



## **FONDO FONSA** **PIANO SANITARIO**

**FONSA**

A graphic element consisting of a horizontal line above a semi-circular shape made of several small, white, downward-pointing triangles.

FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA  
INTEGRATIVA PER I LAVORATORI DIPENDENTI DI  
PANIFICAZIONE E ATTIVITÀ AFFINI

Fondo | **FONSAP**

 Via G. B. Morgagni, 33 - 00161 Roma (Sede operativa)

 +39 06/47824858 int. 9

 [info@fonsap.it](mailto:info@fonsap.it)

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



**FONDO FONSAF**  
PIANO SANITARIO





# INDICE

<b>FON.SA.P PRESENTAZIONE</b>	9
<b>PIANO SANITARIO   NOTE UTILI</b>	11
<b>CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE</b>	13
1   OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	13
2   PERSONE ASSICURATE	15
<b>SEZIONE PRIMA</b>	15
3   RICOVERO	15
3.1   RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA	15
3.2   DAY-HOSPITAL	16
3.3   INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE PER PRESTAZIONI DI DERMATOLOGIA, OCULISTICA E BIOPSIE	17
3.4   COLONSCOPIE, GASTROSCOPIE ED ISTEROSCOPIE DIAGNOSTICHE ED OPERATIVE	17
3.5   TRAPIANTI	17
3.6   PARTO E ABORTO	18
3.6.1   PARTO CESAREO, ABORTO SPONTANEO O TERAPEUTICO	18
3.6.2   PARTO NATURALE	18
3.7   ANTICIPO DELL'INDENNIZZO	19
3.8   MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	19
3.9   INDENNITÀ SOSTITUTIVA	21
3.10   MASSIMALE ASSICURATO	22
4   ALTA SPECIALIZZAZIONE	22
5   VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	25
6   TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI CONSEGUENTI A INFORTUNIO O A SEGUITO DI SPECIFICHE PATOLOGIE	27
7   PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI	28

# INDICE

8   INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO	28
9   PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA	29
9.1   APPLICAZIONE DI TRE O PIÙ IMPIANTI	30
9.2   APPLICAZIONE DI DUE IMPIANTI	30
9.3   APPLICAZIONE DI UN IMPIANTO	31
10   PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE ED ORTODONTICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO	31
11   PREVENZIONE ODONTOIATRICA	33
12   PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI	33
13   PACCHETTO MATERNITÀ	35
14   LENTI ED OCCHIALI	35
15   PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE	37
16   SERVIZI DI CONSULENZA	37
<b>SEZIONE SECONDA</b>	38
17   STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE	38
17.1   OGGETTO DELLA GARANZIA	38
17.2   CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ	38
17.3   SOMMA ASSICURATA	39
17.4   DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	39
<b>SEZIONE TERZA</b>	41
18   INFORTUNI PROFESSIONALI	41
18.1   OGGETTO DELLA GARANZIA	41
18.2   ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE	41
18.3   RISCHIO VOLO	41
18.4   RISCHIO GUERRA ALL'ESTERO	42

# INDICE

18.5   SERVIZIO MILITARE	42
18.6   ESTENSIONE TERRITORIALE	42
18.7   RISCHI ESCLUSI	42
18.8   LIMITI DI ETÀ	43
18.9   ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE	43
18.10   LIMITI DI ETÀ	46

# FONSAP

---





## FON.SA.P PRESENTAZIONE

Il Fondo di **Assistenza Sanitaria Integrativa** per i lavoratori del settore panificazione "**Fonsap**", è un organismo paritetico costituito con atto pubblico il 15 giugno 2011 dalle Organizzazioni sindacali rappresentative dei datori di lavoro (Federazione Italiana Panificatori e Assopanificatori-Fiesa/Confesercenti) e dei lavoratori (Flai-Cgil, Fai-Cisl e Uila-Uil) in attuazione del C.C.N.L., datato 1° dicembre 2009 per il personale comunque dipendente da aziende di panificazione anche per attività collaterali e complementari, nonché da negozi di vendita al minuto di pane, generi alimentari e vari.

Il **Fonsap** che ha natura giuridica di associazione non riconosciuta non persegue finalità di lucro ed è regolarmente iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari integrativi istituita presso il Ministero della Salute.

Promosso e regolato in sede di contrattazione collettiva, il **Fonsap** si propone di erogare prestazioni di assistenza sanitaria che integrino per i lavoratori iscritti i trattamenti di assistenza sanitaria già offerti dal Servizio Sanitario Nazionale.





## PIANO SANITARIO | NOTE UTILI

### BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

Beneficiari delle prestazioni garantite dal Fonsap sono le seguenti tipologie di lavoratori per i quali si applica il C.C.N.L.-Panificazione regolarmente iscritti al Fondo FONSAF e in regola con i versamenti contributivi al Fondo:

1. Lavoratori dipendenti con contratto a tempo indeterminato.
2. Lavoratori dipendenti assunti con contratto di lavoro a termine di durata pre-determinata pari o superiore a 9 mesi nell'arco dell'anno solare.
3. Il nucleo familiare dell'iscritto. La composizione del nucleo deve intendersi così configurata: Coniuge/convivente "more uxorio" purché risultanti dallo stato di famiglia dell'iscritto, figli se fiscalmente a carico dell'iscritto.

### STRUTTURE SANITARIE A CUI RIVOLGERSI

A seconda della tipologia della copertura sanitaria garantita da FONSAF, per ottenere le prestazioni di cui necessita, i beneficiari possono rivolgersi, con le modalità riportate nel Piano Sanitario a:

## PRESTAZIONI INDENNIZZATE IN FORMA INDIRECTA

(Rimborso delle spese sostenute)

- a) Strutture Sanitarie Private\*;
- b) Servizio Sanitario Nazionale\*.

## PRESTAZIONI INDENNIZZATE IN FORMA DIRETTA

(Strutture in convenzione)

- c) Strutture convenzionate con **UNISALUTE\*\***.

---

\* Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'iscritto deve inviare la documentazione necessaria tramite l'apposita area riservata personale sul sito [www.fonsap.it](http://www.fonsap.it) o spedirla alla sede operativa del **Fondo FONSAF | Via G. B. Morgagni, 33 - 00161 ROMA**.

\*\* L'iscritto potrà richiedere la prenotazione della prestazione contattando la Centrale Operativa di **Fondo Fonsap** - presso UniSalute telefonando al numero verde **800-009635** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30 o tramite l'area riservata personale sul sito [www.fonsap.it](http://www.fonsap.it).

# CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

## 1 | OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute dall'iscritto per:

### SEZIONE PRIMA:

- Indennità sostitutiva;
- colonscopie, gastroscopie ed isteroscopie diagnostiche ed operative;
- ricovero in Istituto di cura;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia, oculistica e biopsie;
- trapianti;
- ricovero per parto cesareo, aborto spontaneo o terapeutico e parto naturale;
- anticipo dell'indennizzo;
- alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi conseguenti a infortunio o a seguito di specifiche patologie;
- protesi/ausili medici ortopedici ed acustici;
- interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- prestazioni di implantologia;
- prestazioni odontoiatriche ed ortodontiche a seguito di infortunio;
- prevenzione odontoiatrica;
- prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- pacchetto maternità;
- prestazioni per maternità a tariffe agevolate;
- lenti ed occhiali;
- servizi di consulenza.

### SEZIONE SECONDA:

Stati di non autosufficienza (garanzia operante per il solo titolare).

### SEZIONE TERZA:

Infortuni professionali (IP e caso morte).



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

- Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con Unisalute;
- Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute;
- Servizio Sanitario Nazionale.

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

## 2 | PERSONE ASSICURATE (compreso il nucleo familiare come previsto)

L'assicurazione è prestata a favore dei lavoratori dipendenti con contratto a tempo indeterminato o con contratto a termine di durata predeterminata pari o superiore a 9 mesi nell'arco dell'anno solare per i quali si applica il C.C.N.L. per il personale comunque dipendente da aziende di panificazione anche per attività collaterali e complementari nonché da negozi di vendita al minuto di pane, generi alimentari e vari regolarmente iscritti al Fondo Fonsap. La copertura è estesa al nucleo familiare e inteso come coniuge o convivente "more uxorio, purché risultante dallo stato di famiglia dell'iscritto, e figli fiscalmente a carico dell'iscritto.

## SEZIONE PRIMA

### 3 | RICOVERO

#### 3.1 | RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

Il Fonsap provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- a) Pre ricovero:** Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 150 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

- b) *Intervento chirurgico:*** Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
- c) *Assistenza medica, medicinali, cure:*** Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.
- d) *Rette di degenza:*** Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.
- e) *Accompagnatore:*** Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. La garanzia è prestata nel limite di € 70,00 al giorno per ogni giorno di ricovero.
- f) *Post ricovero:*** Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 200 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

### 3.2 | DAY-HOSPITAL

La garanzia è operante in caso di day-hospital con intervento chirurgico.

La garanzia è altresì operante per i day-hospital medici eseguiti per cure e terapie di patologie oncologiche, per dialisi o per biopsia.

Sono esclusi invece dalla presente garanzia tutti i day-hospital medici diversi da quelli sopra indicati. Nel caso di day-hospital come sopra definito, il Fonsap, provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto "Ricovero in Istituto di cura" con i relativi limiti in esso indicati.

### **3.3 | INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE PER PRESTAZIONI DI DERMATOLOGIA, OCULISTICA E BIOPSIE**

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale **per prestazioni di dermatologia, oculistica e biopsie**, il Fondo provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico, c) "Assistenza medica, medicinali, cure", f) "Post-ricovero" con i relativi limiti in essi indicati.**

**NB:**

- In caso di interventi ambulatoriali per prestazioni di dermatologia la garanzia opererà in presenza di situazioni patologiche refertate dallo specialista che esegue la prestazione (es. esame istologico per i nei etc..)
- In caso di intervento per la correzione della miopia tramite metodica laser, la garanzia opererà soltanto in presenza di un difetto della capacità visiva risultante dallo specchietto dell'oculista riportante l'indicazione delle diottrie.
- In caso di interventi chirurgici ambulatoriali diversi da quelli di dermatologia e oculistica si intende rientrate in copertura solo il costo della biopsia eventualmente effettuata.

### **3.4 | COLONSCOPIE, GASTROSCOPIE ED ISTEROSCOPIE DIAGNOSTICHE ED OPERATIVE**

Nel caso di colonscopie, gastroscopie e isteroscopie sia diagnostiche, sia operative, eseguite in regime di Ricovero o Day Hospital il Fondo provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto "Ricovero in istituto di cura", con i relativi limiti in esso indicati. La garanzia è prestata fino ad un limite massimo di € 2.000,00 per nucleo familiare (da intendersi come massimale unico condiviso con il massimale previsto all'art. 4 "Alta specializzazione").

### **3.5 | TRAPIANTI**

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Fondo liquida le spese previste al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" con i relativi limiti in esso indicati,

nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.

Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto. Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

## **3.6 | PARTO E ABORTO**

### **3.6.1 | PARTO CESAREO, ABORTO SPONTANEO O TERAPEUTICO**

In caso di parto cesareo, aborto spontaneo o terapeutico, effettuato in struttura sanitaria privata, il Fondo, provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lett. B) "intervento chirurgico", c) "assistenza medica, medicinali, cure", d) "retta di degenza", e) "accompagnatore; f) "post-ricovero".

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare (da intendersi come sottolimito del massimale di cui al punto 3.9 "Massimale assicurato").

### **3.6.2 | PARTO NATURALE**

In caso di parto naturale effettuato in struttura sanitaria privata, il Fondo, provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza"; relativamente alle prestazioni "post-ricovero" vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio", lettera f) "Post-ricovero".

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 3.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare (da intendersi come sottolimito del massimale di cui al punto 3.9 "Massimale assicurato").

### **3.7 | ANTICIPO DELL'INDENNIZZO**

**Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico in strutture sanitarie private**, fermi restando i limiti previsti, è data facoltà all'iscritto di richiedere un anticipo sulle spese già sostenute e documentate in misura **non superiore al 70%** delle stesse, previa contestuale presentazione a Unisalute, per il tramite del Fondo, di certificazione attestante la necessità dell'intervento chirurgico, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare totale delle spese sanitarie. Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di spesa e della documentazione relativa al ricovero come previsto al punto "B - Sinistri", si procederà al relativo conguaglio.

### **3.8 | MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

#### ***a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati.***

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture sanitarie convenzionate con l'applicazione di uno scoperto del 20%, (il quale rimane a carico dell'iscritto), ad eccezione della seguente: punto "Ricovero in istituto di cura": - lett. e) "Accompagnatore"; che viene rimborsata all'Assicurato nei limiti previsti al punto indicato, e della seguente: punto "Parto e aborto"; che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

#### ***b) Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute***

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate dal Fondo con uno scoperto del 30% (il quale rimane a carico dell'iscritto), ad eccezione della seguente: punto "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":



- lett. e) "Accompagnatore"; che viene rimborsata al Fondo nel limite previsto al punto indicato.

### **c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale**

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

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

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

## **3.9 | INDENNITÀ SOSTITUTIVA**

L'isritto, qualora non richieda alcun rimborso al Fondo, per il ricovero e per le prestazioni ad esso connesse avrà diritto a un'indennità per ogni giorno di degenza di:

- € 50,00: per i ricoveri medici o chirurgici e per i day-hospital chirurgici, e sarà corrisposta a partire dal primo giorno di degenza per un periodo non superiore a 90 giorni per evento.
- € 50,00: per i day-hospital per cure e terapie di patologie oncologiche e sarà prestata a partire dal primo giorno per un massimo di 30 giorni per evento.  
**NB: Sono esclusi invece dalla presente garanzia tutti i day-hospital medici diversi da quelli per cure e terapie di patologie oncologiche.**
- € 50,00: per cure e terapie oncologiche in regime ambulatoriale, pur non essendo prevista la garanzia principale, e sarà prestata a partire dal primo giorno per un massimo di 30 giorni per evento.

NB: tale indennità verrà corrisposta qualora l'isritto non abbia richiesto la liquidazione della prestazione ambulatoriale corrispondente di cui all'art. "4. Alta Specializzazione"

- € 70,00: per i ricoveri per parto cesareo, aborto spontaneo o terapeutico e parto naturale, e sarà corrisposta a partire dal primo giorno di degenza per un periodo non superiore a 90 giorni per evento.

### 3.10 | MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 30.000,00 per nucleo familiare.

## 4 | ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il Fonsap provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extra-ospedaliere.

### Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici "anche in digitale")

- Angiografia;
- Artrografia;
- Biopsia;
- Broncografia;
- Chemioterapia;
- Cisternografia;
- Cistografia;
- Cistouretrografia;
- Clisma opaco;
- Cobaltoterapia;
- Colangiografia intravenosa;
- Colangiografia percutanea;
- Colangiografia trans Kehr;
- Colecistografia;
- Colonscopia, gastroscopia e isteroscopia sia diagnostica e/o chirurgica (\*sottolimito annuo per nucleo familiare di € 2.000,00);
- Dacriocistografia;
- Defecografia;
- Dialisi;

- Ecodoppler ed Ecocolordoppler (arti inferiori, arti superiori, carotide);
- Mammografia o Mammografia Digitale;
- Elettroencefalografia;
- Fistelografia;
- Flebografia;
- Fluorangiografia;
- Galattografia;
- Isterosalpingografia;
- Linfografia;
- Mielografia;
- Retinografia;
- Risonanza;
- Rx esofago con mezzo di contrasto;
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto;
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto;
- Scialografia;
- Scintigrafia;
- Splenoportografia;
- Urografia;
- Vesciculodeferentografia;
- Videoangiografia;
- TAC;
- Wirsungrafia.

**Diagnostica prenatale (riconosciuta anche in assenza di "gravidenza considerata a rischio" in assenza di prescrizione medica):**

- Amniocentesi;
- Villocentesi;
- Test prenatali non invasivi.

**Terapie:**

- Chemioterapia;
- Cobaltoterapia;
- Dialisi;
- Radioterapia.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate dell'Iscritto vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di € 20,00 per prestazione/ciclo.

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a **strutture sanitarie private non convenzionate** con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di **€ 20,00 per ciascuna prestazione/ciclo**.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di **€ 20,00 per ciascuna prestazione/ciclo**.

**Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 15.000,00 per nucleo familiare. È previsto un (\*) sottolimito di € 2.000,00 per nucleo familiare per le sole prestazioni di colonscopia, gastroscopia e isteroscopia sia diagnostica sia chirurgica da intendersi come massimale unico condiviso con il massimale previsto all'art. 3.4 all'art. 3.4 "Colonscopie, gastroscopie ed isteroscopie diagnostiche ed operative.**

#### **Specifiche liquidative per le biopsie:**

- **Biopsia effettuata mediante accertamento non in copertura di polizza:** poiché l'accertamento è indispensabile per l'effettuazione della biopsia lo stesso va considerato in copertura come prestazione unica con la biopsia e liquidato secondo le condizioni previste dalla garanzia della biopsia.
- **Biopsia effettuata a seguito di colonscopia o altro accertamento in copertura di polizza ma normato in differente garanzia di polizza:** si applicano sull'intero costo sostenuto (accertamento + biopsia) le condizioni di polizza previste dal regime della garanzia (ospedaliero od extra-ospedaliero) fino ad esaurimento del massimale applicando la franchigia della garanzia prevista dall'accertamento.
- **Biopsia effettuata a seguito di intervento chirurgico non in copertura di polizza:** non viene liquidato nulla salvo che l'Assicurato non produca lo scorporo dei costi della biopsia.
- **Biopsia effettuata a seguito di intervento chirurgico in copertura di polizza:** liquidiamo la biopsia come post intervento.
- **Esame istologico effettuato a seguito di biopsia:** liquidiamo l'esame come post biopsia.

## 5 | VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Fonsap, per il tramite del Fondo, provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla strutture medesime con:

- l'applicazione di una franchigia di **€ 25,00 per visita specialistica;**
- l'applicazione di una franchigia di **€ 35,00 per accertamento diagnostico.**

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie private non convenzionate con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate con:

- l'applicazione di una franchigia di **€ 30,00 per visita specialistica;**
- l'applicazione di una franchigia di **€ 40,00 per accertamento diagnostico.**

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di **€ 20,00 per visita specialistica o accertamento diagnostico.**

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



## 6 | TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI CONSEGUENTI A INFORTUNIO O A SEGUITO DI SPECIFICHE PATOLOGIE

Il Fonsap rimborsa le spese per i trattamenti fisioterapici, ivi compresa l'ozono-terapia, a seguito di infortunio in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, o a seguito di una delle patologie o interventi chirurgici di seguito elencati, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Solo qualora l'infortunio sia avvenuto sul luogo di lavoro ed entro 2 anni dalla data dell'evento, è possibile chiedere il rimborso delle prestazioni anche in assenza del Certificato del Pronto Soccorso, purché venga presentata la certificazione dell'INAIL.

### Patologie o interventi chirurgici:

- Ictus;
- Infarto;
- Ernia del disco e/o protrusione discale;
- Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale;
- Artroprotesi d'anca;
- Protesi ginocchio;
- Patologie polmonari.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute, le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 10% per prestazione/ciclo.

Nel caso in cui l'Isritto si rivolga a **strutture sanitarie private** le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 40,00 per fattura/persona.**

Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, Fonsap rimborsa integralmente i **tickets sanitari a carico dell'Isritto.**

**Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 1.000,00 per nucleo familiare.**

## 7 | **PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI**

Il Fonsap, rimborsa le spese per l'acquisto o il noleggio di protesi ortopediche. Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici ed acustici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodi, plantari, apparecchi acustici, ecc. Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20% e con un minimo non indennizzabile di **€ 70,00** per fattura.

**Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per nucleo familiare.**

## 8 | **INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO**

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

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso;
- cisti follicolari;
- cisti radicolari;
- adamantinoma;
- odontoma;
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare.

Solo in tali casi è prevista l'indennizzo delle spese dell'intervento di implantologia dentale necessario a completamento dell'intervento.

**Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute, le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.**

Per l'attivazione della garanzia in strutture sanitarie convenzionate, il dentista convenzionato dovrà produrre, tramite la procedura concordata con Unisalute, la seguente documentazione medica necessaria al fine di ottenere l'erogazione in forma diretta, tale documentazione consisterà in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute vengono rimborsate, per il tramite del Fondo, con l'applicazione di uno scoperto del 20%. Per l'attivazione della garanzia in SSN sarà necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

**Si precisa che per la presente garanzia non è prevista alcuna forma di indennizzo in modalità rimborsuale presso le Strutture sanitarie private non convenzionate con Unisalute; qualora un iscritto si rivolga a tali strutture, le spese rimarranno a suo carico.**

**Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 3.800,00 per nucleo familiare.**

## 9 | PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA

Viene previsto un massimale di **€ 1.200,00** per prestazioni di implantologia dentale in un anno assicurativo e per nucleo familiare.

**Si specifica che:**

- Le prestazioni sono erogabili **solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato** con Unisalute;

- Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto;
- Si precisa che per l'attivazione della garanzia il dentista convenzionato dovrà produrre, tramite la procedura concordata con Unisalute, le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.

## 9.1 | APPLICAZIONE DI TRE O PIÙ IMPIANTI

La garanzia opera nel caso di applicazione di tre o più impianti previsti dal medesimo piano di cura. Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi ai 3 o più impianti.

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

## 9.2 | APPLICAZIONE DI DUE IMPIANTI

Viene previsto un sottomassimale annuo di **€ 800,00** nel caso di applicazione di due impianti previsti dal medesimo piano di cura. Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi ai 2 impianti. Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'iscritto alla struttura convenzionata.

Qualora, nel corso della medesima annualità di copertura, dopo aver attivato la garanzia prevista al punto 9.3 "Applicazione di un impianto", si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottomassimale di **€ 800,00** previsto in questa garanzia, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

### 9.3 | APPLICAZIONE DI UN IMPIANTO

Viene previsto un sottomassimale annuo di **€ 450,00** nel caso di applicazione di un impianto previsto dal piano di cura. Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi all'impianto.

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

### 10 | PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE ED ORTODONTICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO

Il Fondo liquida le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, **a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate**. La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

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

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

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, il Fondo, rimborsa integralmente i **ticket sanitari a Suo carico nel limite dei massimali assicurati**.

Si precisa che per la presente garanzia non è prevista alcuna forma di indennizzo in forma rimborsuale presso le Strutture sanitarie private non convenzionate con Unisalute, qualora un iscritto si rivolga a tali strutture, le spese rimarranno a suo carico.



Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per nucleo familiare.

## 11 | PREVENZIONE ODONTOIATRICA

Il Fondo provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie con essa convenzionate indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto" sotto indicate sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

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

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'iscritto, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con Unisalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, Unisalute provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

**Restano invece a carico dell'iscritto, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.**

## 12 | PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

Il Fondo provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie con essa convenzionate indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- Alanina aminotransferasi ALT;
- Aspartato Aminotransferasi AST;
- Colesterolo HDL;
- Colesterolo totale;
- Creatinina;
- Esame emocromocitometrico e morfologico completo;
- Gamma GT;
- Glicemia;
- Trigliceridi;
- Tempo di tromboplastina parziale (PTT);
- Tempo di protrombina (PT);
- Urea;
- VES;
- FT3, FT4, TSH;
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico;
- Feci: Ricerca del sangue occulto;
- Elettrocardiogramma di base;
- Ecografia tiroidea.

**Prestazioni previste per gli uomini una volta ogni due anni a partire dal compimento dei 45 anni:**

- PSA (Specifico antigene prostatico).

**Prestazioni previste per le donne una volta ogni due anni a partire dal compimento dei 35 anni:**

- Pap test;
- Mammografia (solo con presentazione della prescrizione del medico curante).

## 13 | PACCHETTO MATERNITÀ

Sono comprese nella garanzia:

- N°6 visite di controllo ostetrico ginecologico;
- Le ecografie di controllo;
- Le analisi clinico chimiche per il monitoraggio della gravidanza diverse dai test genetici non invasivi ;

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritta vengono liquidate direttamente alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Nel caso in cui l'Iscritta si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo, rimborsa integralmente i ticket sanitari a Suo carico nel limite dei massimali assicurati.

Si precisa che per la presente garanzia non è prevista alcuna forma di indennizzo in forma rimborsuale presso le Strutture sanitarie private non convenzionate con Unisalute; qualora un iscritto si rivolga a tali strutture, le spese rimarranno a suo carico.

**Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per nucleo familiare.**

## 14 | LENTI ED OCCHIALI

Il Fonsap rimborsa integralmente le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto, esclusa la montatura, nel limite di una tantum triennale di **€ 100,00** per nucleo familiare. Per l'attivazione della garanzia sarà necessaria la prescrizione del medico oculista o una certificazione dell'ottico optometrista attestante la variazione del visus.



## 15 | PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Isritto, è possibile richiedere alla struttura sanitaria convenzionata, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Si precisa che l'appuntamento potrà essere concordato direttamente tra l'Isritto e la struttura stessa e successivamente comunicato ad Unisalute, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.

## 16 | SERVIZI DI CONSULENZA

### *In Italia*

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde nazionale **800-009635** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

**Dall'estero** occorre comporre il seguente numero verde **00800-39009635**, in caso di mancato funzionamento del numero verde internazionale occorre comporre il seguente numero a pagamento: **0039514185635**.

### *a) Informazioni generiche sul contratto*

Le prestazioni incluse nelle garanzie, massimali, franchigie o scoperti, eventuale documentazione per attivare la copertura.

### *b) Prenotazione di prestazioni sanitarie*

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

## SEZIONE SECONDA

### 17 | STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE (garanzia operante per il solo iscritto)

#### 17.1 | OGGETTO DELLA GARANZIA

Il Fonsap, garantisce il rimborso delle spese sanitarie ed assistenziali per un valore corrispondente alla somma garantita all'iscritto quando questi si trovi, in un momento successivo alla data di decorrenza della polizza, in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo articolo 17.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza".

#### 17.2 | CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

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

- Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi.
- Aver diritto, aver richiesto, o percepire una pensione di invalidità, o una rendita per incapacità permanente che corrisponda ad un livello di incapacità superiore al 25%.
- Presentare malattie, postumi di malattie o di infortuni precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.
- Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, no stante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.

### 17.3 | SOMMA ASSICURATA

La **somma mensile** garantita nel caso in cui l'iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo 17.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a **€ 1.000,00 da corrisponderci per una durata massima di 3 anni**.

### 17.4 | DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

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

- soddisfare la propria igiene personale (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale);
- nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile);
- spostarsi (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio);
- coprire (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali), e necessiti in modo costante:
  - dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
  - di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza

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

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



## SEZIONE TERZA

### 18 | INFORTUNI PROFESSIONALI

#### 18.1 | OGGETTO DELLA GARANZIA

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Isritto subisca nello svolgimento della attività professionali principali e secondarie.

#### 18.2 | ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia di origine non morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento accidentale di sostanze tossiche;
- le infezioni conseguenti a morsi di animali e punture di insetti, escluse la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore;
- le ernie addominali da sforzo, con esclusione di quelle rachidee;
- gli strappi muscolari derivanti da sforzo;
- la rottura sottocutanea del tendine di Achille, nei limiti di quanto previsto al punto "Invalidità permanente";
- gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da aggressioni, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

#### 18.3 | RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Isritto subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, **esclusi i viaggi effettuati**:

- su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- su aeromobili di aeroclub;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplano, ultraleggeri, parapendio e simili).

Il viaggio in aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Isritto sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

#### **18.4 | RISCHIO GUERRA ALL'ESTERO**

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (**esclusi comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino**) derivanti da stato di guerra, insurrezione, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), **per il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.**

#### **18.5 | SERVIZIO MILITARE**

L'assicurazione resta operante durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso.

#### **18.6 | ESTENSIONE TERRITORIALE**

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

#### **18.7 | RISCHI ESCLUSI**

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a. dalla guida e dall'uso di mezzi di locomozione aerei, salvo quanto previsto al

- punto 18.3 (rischio volo);
- b. dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
  - c. da corse, gare, allenamenti e prove di ippica, calcio, ciclismo, football americano, rugby, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
  - d. da corse, gare, allenamenti e prove comportanti l'uso di veicoli a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
  - e. da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
  - f. da movimenti tellurici;
  - g. da guerra o insurrezione, salvo quanto previsto al punto 18.4 (rischio guerra all'estero);
  - h. da trasmutazione del nucleo dell'atomo o da radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Sono inoltre esclusi:

- i. gli infarti;
- j. le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

## **18.8 | LIMITI DI ETÀ**

In ogni caso l'assicurazione cessa, alla prima scadenza annuale successiva, per l'Isritto che abbia raggiunto il limite di età dei 75 anni

## **18.9 | ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE**

Sono in ogni caso escluse dalla copertura le spese per:

- a) L'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del piano;



- b) Qualsiasi trattamento avente mera finalità di controllo routinario e/o prevenzione, salvo quanto previsto all'art. "Prevenzione odontoiatrica", all'art. "Prestazioni diagnostiche particolari" e all'art. "Pacchetto maternità";
- c) Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- d) La semplice correzione di difetti visivi con trattamento laser eccetto quelli finalizzati alla correzione della miopia come previsto all'art. "Intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia, oculistica e biopsie";
- e) L'intervento per deviazione del setto nasale, se non a seguito di evento traumatico, anche se associato ad ipertrofia dei turbinati o poliposi;
- f) Cure e trattamenti terapeutici non fruiti in regime di ricovero o nei 200 giorni successivi allo stesso;
- g) Tutte le prestazioni afferenti ad una fecondazione non fisiologica (assistita);
- h) Infortuni derivanti da atti dolosi dell'Associato (è operante invece per gli infortuni derivanti da imprudenze e negligenze anche gravi);
- i) Infortuni ed intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- j) Aborto volontario non terapeutico;
- k) Prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio) e/o non conseguenti a patologia;
- l) Trattamenti sclerosanti;
- m) I trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali, medicinali e vaccini (salvo quanto previsto all'art. "Trattamenti fisioterapici riabilitativi solo a seguito di infortunio sul lavoro" e al punto
- f) "Post ricovero" di cui all'art. "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio");
- n) Le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o trasmutazione dell'atomo, naturali o provocate e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.)
- o) Le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- p) Prestazioni rese a persone affette da infermità mentali, alcolismo, tossicodipendenza e relative alle cause ed alle conseguenze di tali infermità;
- q) Le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale

## 18.10 | LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del **75° anno di età del titolare**, e la Società non accetterà ulteriori pagamenti di premio da soggetti che abbiano già compiuto 75 anni; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

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



VISITA IL SITO



Fondo **FONSAP**

 Via G. B. Morgagni, 33 - 00161 Roma

 +39 06/47824858 int. 9

 [info@fonsap.it](mailto:info@fonsap.it)

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