

<b>OPZIONI INTEGRATIVE PER GLI ISCRITTI IN FORMA INDIVIDUALE OPZIONE PENSIONATI</b>	
<b>PREMESSA</b>	<p>Le opzioni integrative per gli iscritti in forma individuale, tra le quali rientra anche la presente <b>OPZIONE PENSIONATI</b>, sono destinate agli iscritti al Fasi o ad altra forma di assistenza sanitaria analoga, di cui all'Art. 16 - Sez. II - Titolo I dello Statuto del Fondo.</p> <p>Le prestazioni sono riportate di seguito ed il rimborso corrisponde alla differenza tra la spesa sostenuta e documentata e quanto rimborsato dal Fasi, altri Fondi, iniziative aziendali, nonché polizze private, entro i limiti specificamente previsti.</p> <p>Qualora il rimborso ricevuto dall'iscritto da parte di una delle suddette forme assistenziali diverse dal Fasi risulti inferiore a quello che sarebbe stato il rimborso di detto Fondo, la prestazione di Assidai sarà determinata convenzionalmente sulla base di quello che sarebbe stato il rimborso del Fasi.</p> <p>Inoltre, qualora l'iscritto non usufruisca dell'assistenza del Fasi o di altre forme di assistenza analoghe, ovvero, pur potendone usufruire, non vi abbia fatto ricorso, il rimborso sarà pari alla differenza tra la spesa sostenuta e quella che sarebbe stata la prestazione del Fasi.</p> <p>L'<b>OPZIONE PENSIONATI</b> è riservata a coloro che si iscrivono dopo il pensionamento o che, pur iscritti in epoca anteriore, non abbiano maturato il requisito di cui all'Art.16, I comma, lettera a), Il capoverso dello Statuto. Il diritto è subordinato ad una anzianità di iscrizione di almeno due anni ad una delle Organizzazioni territoriali e nazionali che aderiscono a Federmanager, oppure, in difetto, all'avvenuto versamento a detta Organizzazione di un contributo straordinario pari alla differenza di periodo di iscrizione alle predette Organizzazioni.</p>
<b>AREA RICOVERO</b>	<p><b>A - RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO</b></p> <p><b>Massimale €260.000 annui, elevato a €390.000</b> per ricoveri con intervento chirurgico di alta specializzazione a seguito di: <b>malattie oncologiche, malattie del cuore, malattie ed infortuni al cervello, trapianto e donazione di organi.</b></p> <p><b>Le prestazioni di cui alla presente lettera A) vengono rimborsate fino ad un importo massimo pari a quello rimborsato o rimborsabile dal Fasi.</b></p> <p><b>1) In caso di ricovero per intervento chirurgico</b> (compresi parto cesareo e aborto terapeutico) effettuato in Istituto di cura, le spese per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento (compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento); assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami post intervento, effettuati durante il periodo di ricovero;</li> <li>• rette di degenza, con il <b>limite di € 186</b> al giorno; nessun limite per i giorni di ricovero in reparti di terapia intensiva in caso di intervento chirurgico per malattie oncologiche, del cuore, del cervello (anche infortuni) e trapianto di organi;</li> <li>• ricovero del donatore per accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;</li> <li>• vitto e pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'assicurato con il limite giornaliero di <b>€52 e con un massimo di giorni 30</b>;</li> <li>• trasporto dell'assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea, <b>con il massimo di € 1.550</b>;</li> <li>• trasporto dell'assicurato in ambulanza all'Istituto di cura e viceversa, <b>con il massimo di €775</b>, per il doppio percorso, ancorché all'arrivo all'Istituto stesso non si riscontri la necessità del ricovero;</li> <li>• prestazioni fisioterapiche effettuate nei <b>90 giorni</b> successivi al ricovero;</li> <li>• accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati nei <b>90 giorni</b> precedenti e successivi al ricovero.</li> </ul> <p><b>2) In caso di ricovero in Istituto di cura che non comporti intervento chirurgico</b>, le spese per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rette di degenza, <b>con il limite di € 186</b> al giorno;</li> <li>• accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, medicinali riguardanti il periodo di ricovero;</li> <li>• trasporto dell'assicurato in ambulanza all'Istituto di cura e viceversa, <b>con il massimo di €775</b>, per il doppio percorso, ancorché all'arrivo all'Istituto stesso non si riscontri la necessità del ricovero;</li> <li>• accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati nei <b>90 giorni</b> precedenti e successivi al ricovero.</li> </ul> <p><b>3) In caso di parto non cesareo</b>, le spese per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rette di degenza, con il limite massimo di <b>€78</b> giornalieri;</li> <li>• onorari medici, accertamenti diagnostici, cure, medicinali, esami riguardanti il periodo di ricovero anche per il neonato.</li> </ul> <p><b>4) In caso di degenza in Istituto di cura in regime di day-hospital</b>, le spese previste nei precedenti punti 1) e 2).</p> <p><b>5) Per i periodi di ricovero dovuto a forme morbose croniche, nonché per i periodi di ricovero per i quali il Fasi o altro Fondo analogo preveda in base al proprio tariffario la corresponsione di un importo mensile forfettario</b>, verrà erogato da Assidai, a titolo di rimborso, un importo massimo mensile di <b>€775</b>, vi sia stato o meno un rimborso, per coloro che ne fruiscano, da parte del Fasi o di altri Fondi.</p>
<b>AREA EXTRAOSPEDALIERE</b>	<p><b>B - EXTRAOSPEDALIERE</b></p> <p><b>1) Le seguenti prestazioni sanitarie, purché prescritte dal medico, esclusa la spesa per la visita di prescrizione, fino alla concorrenza di € 7.500 per anno/nucleo familiare: agopuntura (purché effettuata dal medico); amniocentesi e villocentesi; angiografia; arteriografia; chemioterapia; cistografia; cobaltoterapia; coronarografia; diagnostica radiologica; dialisi; doppler; ecografia; elettrocardiografia; elettromiografia; elettroencefalografia; epiluminescenza; holter; laserterapia; moc; radioterapia; risonanza magnetica nucleare; scintigrafia; spirometria; tac; telecuore; topografia corneale; uroflussometria; urografia; nonché, nel limite complessivo di € 259 per anno/nucleo familiare, funzionalità ormonale e spermogramma.</b></p> <p><b>2) Le spese per cure, trattamenti e tutte le terapie relative ad affezioni oncologiche, fino alla concorrenza di ulteriori € 5.165 per anno/nucleo familiare.</b></p> <p><b>C – AMBULATORIALI</b></p> <p>Le spese per <b>interventi chirurgici</b> (incluse le prestazioni biottiche), nonché le spese per <b>prestazioni endoscopiche</b>, fino alla concorrenza di <b>€ 5.165</b> per anno/nucleo familiare; fermo restando che, nel caso in cui la prestazione non risulti compresa nel tariffario Fasi, verrà applicato, sulle spese effettivamente sostenute e documentate, uno scoperto del 25%.</p> <p><b>D –</b> Quando l'iscritto abbia figli minorenni, in caso di ricovero di un componente del nucleo familiare, in conseguenza di infortunio, malattia, parto o aborto terapeutico, spontaneo o post-traumatico, Assidai rimborsa le spese sostenute per le prestazioni di una collaboratrice familiare. Detta prestazione è riconosciuta per ricoveri di durata superiore a <b>giorni 7</b>, con il limite di 30 giorni per anno/nucleo e di <b>€26</b> giornalieri.</p> <p><b>E –</b> Nel caso in cui, a seguito di infortunio, derivi all'assistito un'invalidità di grado non inferiore al 66%, Assidai corrisponde, entro il massimale di <b>€ 51.646</b>, un'indennità periodica per il pagamento delle rate relative a contratti di mutuo, per l'acquisto di una casa, e garantiti da ipoteca sull'immobile, venute a scadenza a partire dal dodicesimo mese dalla data dell'infortunio.</p> <p><b>F – PRESTAZIONI AGGIUNTIVE</b></p> <p>Qualora non sia stata presentata, da parte dell'intero nucleo familiare, alcuna richiesta di rimborso per prestazioni medico sanitarie nei due anni precedenti a quello in corso verranno rimborsate, nei limiti di <b>€ 104</b> per ciascuna prestazione e per anno/nucleo familiare, le spese che siano effettivamente rimaste a carico dell'iscritto per visite di diagnostica preventiva di natura ginecologica o urologica, nei limiti di due visite complessive.</p>