

Allegato 3**COPERTURA INTEGRATIVA DIRIGENTI IN QUIESCENZA PER IL BIENNIO 2017-2018**

La società assicura il rimborso, ad integrazione delle prestazioni ammesse a rimborso e erogate dal FISDAF, delle spese sanitarie sostenute dagli Assicurati nei casi ed entro i limiti di seguito indicati:

- A)** Ricovero in istituto di cura reso necessario da malattia o infortunio, parto, aborto spontaneo, post traumatico o terapeutico, anche in regime di day hospital, con o senza intervento chirurgico sino alla concorrenza di Euro 155.000,00 (centocinquantacinquemila) per nucleo familiare assicurato e per anno assicurativo o frazione di esso in caso di adesione successiva all'entrata in vigore della Convenzione. Nell'ambito della sopraindicata somma assicurata di Euro 155.000,00 (centocinquantacinquemila), la Società assicura, altresì il rimborso, ad integrazione delle prestazioni ammesse a rimborso e erogate dal FISDAF, delle spese sanitarie sostenute dagli Assicurati nei casi ed entro i limiti di seguito indicati:
- intervento chirurgico ambulatoriale sino alla concorrenza di Euro 5.200,00 (cinquemiladuecento) per nucleo familiare assicurato ed anno assicurativo o frazione di esso;
 - trasporto dell'Assicurato in caso di ricovero (compreso il ritorno al domicilio) con autoambulanza o eliambulanza, con treno o aereo sia in Italia che all'estero sino alla concorrenza di, rispettivamente, Euro 1.000,00 per l'Italia ed Euro 1.600,00 per l'estero per nucleo familiare ed anno assicurativo o frazione di esso.

Le prestazioni previste nel presente punto A) vengono integrate fino al 60% degli importi effettivamente erogati dal FISDAF ma in ogni caso non verrà rimborsato oltre il 90% della spesa sostenuta dall'assistito.

- B)** Assistenza infermieristica durante il ricovero e/o domiciliare: la Società assicura il rimborso sino alla concorrenza di Euro 60,00 (sessanta) giornalieri e per un massimo di 30 giorni per nucleo familiare assicurato ed anno assicurativo o frazione di esso.

- C)** La Società assicura il rimborso sino alla concorrenza di Euro 6.500,00 (seimilacinquecento) per nucleo familiare assicurato e per anno assicurativo o frazione di esso e con applicazione di una franchigia fissa di Euro 60,00 (sessanta) per evento, per Terapie altamente specialistiche e alta diagnostica fuori ricovero, sotto elencate:

. CICLO DI CHEMIOTERAPIA	. CICLO DI COBALTOTERAPIA
. CICLO DI RADIOTERAPIA	. TAC
. RMN	. ANGIOGRAFIA
. ARTERIOGRAFIA	. CORONAROGRAFIA
. FLEBOGRAFIA	. ECOGRAFIA/ECOTOMOGRAFIA
. ECOCARDIOGRAFIA	. ELETTROCARDIOGRAFIA
. DENSITOMETRIA OSSEA	. ARTROGRAFIA
. BRONCOGRAFIA	. BRONCOSCOPIA
. ISTEROSALPINGOGRAFIA	. MIELOGRAFIA
. SCIALOGRAFIA CON CONTRASTO	. URETROGRAFIA
. UROGRAFIA	. ECODOPPLER
. SCINTIGRAFIA	. FLUOROANGIOGRAFIA OCULARE
. ESAME HOLTER	. PRESSIONE ARTERIOSA H24
. DIAGNOSTICA ENDOSCOP. APP. DIG./UROL. .	. RADIONEFROGRAMMA
. ESAMI ISTOPATOLOGICI	. ESAMI RADIOLOGICI CON CONTRASTO

- D)** Prestazioni di terapia fisica fruita nei 120 giorni successivi al ricovero: la Società assicura il rimborso sino alla concorrenza di Euro 1.000,00 (mille) per nucleo familiare assicurato e per anno assicurativo o frazione di esso e con applicazione di una franchigia fissa di Euro 120,00 (centoventi) per singola fattura.

La Società garantisce una diaria per “Long Term Care” in caso di sopraggiunta non autosufficienza del capo nucleo (iscritti/aderenti FISDAF) e/o dei rispettivi coniugi che alla di adesione alla presente Convenzione, non si trovassero già in stato di non autosufficienza.

E' ritenuta non autosufficiente la persona alla quale l'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS) abbia riconosciuto il diritto a conseguire l'assegno di accompagnamento, o la pensione di inabilità e il cui stato di salute comunque comporti l'impossibilità di compiere in autonomia almeno 4 delle 6 attività di vita quotidiana di seguito elencate:

- LAVARSI: capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia) o lavarsi in maniera soddisfacente in altro modo;
- VESTIRSI: capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed, eventualmente, anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici;
- ALIMENTARSI: capacità di ingerire senza aiuto il cibo preparato da altri;
- ANDARE IN BAGNO: capacità di andare in bagno o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente;
- MOBILITA': capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano;
- SPOSTARSI: capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa.

L'inabilità ad effettuare una delle attività della vita quotidiana si verifica quando la persona è incapace di effettuare quella funzione e necessita della continua assistenza “fisica” da parte di altra persona per lo svolgimento dell'intera attività ovvero di ricovero in lunga degenza in struttura abilitata pubblica o privata. Indipendentemente dall'impossibilità di compiere le sopraindicate attività di vita quotidiana è ritenuta non autosufficiente la persona affetta da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer, certificata da un referto medico e dopo esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein), e che necessita in modo costante della continua assistenza e sorveglianza da parte di altra persona o di un ricovero in istituto psichiatrico. Resta ferma la necessità di essere in possesso del riconoscimento da parte dell'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS) dell'assegno di accompagnamento, o della pensione di inabilità. Nel caso di accertata non autosufficienza, la Società corrisponde una diaria di Euro 20,00 giornalieri, liquidata mensilmente (base mese commerciale 30 giorni). La corresponsione della rendita, decorre a partire dalla data di denuncia della perdita di autosufficienza, inizia, nella rateazione prevista, entro sessanta giorni dal riconoscimento della perdita di autosufficienza; per un periodo di 24 mesi sempre che per tale periodo permanga lo stato di non autosufficienza e sempre che l'insorgenza della non autosufficienza, ove certificata, non sia antecedente la sottoscrizione della copertura. Si precisa inoltre, che in caso siano contemporaneamente in stato di non autosufficienza due assistiti facenti parte dello stesso nucleo familiare, si corrisponderà una sola diaria dell'importo e con le modalità sopra descritte.

La società riconosce un'integrazione al massimale del FISDAF delle spese sostenute per spese odontoiatriche riconosciute liquidabili dal Fondo secondo i criteri, la nomenclatura e le tariffe del Tariffario FISDAF in vigore.

Per tali prestazioni, la copertura integrativa riconosce, nella sola forma diretta presso le strutture convenzionate, il 30% degli importi effettivamente erogati dal FISDAF ma in ogni caso non verrà rimborsato oltre il 90% della spesa complessiva.