medico curante e comunque conseguente ad inabilità temporanea totale, fino alla concorrenza di € 40 al giorno e nel limite massimo di € 500 per anno di copertura e per persona.

### 2 - Prestazioni stomatologiche e odontoiatriche

Relativamente alle prestazioni di cui al Tariffario Odontoiatria F.A.S.I. edizione 01/01/2011, la copertura opera per gli importi eccedenti quanto rimborsato dal Fondo e rimasti a carico degli *Assistiti*, ma - nei limiti del *massimale* indicato nell'opzione di copertura prescelta, per anno di copertura e nucleo familiare per le prestazioni oggetto di una medesima Scheda Anamnestico Diagnostica inoltrata al F.A.S.I.

Per i *Beneficiari* (e relativo *nucleo familiare*, se dichiarato) dei Soci Aggregati che abbiano aderito alla presente convenzione nel corso del secondo semestre di ciascun anno di copertura, la presente garanzia è prestata nell'ambito di un massimale pari al 60% di quello annuo previsto dall'opzione di copertura prescelta.

### 3 - Lenti ed occhiali

Il/La Fondo/Società rimborsa, fino alla concorrenza di quanto indicato nell'opzione di copertura prescelta, per anno di copertura e per persona, le spese sostenute per l'acquisto di lenti per la correzione visiva (anche a contatto, escluse lenti estetiche e "usa e getta") la cui adozione sia resa necessaria da infortunio, da sopravvenuta infermità o da modifica del visus.

Il rimborso è subordinato a:

- in caso di infortunio: produzione di referto di Pronto Soccorso Pubblico e di documentazione medico specialistica;
- nei restanti casi: diagnosi di medico specialista con certificazione della diminuzione del visus.

Le spese sostenute sono rimborsate previa applicazione dello scoperto/franchigia previsto per ciascun evento dall'opzione di copertura prescelta, che resta a carico dell'*Assistito*.

Sono escluse dalla garanzia (quando anche comprese sulla medesima fattura di spesa) le spese relative a montature, liquidi per la pulizia e simili.

Per i *Beneficiari* (e relativo *nucleo familiare*, se dichiarato) dei Soci Aggregati che abbiano aderito alla presente convenzione nel corso del secondo semestre di ciascun anno di copertura, la presente garanzia è prestata nell'ambito di un massimale pari al 60% di quello annuo previsto dall'opzione di copertura prescelta.

## NORME PARTICOLARI PRESTAZIONI COPERTURA INTEGRATIVA F.A.S.D.A.C.

Premesso che:

- i dirigenti in servizio dei Soci Aggregati all'Associazione V.I.S. e i relativi familiari aventi diritto (qualora il Socio Aggregato abbia deciso di estendere la copertura a questi ultimi) fruiscono delle prestazioni del Fondo F.A.S.D.A.C.;
- la presente copertura opera con riferimento al Tariffario F.A.S.D.A.C. edizione 2009 che costituisce parte integrante del contratto.

La presente copertura - eccezion fatta per la garanzia - *Lenti ed occhiali* si intende operante unicamente qualora l'Assistito abbia attivato la richiesta di rimborso delle spese sostenute al Fondo FASD.A.C.

In caso di mancato utilizzo del Fondo da parte dell'Assistito, per qualsiasi motivo, il/la Fondo/Società non è tenuta a corrispondere alcun indennizzo.

### RICOVERO – INTERVENTO CHIRURGICO

- 1 La copertura è prestata per le spese sostenute in relazione alle prestazioni sanitarie previste dal nomenclatore tariffario del FASDAC alle seguenti Sezioni:
  - ◆ Assistenza Ospedaliera (sez. I);
  - ◆ Lungodegenza (sez. III)La copertura opera per gli importi eccedenti quanto rimborsato dai FASDAC, e rimasti a carico degli *Assistiti*, fino alla concorrenza dell'importo indicato nell'opzione di copertura prescelta, per anno di copertura e per nucleo familiare.
- 2 Relativamente alle prestazioni di cui alla sez. 3.1, nei casi che il FASDAC definisce "*lungodegenza*" (quelle con ricovero superiore a 40 giorni nell'anno, anche non continuativi), la copertura opera nei limiti del *massimale* indicato al punto 1 – fino alla concorrenza di € 300 al mese e – vigente la presente *copertura* – per il periodo durante il quale il FASDAC interviene per rimborsare le spese di degenza con il "contributo forfetario mensile per la degenza". In questo caso l'esclusione delle strutture di lungodegenza – come definita nel capitolo Definizioni alla voce "luogo di cura" – non è operante.
- 3 In caso di parto (cesareo e non) o di aborto terapeutico, le spese relative sono rimborsate fino alla concorrenza dei rispettivi limiti di spesa indicati nell'opzione di copertura prescelta.
- 4 Qualora le spese sostenute siano interamente a carico S.S.N., Il/La Fondo/Società corrisponde una diaria per ogni pernottamento in *luogo di cura* il cui importo e limiti temporali per anno di copertura e per persona sono indicati nell'opzione di copertura prescelta. Per i casi di *day hospital / day Surgery* la diaria è corrisposta al 50%.
- 5 Le spese di trasporto sanitario sostenute dall'Assistito per il ricovero in istituto di cura o per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro, vengono rimborsate fino alla concorrenza di € 3.000 per anno di copertura.
- 6 le spese per vitto e pernottamento in *Istituto di Cura* di un accompagnatore vengono rimborsate fino alla concorrenza di € 50 giornalieri per un massimo di 40 giorni; qualora la struttura sanitaria non sia attrezzata ad ospitare l'accompagnatore il rimborso riguarda le sole spese di pernottamento in albergo.

### PRESTAZIONI EXTRARICOVERO

- 1 La copertura è prestata per le spese sostenute in relazione alle prestazioni sanitarie, rese necessarie da *infortunio* o da *malattia*, previste nel tariffario FASDAC alle seguenti Sezioni:
  - ◆ Interventi di piccola chirurgia ambulatoriale (sez. 4.1);
  - ◆ Visite specialistiche (sez. 4.2);

- ◆ Accertamenti diagnostici (sez. 4.3);
- ◆ Terapie fisiche e riabilitative (sez. 4.4);
- ◆ Altre prestazioni sanitarie di medicina generale (sez. 4.6);
- ◆ Prestazioni e assistenza infermieristica (sez. 4.7);
- ◆ Terapie radianti (sez. 4.8);
- ◆ Apparecchio acustico (sez. 4.12)

La copertura opera per gli importi eccedenti quanto rimborsato dal FASDAC e rimasti a carico degli *Assistiti*, ma – nei limiti del *massimale* indicato nell'opzione di copertura prescelta, per anno di copertura e per nucleo familiare.

Inoltre per le prestazioni in ambito di SSN, vengono rimborsati i “ticket”, per le spese relative alla stessa sezione, fino alla concorrenza di € 1.000 per anno di copertura e nucleo familiare, purché non rimborsati dal FASDAC.

Il/La Fondo/Società rimborsa le spese sostenute dall'Assistito per assistenza infermieristica professionale a domicilio, prescritta dal medico curante e comunque conseguente ad inabilità temporanea totale, fino alla concorrenza di € 40 al giorno e nel limite massimo di € 500 per anno di copertura e per persona.

2 La copertura non è operante per le seguenti sezioni:

- ◆ Ricoveri particolari (Sezione II integralmente)
- ◆ Visite psichiatriche e psicoterapie (sez. 4.5);
- ◆ Farmaci (sez. 4.9);
- ◆ Allattamento artificiale (sez. 4.10);

3 - *Prestazioni odontoiatriche*

Relativamente alle prestazioni di cui alla Sezione 4.13 del Nomenclatore FASDAC edizione 01/01/2009, la copertura opera per gli importi eccedenti quanto rimborsato dal Fondo e rimasti a carico degli *Assistiti*, ma - nei limiti del *massimale* indicato nell'opzione di copertura prescelta, per anno di copertura e nucleo familiare per le prestazioni oggetto di una medesima Scheda Anamnestico Diagnostica inoltrata al FASDAC.

Per i *Beneficiari* (e relativo *nucleo familiare*, se dichiarato) dei Soci Aggregati che abbiano aderito alla presente convenzione nel corso del secondo semestre di ciascun anno di copertura, la presente garanzia è prestata nell'ambito di un massimale pari al 60% di quello annuo previsto dall'opzione di copertura prescelta.

4 - *Lenti ed occhiali*

Il/La Fondo/Società rimborsa, fino alla concorrenza di quanto indicato nell'opzione di copertura prescelta, per anno di copertura e per persona, le spese sostenute per l'acquisto di lenti per la correzione visiva (anche a contatto, escluse lenti estetiche e “usa e getta”) la cui adozione sia resa necessaria da infortunio, da sopravvenuta infermità o da modifica del visus.

Il rimborso è subordinato a:

- in caso di infortunio: produzione di referto di Pronto Soccorso Pubblico e di documentazione medico specialistica;
- nei restanti casi: diagnosi di medico specialista con certificazione della diminuzione del visus.

Le spese sostenute sono rimborsate previa applicazione evento dello scoperto/franchigia previsto dall'opzione di copertura prescelta, che resta a carico dell'Assistito.

Sono escluse dalla garanzia (quando anche comprese sulla medesima fattura di spesa) le spese relative a montature, liquidi per la pulizia e simili.

Per i *Beneficiari* (e relativo *nucleo familiare*, se dichiarato) dei Soci Aggregati che abbiano aderito alla presente convenzione nel corso del secondo semestre di ciascun anno di copertura, la presente garanzia è prestata nell'ambito di un massimale pari al 60% di quello annuo previsto dall'opzione di copertura prescelta.

### NORME PARTICOLARI PRESTAZIONI COPERTURA INTEGRATIVA Q.u.A.S.

Premesso che:

- i quadri in servizio dei Soci Aggregati all'Associazione V.I.S. e i relativi familiari aventi diritto (qualora il Socio Aggregato abbia deciso di estendere la copertura a questi ultimi) fruiscono delle prestazioni della Cassa Q.u.A.S.;
- la presente copertura opera con riferimento al Nomenclatore Tariffario Q.u.A.S. 2011 e relativi supplementi, che costituisce parte integrante del contratto.

Per il Beneficiario iscritto al Q.u.A.S., che abbiano attivato la richiesta di rimborso alla Cassa medesima, la copertura opera in forma integrativa con rimborso integrale delle spese sostenute entro il massimale previsto per le singole prestazioni dall'opzione prescelta.

Per i familiari del Beneficiario non iscritti al Q.u.A.S., la copertura opera in forma a primo rischio, nell'ambito dei massimali e previa applicazione degli scoperti/franchigie previsti dall'opzione di copertura prescelta.

In caso di mancato utilizzo, per qualsiasi motivo, del Q.u.A.S. da parte dell'iscritto, Il/La Fondo/Società non è tenuta a corrispondere alcun indennizzo.

#### RICOVERO – INTERVENTO CHIRURGICO

1 La copertura è prestata per le spese sostenute in relazione alle prestazioni sanitarie previste dal tariffario Q.u.A.S. alle seguenti Sezioni:

- ◆ Degenze e Prestazioni Complementari;
- ◆ Oncologia medica - Chemioterapia;
- ◆ Interventi di chirurgia.

La copertura opera per gli importi eccedenti quanto rimborsato dal Q.u.A.S. e rimasti a carico dell'Assistito, fino alla concorrenza dell'importo indicato nell'opzione di copertura prescelta, per anno di copertura e per nucleo familiare.

2 In caso di parto (cesareo e non) o di aborto terapeutico, le spese relative sono rimborsate – nell'ambito dei rispettivi massimali indicati nell'opzione di copertura prescelta, per anno di copertura e per nucleo familiare.

3 Qualora le spese sostenute siano interamente a carico del Q.u.A.S. e/o del S.S.N., Il/La Fondo/Società corrisponde una diaria per ogni pernottamento in *istituto di cura*, il cui importo e i limiti temporali per anno di copertura e per persona sono indicati nell'opzione di copertura prescelta. Per i casi di *day hospital / day Surgery* la diaria è corrisposta al 50%.

#### PRESTAZIONI EXTRARICOVERO

La copertura è prestata per le spese sostenute in relazione alle prestazioni sanitarie previste nel tariffario Q.u.A.S. alle seguenti Sezioni:

- ◆ Visite specialistiche;
- ◆ Altre prestazioni specialistiche;
- ◆ Altre prestazioni (escluso tutore di riposo o di posizione);
- ◆ Terapie;
- ◆ Diagnostica di laboratorio;
- ◆ Diagnostica per immagini;
- ◆ Diagnostiche Specialistiche;
- ◆ Cure termali (per un numero massimo di giorni pari a quanto previsto dal tariffario Q.u.A.S. - escluse le spese alberghiere/di soggiorno).



La copertura opera per gli importi eccedenti quanto rimborsato dal Q.u.A.S. e rimasti a carico dell'Assistito, ma - nei limiti del *massimale* indicato nell'opzione di copertura prescelta, per anno di copertura e nucleo familiare.

Le prestazioni di cui alle Sezioni: -Terapie - Diagnostica di laboratorio - Diagnostica per immagini - Diagnostiche specialistiche, effettuate in regime di *ricovero* notturno o diurno, così come le protesi o apparecchi terapeutici applicati in corso di *intervento chirurgico*, saranno rimborsate nei termini previsti al punto - Ricovero - Intervento chirurgico.

Inoltre per le prestazioni in ambito di SSN, vengono rimborsati i "ticket", per le spese relative alla stessa sezione, fino alla concorrenza di quanto indicato dall'opzione di copertura prescelta, per anno di copertura e nucleo familiare, purché non rimborsati dal Q.u.A.S.

#### *PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE*

Relativamente alle prestazioni odontoiatriche, la copertura opera per gli importi eccedenti quanto rimborsato dal Fondo e rimasti a carico dell'Assistito, ma nei limiti del *massimale* indicato nell'opzione di copertura prescelta, per anno di copertura e nucleo familiare.

Per i *Beneficiari* (e relativo *nucleo familiare*, se dichiarato) dei Soci Aggregati che abbiano aderito alla presente convenzione nel corso del secondo semestre di ciascun anno di copertura, la presente garanzia è prestata nell'ambito di un *massimale* pari al 60% di quello annuo previsto dall'opzione di copertura prescelta.