Allegato 1: Opzione Integrativa Base
Tabella riepilogativa delle prestazioni sanitarie coperte.

COPERTURE	MASSIMALI / SOMME COPERTE	FRANCHIGIE / SCOPERTI
GARANZIE OSPEDALIERE		
Ricovero con/senza intervento chirurgico, Day Hospital, Day Surgery, Intervento chirurgico ambulatoriale	€ 206.000	Assistito FASI/FASDAC (ed eventuali familiari) rimborso al 100% dell'importo rimasto a suo carico
Retta di degenza (in caso di ricovero e Day Hospital)		
Retta e vitto Accompagnatore (in caso di ricovero)		
Assistenza infermieristica individuale (in caso di ricovero)		max. € 26 al giorno, max. € 30 gg
Diaria sostitutiva SSN (solo ricovero con pernottamento)		€ 105 al giorno, max. € 100 gg
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE		
Diagnostica di alta specializzazione e terapie (vedi elenco)	€ 5.000	Assistito FASI/FASDAC (ed eventuali familiari) rimborso al 100% dell'importo rimasto a suo carico
SERVIZI di CONSULENZA		

OGGETTO DELLA COPERTURA

L'assicurazione è operante a secondo rischio e a integrazione dei plafond previsti dal tariffario del Fondo di appartenenza, in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute dall'Assicurato/Beneficiario per:

a) ricovero in Istituto di cura reso anche necessario da parto e aborto terapeutico;
b) day-hospital;
c) intervento chirurgico ambulatoriale;
d) prestazioni di alta specializzazione (vedi elenco);
e) servizi di consulenza.

Per gli Assicurati previsti al punto "persone coperte", che in corso di contratto, perdessero la copertura del Fondo di appartenenza, tutte le prestazioni di polizza vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% ad eccezione di quanto previsto nei singoli punti.

PERSONE COPERTE

L'assicurazione è prestata a favore dei Beneficiari iscritti al Fondo VIS.

La copertura può essere estesa dal Beneficiario/Assicurato capo nucleo, con versamento del relativo premio, al coniuge o al convivente "more uxorio" e ai figli tutti risultanti dallo stato di famiglia purché tutti coperti dal Fondo di appartenenza a cui aderisce il capo nucleo.

RICOVERO

A.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Le prestazioni assicurate, in caso di ricovero, day-hospital, intervento chirurgico ambulatoriale, prestazioni di pronto soccorso o parto, comprendono:

a) prestazioni chirurgiche, mediche, infermieristiche, diritti di sala operatoria e materiale di intervento, medicinali;
b) retta di degenza (in caso di ricovero e Day Hospital), con esclusione delle spese voluttuarie (telefono, bar,

televisione, ecc.);

c) retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura (in caso di ricovero) o in caso di indisponibilità della struttura anche in albergo;
d) assistenza infermieristica individuale nel limite di € 26,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

Eventuali spese per prestazioni ricomprese nell'elenco sopra indicato e non previste nel tariffario del Fondo di appartenenza verranno rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25%.

Le spese per le prestazioni previste nel presente punto e previste dal tariffario di appartenenza verranno rimborsate con applicazione di uno scoperto del 50% nel caso in cui l'Assicurato/Beneficiario non abbia richiesto ed ottenuto il rimborso da parte dello stesso Fondo.

A.2 INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assicurato/Beneficiario, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, essendo stato il costo a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, avrà diritto a un'indennità per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 100 giorni per nucleo familiare ed anno assicurativo.

A.3 ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.
Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Risonanza Magnetica Nucleare
- Scintigrafia
- Elettromiografia
- PET
- Mammografia o Mammografia digitale

Terapie

- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Chemioterapia
- Cobaltoterapia

Eventuali spese per prestazioni ricomprese nell'elenco sopraindicato non previste dal tariffario del fondo di appartenenza verranno rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25%.

Le spese per le prestazioni previste nel presente punto e previste dal tariffario del Fondo di appartenenza verranno rimborsate con applicazione di uno scoperto del 50% nel caso in cui l'Assicurato/Beneficiario non abbia richiesto ed ottenuto il rimborso da parte dello stesso Fondo.

A.4 SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

In Italia i seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-016644 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.
Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

- Informazioni sanitarie telefoniche
- Pareri medici immediati

LIMITAZIONI DELLA COPERTURA

ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
7. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
8. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
9. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
10. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
11. gli infortuni dovuti a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose in genere;
12. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
14. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento dell'80° anno di età Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte dell'Assicurato stesso.
Nel caso di pluralità di Assicurati la cessazione del capo famiglia beneficiario iscritto al Fondo VIS ha effetto su tutto il nucleo familiare assicurato.