

Opzioni collettive standard complete

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 e fino alla concorrenza dei massimali e con i limiti indicati nell'Opzione stessa.

Opzione 1 – Forma Completa

Rif.	GARANZIE	MASSIMALI / SOMME GARANTITE	FRANCHIGIE / SCOPERTI
GARANZIE OSPEDALIERE			
A1 A1 b	Ricovero con/senza intervento chirurgico	€ 100.000	<ul style="list-style-type: none"> - struttura e medico convenzionati con B.A. : franchigia € 1.000 per evento - struttura convenzionata e medico non convenzionato con B.A: scoperto 15% con il minimo di € 1.500 - struttura e medico non convenzionati con B.A: scoperto 20% con il minimo di € 2.000
	Spese pre / post ricovero	60 / 60 gg	
A5	Diaria sostitutiva	Ricovero con intervento: € 100 die, max. 30 gg (ridotta al 50% per Day Surgery) Ricovero senza intervento: € 75 die, max. 30 gg (ridotta al 50% per Day Hospital)	Franchigia assoluta 3 gg
Prestazioni particolari			
A1	Limite retta degenza Assistito	€ 200	/
	Day Hospital, Day Surgery e Intervento chirurgico ambulatoriale	€ 3.000 per evento	<ul style="list-style-type: none"> - struttura e medico convenzionati con B.A. : franchigia € 1.000 per evento - struttura convenzionata e medico non convenzionato con B.A: scoperto 15% - struttura e medico non convenzionati con B.A: scoperto 20%
A1d)	Parto naturale / domiciliare	€ 1.000 per evento e solo per le spese relative al ricovero	
A1e)	Parto cesareo e Aborto terapeutico	€ 2.000 per evento Senza sub massimale in caso di struttura e equipe medica convenzionata con B.A.	
A2	Retta degenza Accompagnatore	€ 30 die max. 40 gg	/
A3	Trasporto sanitario	€ 1.000	/
A4	Rimpatrio della salma	€ 1.000	/
A1c)	Spese Assistenza domiciliare malattie terminali	Max € 110 al giorno fino a 60 gg	/
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE			
B)7	Cure oncologiche	€ 5.000	Scoperto 10%
B)8	Protesi e presidi ortopedici	Protesi: € 1.000	Franchigia € 25
		Presidi: € 300	Scoperto 30%
	Ticket governativi relativi alle prestazioni extra ricovero coperte	€ 500	Rimborso integrale purché di importo complessivo non inferiore a € 25 nel corso dell'anno

Opzione 2 – Forma Completa

Rif.	GARANZIE	MASSIMALI / SOMME GARANTITE	FRANCHIGIE / SCOPERTI
GARANZIE OSPEDALIERE			
A1 A1 b	Ricovero con/senza intervento chirurgico	€ 150.000	<ul style="list-style-type: none"> - struttura e medico convenzionati con B.A. : franchigia € 750 per evento - struttura convenzionata e medico non convenzionato con B.A: scoperto 15% con il minimo di € 1.200 - struttura e medico non convenzionati con B.A: scoperto 20% con il minimo di € 1.500
	Spese pre / post ricovero	60 / 60 gg	
A5	Diaria sostitutiva	Ricovero con intervento: € 100 die, max. 40 gg (ridotta al 50% per Day Surgery) Ricovero senza intervento: € 75 die, max. 40 gg (ridotta al 50% per Day Hospital)	Franchigia assoluta 2 gg
Prestazioni particolari			
A1	Limite retta di degenza Assistito	€ 250	/
	Day Hospital, Day Surgery e Intervento chirurgico ambulatoriale	€ 3.000 per evento	<ul style="list-style-type: none"> - struttura e medico convenzionati con B.A. : franchigia € 750 per evento - struttura convenzionata e medico non convenzionato con B.A: scoperto 15% - struttura e medico non convenzionati con B.A: scoperto 20%
A1d)	Parto naturale / domiciliare	€ 1.000 per evento e solo per le spese relative al ricovero	
A1e)	Parto cesareo e Aborto terapeutico	€ 2.000 per evento Senza sub massimale in caso di struttura e equipe medica convenzionata con B.A.	
A2	Retta degenza Accompagnatore	€ 30 die max. 40 gg	/
A3	Trasporto sanitario	€ 1.000	/
A4	Rimpatrio della salma	€ 1.000	/
A1c)	Spese Assistenza domiciliare malattie terminali	Max € 110 al giorno fino a 60 gg	/
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE			
B7	Cure oncologiche	€ 5.000	Scoperto 10%
B8	Protesi e presidi ortopedici	Protesi: € 1.000 Presidi: € 300	Franchigia € 25 Scoperto 30%
B1	Diagnostica e Terapie di alta specializzazione	€ 500	Scoperto 20% con il minimo di € 150
	Ticket governativi relativi alle prestazioni extra ricovero coperte	€ 1.000	Rimborso integrale purché di importo complessivo non inferiore a € 25 nel corso dell'anno

Opzione 3 – Forma Completa

Rif.	GARANZIE	MASSIMALI / SOMME GARANTITE	FRANCHIGIE / SCOPERTI
GARANZIE OSPEDALIERE			
A1 A1 b	Ricovero con/senza intervento chirurgico	€ 200.000	<ul style="list-style-type: none"> - struttura e medico convenzionati con B.A. : franchigia € 500 per evento - struttura convenzionata e medico non convenzionato con B.A: scoperto 10% con il minimo di € 1.000 - struttura e medico non convenzionati con B.A: scoperto 20% con il minimo di € 1.000
	Spese pre / post ricovero	90 / 90 gg	
A5	Diaria sostitutiva	Ricovero con intervento: € 120 die, max. 50 gg (ridotta al 50% per Day Surgery) Ricovero senza intervento: € 120 die, max. 50 gg (ridotta al 50% per Day Hospital)	Franchigia assoluta 2 gg
Prestazioni particolari			
A1	Limite retta di degenza Assistito	€ 300	/
	Day Hospital, Day Surgery e Intervento chirurgico ambulatoriale	€ 3.000 per evento	<ul style="list-style-type: none"> - struttura e medico convenzionati con B.A. : franchigia € 500 per evento - struttura convenzionata e medico non convenzionato con B.A: scoperto 10% - struttura e medico non convenzionati con B.A: scoperto 20%
A1a)	Intervento correzione miopia per riduzione visus > 4 diottrie	€ 1.000 per occhio	
A1d)	Parto naturale / domiciliare	€ 1.500 per evento e solo per le spese relative al ricovero	
A1e)	Parto cesareo e Aborto terapeutico	€ 2.500 per evento Senza sub massimale in caso di struttura e equipe medica convenzionata con B.A.	
A2	Retta degenza Accompagnatore	€ 30 die max. 40 gg	/
A3	Trasporto sanitario	€ 1.500	/
A4	Rimpatrio della salma	€ 1.500	/
A1c)	Spese Assistenza domiciliare malattie terminali	Max € 110 al giorno fino a 60 gg	/
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE			
B7	Cure oncologiche	€ 5.000	Scoperto 10%
B8	Protesi e presidi ortopedici	Protesi: € 1.000	Franchigia € 25
		Presidi: € 300	Scoperto 30%
B1	Diagnostica e Terapie di alta specializzazione	€ 2.000	Scoperto 20% con il minimo di € 80
	Ticket governativi relativi alle prestazioni extra ricovero coperte	€ 1.500	Rimborso integrale purché di importo complessivo non inferiore a € 25 nel corso dell'anno

Opzione 4 – Forma Completa

Rif.	GARANZIE	MASSIMALI / SOMME GARANTITE	FRANCHIGIE / SCOPERTI
GARANZIE OSPEDALIERE			
A1 A1 b	Ricovero con/senza intervento chirurgico	€ 250.000	<ul style="list-style-type: none"> - struttura e medico convenzionati con B.A. : franchigia € 500 per evento - struttura convenzionata e medico non convenzionato con B.A: scoperto 10% con il minimo di € 1.000 - struttura e medico non convenzionati con B.A: scoperto 20% con il minimo di € 1.000
	Spese pre / post ricovero	90 / 90 gg	
A5	Diaria sostitutiva	Ricovero con intervento: € 120 die, max. 70 gg (ridotta al 50% per Day Surgery) Ricovero senza intervento: € 120 die, max. 70 gg (ridotta al 50% per Day Hospital)	Franchigia assoluta 2 gg
Prestazioni particolari			
A1	Limite retta di degenza Assistito	€ 300	/
	Day Hospital, Day Surgery e Intervento chirurgico ambulatoriale	€ 3.000 per evento	<ul style="list-style-type: none"> - struttura e medico convenzionati con B.A. : franchigia € 500 per evento - struttura convenzionata e medico non convenzionato con B.A: scoperto 10% - struttura e medico non convenzionati con B.A: scoperto 20%
A1a)	Intervento correzione miopia per riduzione visus > 4 diottrie	€ 1.000 per occhio	
A1d)	Parto naturale / domiciliare	€ 1.500 per evento e solo per le spese relative al ricovero	
A1e)	Parto cesareo / Aborto terapeutico	€ 3.000 per evento Senza sub massimale in caso di struttura e equipe medica convenzionata con B.A.	
A2	Retta degenza Accompagnatore	€ 30 die max. 40 gg	/
A3	Trasporto sanitario	€ 1.500	/
A4	Rimpatrio della salma	€ 1.500	/
A1c)	Spese Assistenza domiciliare malattie terminali	Max € 110 al giorno fino a 60 gg	/
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE			
B7	Cure oncologiche	€ 5.000	Scoperto 10%
B8	Protesi e presidi ortopedici	Protesi: € 1.000	Franchigia € 25
		Presidi: € 300	Scoperto 30%
B1	Diagnostica e Terapie di alta specializzazione	€ 3.000	Scoperto 20% con il minimo di € 80
B2	Accertamenti diagnostici e Assistenza infermieristica domiciliare	€ 1.000	Scoperto 20% con il minimo di € 80 per accertamenti e visite, max. € 40 die sub massimo € 500 per assistenza domiciliare
B3	Visite specialistiche		
	Ticket governativi relativi alle prestazioni extra ricovero coperte	€ 1.500	Rimborso integrale purché di importo complessivo non inferiore a € 25 nel corso dell'anno

Opzione 5 – Forma Completa

Rif.	GARANZIE	MASSIMALI / SOMME GARANTITE	FRANCHIGIE / SCOPERTI
GARANZIE OSPEDALIERE			
A1 A1 b	Ricovero con/senza intervento chirurgico	€ 250.000	<ul style="list-style-type: none"> - struttura e medico convenzionati con B.A. : nessuna franchigia - struttura convenzionata e medico non convenzionato con B.A: scoperto 10% minimo € 1.000 - struttura e medico non convenzionati con B.A: scoperto 20%
	Spese pre / post ricovero	100 / 100 gg	
A5	Diaria sostitutiva	€ 120 die, max. 90 gg	/
Prestazioni particolari			
A1	Limite retta di degenza Assistito	€ 500 solo fuori rete	/
	Day Hospital, Day Surgery e Intervento chirurgico ambulatoriale	€ 3.000 per evento	<ul style="list-style-type: none"> - struttura e medico convenzionati con B.A. : nessuna franchigia - struttura convenzionata e medico non convenzionato con B.A: scoperto 10% - struttura e medico non convenzionati con B.A: scoperto 20%
A1a)	Intervento correzione miopia per riduzione visus > 4 diottrie	€ 1.000 per occhio	
A1d)	Parto naturale / domiciliare	€ 2.500 per evento e solo per le spese relative al ricovero	
A1e)	Parto cesareo e Aborto terapeutico	€ 10.000 per evento Senza sub massimale in caso di struttura e equipe medica convenzionata con B.A.	
A2	Retta degenza Accompagnatore	€ 35 die max. 40 gg	
A3	Trasporto sanitario	€ 3.000	/
A4	Rimpatrio della salma	€ 3.000	/
A1c)	Spese Assistenza domiciliare malattie terminali	Max € 110 al giorno fino a 60 gg	/
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE			
B7	Cure oncologiche	€ 5.000	Scoperto 10%
B8	Protesi e presidi ortopedici	Protesi: € 1.000 Presidi: € 300	Franchigia € 25 Scoperto 30%
B1	Diagnostica e Terapie di alta specializzazione	€ 5.000	Scoperto 15% con il minimo di € 80
B2	Accertamenti diagnostici e Assistenza infermieristica domiciliare	€ 1.000	Scoperto 15% con il minimo di € 60 per accertamenti e visite, max. € 40 die per assistenza domiciliare
B3	Visite specialistiche		
B5	Lenti/Occhiali	€ 200 anno/persona	Franchigia € 50
	Ticket governativi relativi alle prestazioni extra ricovero coperte	€ 2.000	Rimborso integrale purché di importo complessivo non inferiore a € 25 nel corso dell'anno

Opzione 6 – Forma Completa

Rif.	GARANZIE	MASSIMALI / SOMME GARANTITE	FRANCHIGIE / SCOPERTI
GARANZIE OSPEDALIERE			
A1 A1 b	Ricovero con/senza intervento chirurgico	€ 300.000	<ul style="list-style-type: none"> - struttura e medico convenzionati con B.A. : nessuna franchigia - struttura convenzionata e medico non convenzionato con B.A: scoperto 10% minimo € 1.000 - struttura e medico non convenzionati con B.A: scoperto 20%
	Spese pre / post ricovero	100 / 100 gg	
A5	Diaria sostitutiva	€ 150 die, max. 90 gg	/
Prestazioni particolari			
A1	Limite retta di degenza Assistito	€ 500 solo fuori rete	/
	Day Hospital, Day Surgery e Intervento chirurgico ambulatoriale	€ 4.000 per evento	<ul style="list-style-type: none"> - struttura e medico convenzionati con B.A. : nessuna franchigia - struttura convenzionata e medico non convenzionato con B.A: scoperto 10% - struttura e medico non convenzionati con B.A: scoperto 20%
A1b)	Intervento correzione miopia per riduzione visus > 4 diottrie	€ 1.000 per occhio	
A1d)	Parto naturale / domiciliare	€ 2.500 per evento e solo per le spese relative al ricovero	
A1e)	Parto cesareo e Aborto terapeutico	€ 10.000 per evento Senza sub massimale in caso di struttura e equipe medica convenzionata con B.A.	
A2	Retta degenza Accompagnatore	€ 40 die max. 40 gg	
A3	Trasporto sanitario	€ 3.000	/
A4	Rimpatrio della salma	€ 3.000	/
A1c)	Spese Assistenza domiciliare malattie terminali	Max € 110 al giorno fino a 60 gg	/
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE			
B6	Medicina preventiva	1 volta ogni 2 anni	esclusivamente in strutture convenzionate con Blue Assistance
B7	Cure oncologiche	€ 5.000	Scoperto 10%
B8	Protesi e presidi ortopedici	Protesi: € 1.000 Presidi: € 300	Franchigia € 25 Scoperto 30%
B1	Diagnostica e Terapie di alta specializzazione	€ 8.000	Scoperto 20% con il minimo di € 50
B2	Accertamenti diagnostici (diversi da quelli di cui all'allinea precedente) e Visite specialistiche	€ 2.000	Scoperto 15% con il minimo di € 50 per
B3	Assistenza infermieristica domiciliare	€ 50 die per, nell'ambito del massimale di cui all'allinea precedente	
B5	Lenti	€ 200 anno/persona	Franchigia € 50
	Ticket governativi relativi alle prestazioni extra ricovero coperte	€ 2.000	Rimborso integrale purché di importo complessivo non inferiore a € 25 nel corso dell'anno

Opzione 7 – Forma Completa

Rif.	GARANZIE	MASSIMALI / SOMME GARANTITE	FRANCHIGIE / SCOPERTI
GARANZIE OSPEDALIERE			
A1 A1 b)	Ricovero con/senza intervento chirurgico	€ 400.000	<ul style="list-style-type: none"> - struttura e medico convenzionati con B.A. : nessuna franchigia - struttura convenzionata e medico non convenzionato con B.A: scoperto 10% minimo € 1.000 - struttura e medico non convenzionati con B.A: scoperto 20%
	Spese pre / post ricovero	100 / 100 gg	
A5	Diaria sostitutiva	€ 150 die, max. 100 gg	/
Prestazioni particolari			
A1	Limite retta di degenza Assistito	€ 500 solo fuori rete	/
	Day Hospital, Day Surgery e Intervento chirurgico ambulatoriale	Nessun sottolimito – rientrano nel massimale ricoveri	
A1a)	Intervento correzione miopia per riduzione visus > 4 diottrie	€ 1.500 per occhio	<ul style="list-style-type: none"> - struttura e medico convenzionati con B.A. : nessuna franchigia - struttura convenzionata e medico non convenzionato con B.A: scoperto 10% - struttura e medico non convenzionati con B.A: scoperto 20%
A1d)	Parto naturale / domiciliare	€ 2.500 per evento e solo per le spese relative al ricovero	
A1e)	Parto cesareo e Aborto terapeutico	€ 10.000 per evento Senza sub massimale in caso di struttura e equipe medica convenzionata con B.A.	
A2	Retta degenza Accompagnatore	€ 50 die max. 40 gg	
A3	Trasporto sanitario	€ 3.000	/
A4	Rimpatrio della salma	€ 3.000	/
A1c)	Spese Assistenza domiciliare malattie terminali	Max € 110 al giorno fino a 60 gg	/
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE			
B6	Medicina preventiva	1 volta ogni 2 anni	esclusivamente in strutture convenzionate con Blue Assistance
B7	Cure oncologiche	€ 5.000	Scoperto 10%
B8	Protesi e presidi ortopedici	Protesi: € 1.000 Presidi: € 300	Franchigia € 25 Scoperto 30%
B1	Diagnostica e Terapie di alta specializzazione	€ 8.000	Scoperto 20% con il minimo di € 50
B2	Accertamenti diagnostici (diversi da quelli di cui all'allinea precedente) e Visite specialistiche	€ 3.000	Scoperto 15% con il minimo di € 50 per
B3	Assistenza infermieristica domiciliare	€ 50 die per, nell'ambito del massimale di cui all'allinea precedente	
B5	Lenti/Occhiali	€ 200 anno/persona	Franchigia € 50
B4	Cure odontoiatriche	€ 2.500	Scoperto 20% minimo € 150
	Ticket governativi relativi alle prestazioni extra ricovero coperte	€ 2.000	Rimborso integrale purché di importo complessivo non inferiore a € 25 nel corso dell'anno

Gamma delle prestazioni coperte dal Fondo

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A1) ricovero con/senza intervento chirurgico, Day Hospital con/senza intervento chirurgico, Intervento ambulatoriale, Parto Cesareo e non e Aborto Terapeutico.

Casi particolari:

- Intervento chirurgico per miopia, astigmatismo miotico e ipermetropia
- Trapianti di organi
- Ricovero domiciliare per malattia terminale
- Parto
- Parto cesareo

Prestazioni accessorie:

- A2) rette di degenza dell'accompagnatore
 A3) trasporto dell'assistito
 A4) rimpatrio salma
 A5) Indennità sostitutiva

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

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

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

B2) *diagnostica diversa da alta specializzazione e assistenza domiciliare (se prevista nell'ambito dell'opzione B2)*

B3) *visite specialistiche*

B4) *prestazioni odontoiatriche*

B5) *lenti e occhiali*

B6) *medicina preventiva biennale*

B7) *cure oncologiche*

B8) *protesi ortopediche e presidi ortopedici*

Norme comuni 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.

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 è dovuto dal Fondo.

Possono essere coperti beneficiari ed eventuali familiari fino al limite di anni 68; le persone che raggiungono tale età in corso della copertura sono coperte fino alla successiva scadenza annuale della stessa.

Variazione delle persone coperte – Regolazione del contributo assistenziale

Il contributo assistenziale è 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 01.01.2020 – 31.12.2020 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.

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.

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. 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 Blueeasy"; 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 Blueeasy" 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.

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.

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.

Opzioni Integrative FASI FASDAC

Estratto delle prestazioni offerte

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 e fino alla concorrenza dei massimali e con i limiti indicati nell'Opzione stessa.

Per ulteriori dettagli si fa riferimento al testo del normativo

Gli importi sono da considerarsi comprensivi di eventuali imposte e tasse ove applicabili (ed esempio IVA)

Opzione 1 – Forma Integrativa FASI / FASDAC

GARANZIE	MASSIMALI / SOMME ASSICURATE	FRANCHIGIE / SCOPERTI
GARANZIE OSPEDALIERE		
Ricovero con/senza intervento chirurgico, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico ambulatoriale	€ 300.000	da integrativa
Spese pre / post ricovero	120 / 120 gg	
Diaria sostitutiva SSN	€ 150 al giorno, max 100 gg	
Submassimali		
Parto naturale / domiciliare	€ 3.000 per evento	da integrativa
Parto cesareo e Aborto terapeutico	€ 6.000 per evento	
Intervento correzione miopia	€ 1.500 per occhio	
Diaria accompagnatore	€ 50 die max 40 gg	
Trasporto sanitario	€ 3.000	
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE		
Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche	€ 5.000	da integrativa
Assistenza infermieristica domiciliare	€ 40 die, max € 500 nell'ambito del massimale di cui all'alinea precedente	
Tickets governativi	€ 1.000	da integrativa

Opzione 2 – Forma Integrativa FASI / FASDAC

GARANZIE	MASSIMALI / SOMME ASSICURATE	FRANCHIGIE / SCOPERTI
GARANZIE OSPEDALIERE		
Ricovero con/senza intervento chirurgico, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico ambulatoriale	€ 400.000	da integrativa
Spese pre / post ricovero	120 / 120 gg	
Diaria sostitutiva SSN	€ 150 al giorno, max 100 gg	
Submassimali		
Parto naturale / domiciliare	€ 3.000 per evento	da integrativa
Parto cesareo e Aborto terapeutico	€ 6.000 per evento	
Intervento correzione miopia	€ 1.500 per occhio	
Diaria accompagnatore	€ 50 die max 40 gg	
Trasporto sanitario	€ 3.000	
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE		
Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche	€ 10.000	da integrativa
Assistenza infermieristica domiciliare	€ 40 die, max € 500 nell'ambito del massimale di cui all'alinea precedente	
Lenti	€ 200 anno/persona	Franchigia € 50
Cure odontoiatriche	€ 2.000	da integrativa
Tickets governativi	€ 1.000	da integrativa

Opzioni Integrative QUAS

Estratto delle prestazioni offerte

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 e fino alla concorrenza dei massimali e con i limiti indicati nell'Opzione stessa.

Dato che il Fondo copre solamente il dipendente, nel caso che l'Azienda abbia scelto l'opzione di copertura del nucleo familiare, per i familiari del dipendente i rimborsi verranno effettuati con l'applicazione degli scoperti e franchigie evidenziati in tabella. Per il dipendente il rimborso avverrà ad integrazione totale della spesa sostenuta limitatamente per le prestazioni rimborsate dal Quas, altrimenti verranno applicate le condizioni in tabella.

Per ulteriori dettagli si fa riferimento al testo del normativo

Gli importi sono da considerarsi comprensivi di eventuali imposte e tasse ove applicabili (ed esempio IVA)

Opzione 1 – Forma Integrativa QuAS

GARANZIE	MASSIMALI / SOMME ASSICURATE	FRANCHIGIE / SCOPERTI
GARANZIE OSPEDALIERE		
Ricovero con/senza intervento chirurgico, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico ambulatoriale	€ 200.000	Beneficiario: da integrativa Familiari: - struttura e medico convenzionati con B.A.: nessuna franchigia / scoperto - struttura convenzionata e medico non convenzionato con B.A: per la struttura convenzionata nessuna franchigia, per le spese connesse al medico non convenzionato la franchigia/scoperto (scoperto 10% con il minimo di € 500) - struttura e medico non convenzionati con B.A: scoperto 10% con il minimo di € 500
Spese pre / post ricovero	90 / 90 gg	
Diaria sostitutiva SSN	€ 100 al giorno, max 80 gg	
Submassimali		
Limite retta di degenza	Fuori rete € 400	Beneficiario: da integrativa Familiari: - struttura e medico convenzionati con B.A.: nessuna franchigia / scoperto - struttura convenzionata e medico non convenzionato con B.A: per la struttura si applica la franchigia/scoperto prevista nel network e per le spese connesse al medico la franchigia/scoperto dell'extranetwork - struttura e medico non convenzionati con B.A: scoperto 10% con il minimo di € 500 da integrativa
Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico ambulatoriale	€ 3.000 per evento	
Parto naturale / domiciliare	€ 2.500 per evento	
Parto cesareo e Aborto terapeutico	€ 4.000 per evento	
Intervento correzione miopia	€ 1.000 per occhio	
Diaria accompagnatore	€ 35 die max 40 gg	
Trasporto sanitario	€ 3.000	
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE		
Accertamenti diagnostici	€ 3.000	Beneficiario: da integrativa Familiari: scoperto 20% minimo € 100
Tickets governativi	€ 1.500	Rimborso 100%

Opzione 2 – Forma Integrativa QuAS

GARANZIE	MASSIMALI / SOMME ASSICURATE	FRANCHIGIE / SCOPERTI
GARANZIE OSPEDALIERE		
Ricovero con/senza intervento chirurgico, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico ambulatoriale	€ 300.000	Beneficiario: da integrativa Familiari: - struttura e medico convenzionati con B.A.: nessuna franchigia / scoperto - struttura convenzionata e medico non convenzionato con B.A: per la struttura convenzionata nessuna franchigia, per le spese connesse al medico non convenzionato la franchigia/scoperto (scoperto 10% con il minimo di € 500) - struttura e medico non convenzionati con B.A: scoperto 10% con il minimo di € 500 -
Spese pre / post ricovero	90 / 90 gg	
Diaria sostitutiva SSN	€ 120 al giorno, max 80 gg	
Submassimali		
Limite retta di degenza	Fuori rete € 450	Beneficiario: da integrativa Familiari: - struttura e medico convenzionati con B.A.: nessuna franchigia / scoperto - struttura convenzionata e medico non convenzionato con B.A: per la struttura si applica la franchigia/scoperto prevista nel network e per le spese connesse al medico la franchigia/scoperto dell'extranetwork - struttura e medico non convenzionati con B.A: scoperto 10% con il minimo di € 500 da integrativa
Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico ambulatoriale	€ 3.000 per evento	
Parto naturale / domiciliare	€ 3.000 per evento	
Parto cesareo e Aborto terapeutico	€ 5.000 per evento	
Intervento correzione miopia	€ 1.000 per occhio	
Diaria accompagnatore	€ 35 die max 40 gg	
Trasporto sanitario	€ 3.000	
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE		
Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche	€ 5.000	Beneficiario: da integrativa Familiari: scoperto 20% minimo € 80
Assistenza infermieristica domiciliare	€ 40 die, max € 500 nell'ambito del massimale di cui all'alinea precedente	Da integrativa
Cure odontoiatriche	€ 1.500	Beneficiario: da integrativa Familiari: scoperto 25% minimo € 250
Tickets governativi	€ 2.000	Rimborso 100%