

Fondo FAST
Via Toscana, 1
00187 Roma
Tel. 06 42034670
Fax 06 42034675

mod. FAST PS2/07



Fondo di assistenza sanitaria
integrativa per i dipendenti
da aziende del settore Turismo

Guida al piano sanitario



Servizio di consulenza
numero verde
800-016639

dall'estero:
+39.051.63.89.046

orari: 8,30 - 19,30
dal lunedì al venerdì

Per tutte le prestazioni dell'Area Ricovero
è opportuno contattare preventivamente
il numero sopra indicato.

www.fondofast.it
info@fondofast.it

FEDERALBERGHI
FAITA
FILCAMS CGIL
FISASCAT CISL
UILTUCS UIL

SOMMARIO

1.	PRESENTAZIONE	4
2.	INTRODUZIONE.....	4
3.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	5
4.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	5
4.1.	Per prima cosa contattare il Fondo Fast	5
4.2.	Prestazioni in strutture convenzionate	5
4.3.	Prestazioni in strutture non convenzionate	7
4.4.	Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale.....	7
4.5.	Professione intramuraria.....	8
5.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	8
5.1.	Ricovero a seguito di malattia e infortunio per grande intervento chirurgico	8
5.2.	Trasporto sanitario a seguito di grande intervento chirurgico	10
5.3.	Protesi ortopediche.....	10
5.4.	Trapianti a seguito di malattia e infortunio.....	10
5.5.	Indennità sostitutiva per grande intervento chirurgico	11
5.6.	Limite di spesa annuo dell'area ricovero	11
5.7.	Prestazioni di Alta specializzazione (diagnostica e terapia)	11
5.8.	Ticket sanitari per visite specialistiche e accertamenti diagnostici	13
5.9.	Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio.....	13
5.10.	Gravidanza	14
5.11.	Prevenzione biennale	14
5.12.	Servizi di consulenza	15
6.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	15
7.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	16
7.1.	Estensione territoriale	16
7.2.	Limiti di età	16
7.3.	Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)	17
8.	STRUTTURE CONVENZIONATE	17
9.	ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	17
10.	MODULO PER LA RICHIESTA DEL RIMBORSO	21
11.	INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI	22
11.1.	Trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative e liquidative	22
11.2.	Modalità di uso dei dati personali.....	24
11.3.	Diritti dell'interessato.....	24

1. Presentazione

FAST è il fondo di assistenza sanitaria integrativa per i dipendenti da aziende del settore Turismo (alberghi, campeggi, residence, altre strutture ricettive, porti turistici, etc.).

Il fondo è stato costituito dalle organizzazioni sindacali nazionali dei datori di lavoro e dei lavoratori maggiormente rappresentative della categoria: Federalberghi, Faita, Filcams Cgil, Fisascat Cisl, Uiltucs Uil.

Il Fondo ha lo scopo di garantire ai lavoratori iscritti trattamenti di assistenza sanitaria integrativa, in applicazione di quanto previsto dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro per i dipendenti da aziende del settore Turismo.

2. Introduzione

Questa guida illustra nel dettaglio le prestazioni offerte dal Piano sanitario del Fondo Fast, allo scopo di consentirle di utilizzare al meglio i servizi che il Fondo presta ai lavoratori iscritti.

Il nostro obiettivo è di fornirle un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della sua collaborazione.

All'interno della guida troverà quindi l'indicazione delle modalità da seguire qualora debba utilizzare il Piano. La preghiamo di attenersi scrupolosamente a queste modalità, così da poterla assistere con la sollecitudine che ci è propria.

E' interesse di tutti, infatti, evitare situazioni di incertezza che potrebbero, da un lato, portare a richiedere prestazioni in realtà non previste (quindi servizi che non si possono fornire o rimborsi che non si possono effettuare) e dall'altro ad utilizzi non corretti che potrebbero, in futuro, incidere negativamente sull'andamento economico generale del Piano.

Segnaliamo che, a tal fine, il Fondo Fast ha deciso di affidare il servizio di gestione della copertura sanitaria a società leader in questo campo, in grado non solo di garantire da subito gli strumenti più appropriati per un'efficace ed efficiente gestione ma anche, e soprattutto, di contribuire alla generale crescita del Fondo e delle persone che in essa operano.

Il Fondo Fast, nell'ottica di agevolare quanto più possibile l'iscritto, ferma restando la piena libertà dello stesso di scegliere le strutture nelle quali accedere alle prestazioni sanitarie, si avvale della rete di accordi, sviluppata dalla Società Unisalute, con gran parte dei soggetti che operano nella sanità (case di cura, laboratori di analisi, ecc.) allo scopo di offrire - nella maggior parte dei casi - le prestazioni sanitarie mantenendo il totale costo a proprio carico ed evitando così che l'iscritto anticipi alcuna somme di denaro, ad eccezione di minimi non indennizzabili previsti per le singole garanzie.

Tale meccanismo è in grado di garantire ulteriormente forti sconti e agevolazioni agli iscritti, anche per le prestazioni che non siano coperte dalle garanzie del piano sanitario Fondo Fast.

3. Le persone per cui è operante la copertura

La copertura è prestata a favore dei dipendenti iscritti al Fondo Fast in applicazione del CCNL Turismo, istitutivo del Fondo stesso.

4. Come utilizzare le prestazioni del Piano Sanitario

4.1. Per prima cosa contattare il Fondo Fast

Quando uno degli iscritti ha bisogno di cure mediche o esami occorre che contatti al più presto possibile la Centrale Operativa al **numero verde gratuito 800-016639**.

Gli Operatori e i Medici della Centrale Operativa sono a Sua disposizione per verificare la compatibilità delle prestazioni richieste con il Piano Sanitario.

Qualora la prestazione richiesta non fosse compresa nel piano sanitario, i medici sono a disposizione per aiutare l'iscritto a scegliere percorsi di diagnosi e cura alternativi ed egualmente soddisfacenti.

Nel caso in cui motivi di urgenza impediscano il preventivo ricorso alla Centrale Operativa sarà bene farlo al più presto, avendo cura, nel frattempo, di raccogliere la maggior documentazione possibile sugli eventi relativi a quello specifico iter di cura (prescrizioni mediche, cartelle cliniche, fatture).

E' bene chiarire che le prestazioni previste dal Piano sanitario, che verranno successivamente illustrate in modo dettagliato, prevedono differenti modalità di utilizzo qui di seguito riportate.

4.2. Prestazioni in strutture convenzionate

Il Fondo Fast utilizza un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private. I convenzionamenti prevedono una serie di standard qualitativi che la struttura sanitaria è tenuta a garantire agli iscritti al Fondo Fast.

L'iscritto, per le prestazioni che lo prevedono, utilizzando le strutture convenzionate consegue alcuni **vantaggi** rilevanti:

- non è soggetto ad alcun esborso di denaro poiché i pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra il Fondo Fast, la Società e la

struttura convenzionata, ad eccezione di somme minime non indennizzabili previste alle singole garanzie;

- può utilizzare, per le prenotazioni delle prestazioni garantite dal Piano Sanitario, la centrale operativa contattabile mediante il numero verde gratuito **800-016639**;
- l'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi e in presidi sanitari che garantiscono adeguati livelli di qualità e di efficienza.

All'atto dell'effettuazione della prestazione (che deve essere preventivamente autorizzata dalla Centrale Operativa), l'iscritto dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante, contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

- in caso di ricovero per grande intervento chirurgico dovrà inoltre sottoscrivere il modulo contenente gli impegni da Lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e, all'atto delle dimissioni, la documentazione di spesa (fatture e ricevute).
- all'atto della dimissione dall'istituto di cura non dovrà far altro che firmare un modulo contenente l'elenco dei servizi ricevuti e lasciare la richiesta del suo medico di fiducia, così che possa essere unita alla documentazione. Sarà il Fondo Fast ad occuparsi del pagamento e di ogni altra questione che dovesse presentarsi (escluse le spese non strettamente relative alla degenza: come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc. che vengono pagate direttamente dall'iscritto).
- il Fondo Fast - tramite la Società - provvederà a pagare alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate con i limiti poc'anzi enunciati e per le garanzie che prevedono l'utilizzo della rete di strutture convenzionate.
- in caso di **prestazione extraricovero**, l'iscritto dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

L'iscritto dovrà sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano Sanitario, o nel caso di garanzie che prevedono specifici minimi non indennizzabili, argomenti che affronteremo in dettaglio più avanti.

Attenzione:

Prima di avvalersi delle prestazioni in una struttura convenzionata, occorre accertarsi sempre, tramite gli operatori della Centrale Operativa, che i medici scelti all'interno della struttura abbiano aderito alla convenzione. È sufficiente contattare la Centrale Operativa per avere quest'informazione o il nominativo di medici in alternativa.

4.3. Prestazioni in strutture non convenzionate

Per garantire all'iscritto la più ampia facoltà possibile di determinare il proprio iter di cura, il Piano Sanitario prevede anche la facoltà dell'iscritto di avvalersi di strutture sanitarie private non convenzionate.

Il rimborso non sarà integrale, ma con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni.

All'atto delle dimissioni l'iscritto dovrà saldare le fatture e le note spese.

Per ottenerne il **rimborso**, l'iscritto deve inviare direttamente alla sede del Fondo la documentazione necessaria:

- il modulo di richiesta rimborso, che può trovare allegato alla presente guida;
- una copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero per grande intervento chirurgico;
- la prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico di base in caso di prestazioni extraricovero;
- documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Il pagamento di quanto spettante all'iscritto viene effettuato a cura ultimata, non appena il personale medico addetto avrà potuto vagliare il caso, in base alla documentazione ricevuta e alle informazioni che l'iscritto stesso avrà fornito.

L'iscritto deve consentire eventuali controlli medici disposti dal Fondo e fornire allo stesso ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il Fondo provvederà a rimborsare l'iscritto direttamente sul suo conto corrente, tenendo conto delle limitazioni (cioè parti della spesa a suo carico) che il piano prevede.

4.4. Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Avvalersi di strutture sanitarie private vuol dire godere di notevoli vantaggi, in termini di professionalità tecnica, comfort nell'accoglienza del paziente e qualità del servizio prestato. Ma non bisogna dimenticare che in Italia anche il servizio pubblico mette a disposizione dei cittadini ottime soluzioni di cura, alcune delle quali veramente convenienti e all'avanguardia.

Nel caso in cui l'iscritto decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., il Piano Sanitario

predisporre due soluzioni, tra loro in alternativa, per il recupero delle spese che dovessero essere comunque effettuate all'interno delle strutture pubbliche:

- qualora l'iscritto sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il Piano Sanitario rimborsa integralmente quanto anticipato dall'iscritto;
- corresponsione in alternativa di un'indennità sostitutiva giornaliera in caso di ricovero per grande intervento chirurgico, le cui modalità descriveremo più avanti (par. 5.5).

4.5. Professione intramuraria

Una recente normativa dello Stato prevede la creazione di reparti a pagamento anche negli ospedali pubblici. Se, quindi, il ricovero in un ospedale pubblico avviene con questa formula, il costo rimane a carico del paziente. Il Fondo, però, rimborserà le prestazioni con modalità varianti a seconda che il reparto a pagamento della struttura pubblica sia o meno convenzionato. Nei due casi valgono le norme appena esposte (par. 4.2 e 4.3).

5. Le prestazioni del Piano Sanitario

Il Piano Sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto dopo la data di effetto del piano sanitario per le seguenti prestazioni:

- **ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per grande intervento chirurgico, intendendo per tali quelli elencati al successivo punto 9;**
- **prestazioni di alta specializzazione extraricovero;**
- **ticket sanitari per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici;**
- **trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio;**
- **gravidanza;**
- **prevenzione;**
- **servizi di consulenza.**

5.1. Ricovero a seguito di malattia e infortunio per grande intervento chirurgico

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora l'iscritto venga ricoverato per un grande intervento chirurgico, intendendo per tali quelli elencati al successivo punto 9, può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente garanzia è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
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.
Assistenza medica, medicinali, cure	Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.
Rette di degenza	Non sono comprese nella prestazione le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 200,00 al giorno.
Accompagnatore	Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato, la garanzia è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
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 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

Nel caso di utilizzo di **strutture convenzionate** ed effettuate da **medici convenzionati**, le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse, ad eccezione di un minimo non indennizzabile di **€ 700,00** che l'iscritto dovrà versare alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie.

In caso di ricovero in **strutture non convenzionate**, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'iscritto con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a **€ 1.500,00**, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie.

Tale modalità di erogazione delle prestazioni sarà attivata nel solo caso in cui, nell'ambito territoriale indicato, non siano presenti strutture sanitarie convenzionate. Diversamente, resta inteso che l'iscritto dovrà avvalersi di una struttura sanitaria convenzionata, scegliendola fra tutte quelle convenzionate.

Il rimborso avverrà nel limite di un plafond di **€ 6.000,00** per intervento.

Qualora venga effettuato in una **struttura convenzionata** un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di **personale medico non convenzionato**, tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate (quindi con l'applicazione del minimo non indennizzabile di € 1.500,00 e con un plafond di € 6.000,00 per intervento).

Qualora il ricovero avvenga in una **struttura del Servizio Sanitario Nazionale**, verranno rimborsate integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ed esempio le spese per un'eventuale cameretta a pagamento) rimasti a carico dell'iscritto. In questo caso, però, l'iscritto non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva (par. 5.5).

5.2. Trasporto sanitario a seguito di grande intervento chirurgico

Sono rimborsate le spese di trasporto dell'iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 1.000,00** per ricovero.

5.3. Protesi ortopediche

Sono rimborsate le spese sostenute per l'acquisto e/o l'applicazione di protesi ortopediche nel limite annuo di **€ 500,00** per persona.

5.4. Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, sono rimborsate le spese previste ai punti 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio

per grande intervento chirurgico” e 6.2 “Trasporto sanitario a seguito di grande intervento chirurgico” con i relativi limiti in essi 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 prestazione prevede 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.

5.5. Indennità sostitutiva per grande intervento chirurgico

L'iscritto, qualora non richieda alcun rimborso al Fondo, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **€ 60,00** per ogni giorno di ricovero per un massimo di **90** giorni per ricovero.

Come già detto, per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere gli importi suindicati per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

5.6. Limite di spesa annuo dell'area ricovero

Il Piano Sanitario prevede un limite di spesa annuo che ammonta a **€ 75.000,00** per anno associativo e per persona.

Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta, non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni. La copertura riprenderà l'anno successivo per gli eventi che accadessero nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente.

5.7. Prestazioni di Alta specializzazione (diagnostica e terapia)

Alta diagnostica di immagine

- Risonanza Magnetica (RM)
- Tomografia Computerizzata (TC)
- Tomografia ad Emissione di Positroni (PET)
- Scintigrafia d'organo

Terapie

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

Diagnostica radiologica tradizionale

- RX di Organo o Apparato con Contrasto
- Clisma opaco semplice e a doppio Contrasto
- Colangiografia
- Colecistografia
- Mammografia
- Scialografia
- Urografia
- Tomografia (Stratigrafia) di Organi o Apparati
- Rx colonna vertebrale totale anche senza mezzo di contrasto

Ecografia

- Ecografia con Sonda Endogena
- Eco doppler Cardiaco compreso Color

Esami contrastografici

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Colangiografia
- Isterosalpingografia

Diagnostica strumentale

- Esofagogastroduodenoscopia
- Elettromiografia
- Elettroencefalogramma
- Isteroscopia Diagnostica

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie** e di **personale convenzionati**, le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'iscritto di **€ 75,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'iscritto si rivolga a **strutture sanitarie** o a **personale non convenzionati** le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **75%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 80,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Per ottenere il rimborso, è necessario allegare alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto. In questo caso, visto che generalmente l'impegnativa del medico di base viene ritirata all'atto della prenotazione, è sufficiente inviare, insieme al ticket da rimborsare, la fotocopia dell'impegnativa stessa.

**La disponibilità annua per la presente garanzia
è di € 3.000,00 euro per persona.**

5.8. Ticket sanitari per visite specialistiche e accertamenti diagnostici

Sono rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio, effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale, con l'esclusione delle visite e degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme al ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

**La disponibilità annua per la presente garanzia
è di € 700,00 euro per persona.**

5.9. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

Il Fondo Fast provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte 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.

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.

- kinesiterapia
- chiropratica
- ionoforesi
- ultrasuoni
- radar
- massoterapia
- magnetoterapia

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie** e di **personale convenzionati**, le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture medesime, lasciando una quota a carico dell'iscritto pari a **€ 40,00** per ogni trattamento fisioterapico o ciclo di terapia, che dovrà essere versata

dall'iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione medica come sopra indicato.

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto. In questo caso, visto che generalmente l'impegnativa del medico di base viene ritirata all'atto della prenotazione, è sufficiente inviare, insieme al ticket da rimborsare, la fotocopia dell'impegnativa stessa.

**La disponibilità annua per la presente garanzia
è di 450,00 euro per persona.**

5.10. Gravidanza

Il Fondo provvede al rimborso delle spese sostenute in gravidanza.

Sono comprese nella prestazione le ecografie e le analisi clinico chimiche che potranno essere effettuate, sempre a rimborso, anche nelle strutture sanitarie convenzionate a tariffe agevolate (in questo caso è necessario il preventivo ricorso alla Centrale Operativa). Ai fini del rimborso, è necessario che dalla documentazione inviata si evinca che la prestazione sia stata effettuata in gravidanza.

Nel caso in cui il limite di spesa annuo previsto non sia stato utilizzato completamente per le prestazioni effettuate durante la gravidanza in occasione del parto, e previa presentazione della relativa cartella clinica, verrà riconosciuta all'iscritta una indennità forfetaria pari all'importo residuo di limite di spesa annua non utilizzato precedentemente.

**La disponibilità annua per la presente garanzia
è di 200,00 euro per persona.**

5.11. Prevenzione biennale

Il Fondo provvede al pagamento delle prestazioni di prevenzione effettuate una volta ogni due anni in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla centrale operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- Prelievo venoso
- ALT
- AST
- Colesterolo totale
- Trigliceridi
- Azotemia
- Glicemia
- Creatinina
- Pap Test (con età superiore a 40 anni)

- PSA (con età superiore ai 45 anni)

5.12. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde appositamente predisposto per il Fondo Fast dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia seguito dal numero 0516389046.

a) informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

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**.

c) pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'iscritto necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

6. Casi di non operatività del piano

Il Piano Sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di garanzia prevista; nel nostro caso non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano Sanitario. Il piano sanitario non è operante per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici¹ o di malformazioni² preesistenti alla stipulazione del piano sanitario;

¹ per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

² per malformazione si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- 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 piano sanitario);
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'iscritto di 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'iscritto 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;
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'iscritto;
- 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;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

La Centrale Operativa è in ogni caso a disposizione degli iscritti per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in merito a situazioni di non immediata definibilità.

7. Alcuni chiarimenti importanti

7.1. Estensione territoriale

Il piano sanitario ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia.

7.2. Limiti di età

Il piano sanitario può essere stipulato o rinnovato per il singolo iscritto fino a quando lo stesso permanga in rapporto di lavoro dipendente secondo il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro per i dipendenti da aziende del settore Turismo.

7.3. Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

A) prestazioni in strutture sanitarie convenzionate

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'iscritto.

B) prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate

La documentazione di spesa in originale viene restituita all'iscritto con cadenza mensile.

8. Strutture convenzionate

Le case di cura e i centri di analisi convenzionati sono continuamente in evoluzione, grazie all'attività di uno staff specializzato nella ricerca delle migliori strutture.

Per disporre della migliore informazione su questo aspetto, occorre fare sempre riferimento alla centrale operativa, telefonando al numero verde **800-016639**.

9. Elenco grandi interventi chirurgici

Testa e collo

- Interventi su Naso Bocca, Faringe, Laringe per patologie oncologiche maligne
- Ricostruzione della catena ossiculare dell'orecchio
- Rimozione di neoplasie cerebrali (qualsiasi tecnica)
- Emorragie cerebrali
- Terapia chirurgica dell'epilessia
- Interventi sull'ipofisi (qualsiasi tecnica)
- Neurinoma dell'acustico
- Asportazione di tumori glomici timpano giugulari
- Tiroidectomia Totale
- Rimozione di struma mediastinico
- Tiroidectomia Allargata per patologie oncologiche maligne
- Interventi sulle Paratiroidi in caso di neoplasia maligna
- Interventi sulla parotide in caso di neoplasia maligna

Apparato visivo

- Interventi per neoplasie della cavità e del globo oculare
- Interventi di enucleazione del globo

Torace

- Interventi sul mediastino per patologie oncologiche
- Patologie chirurgiche del dotto toracico
- Fistole bronchiali
- Neoplasie della trachea e dei bronchi
- Neoplasie del polmone
- Neoplasie della pleura

Mammella

- Interventi chirurgici sulla mammella per patologie oncologiche maligne escluse le protesi

Apparato cardiovascolare

- Tromboendoarteriectomia
- Interventi sui grandi vasi per via toracotomica
- Interventi sulla Aorta per Aneurismi Dissecanti
- Aneurismi dell'aorta addominale
- Interventi per tumori cardiaci
- Pericarditi di interesse chirurgico
- Interventi di cardiocirurgia sia a cuore aperto sia con metodiche esterne ad esclusione degli interventi transvascolari e applicazione di dispositivi regolatori del ritmo cardiaco

Esofago e Diaframma

- Resezione parziale o totale qualsiasi causa
- Ricostruzione ed esofagoplastica
- Interventi sul diaframma per esiti di neoplasie maligne
- Ricostruzione del diaframma per lesioni traumatiche

Stomaco e duodeno

- Resezione gastrica no per via endoscopica
- Gastrectomia totale no per via endoscopica
- Ostruzione duodenale da compressione vascolare no per via endoscopica

Parete addominale

- Interventi per patologia neoplastica maligna dell'uraco e dei residui del dotto onfalo-mesenterico
- Metastasi della parete addominale

Cavità peritoneale

- Patologia oncologica maligna primitiva o metastatica sia del peritoneo che del retroperitoneo.
- Ascite carcinomatosa

Fegato e milza

- Resezione epatica
- Cisti da echinococco
- Ascesso epatico
- Patologia oncologica maligna sia primitiva che metastatica
- Splenectomia qualsiasi causa
- Interventi per ipertensione portale

Vie biliari

- Empiema della colecisti
- Interventi per patologia oncologica maligna
- Ricostruzione delle vie biliari

Pancreas

- Pancreatite acuta e cronica
- Ascesso pancreatico
- Tumori endocrini
- Interventi per altre neoplasie pancreatiche
- Cisti, pseudocisti o fistole per via laparotomica

Intestino tenue

- Asportazione totale o parziale per gravi patologie infiammatorie o sistemiche (Sclerodermia, Panarterite nodosa, Lupus etc)
- Interventi per patologie oncologiche maligne.

Colon Retto e canale anale

- Colectomia totale o parziale qualsiasi causa
- Colostomia e ileostomia totale o parziale qualsiasi causa
- Interventi per patologie oncologiche maligne

Ginecologia

- Isterectomia totale ed allargata per patologia oncologica maligna
- Annessiectomia totale ed allargata per patologia oncologica maligna
- Interventi su genitali esterni, vulva e vagina per patologia oncologica maligna
- Mola vescicolare

Urologia

- Neoplasie maligne della prostata
- Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile
- Neoplasie maligne dell'uretra, della vescica, dell'uretere, del rene
- Asportazione del surrene qualsiasi patologia

Midollo e Nervi periferici

- Ernie discali del tratto cervicale
- Neoplasie del midollo primitive o secondarie
- Neoplasie maligne dei nervi periferici
- Interventi sul plesso brachiale

Ossa ed articolazioni

- Tubercolosi osteoarticolare di interesse chirurgico
- Resezione di corpi vertebrali
- Interventi di resezione ossea per gravi osteomieliti
- Amputazioni di arti qualsiasi causa
- Interventi per patologia oncologica maligna primitiva o secondaria
- Interventi di protesizzazione di spalla,gomito,anca e ginocchio

Qualsiasi Trapianto di Organo

11. informativa sull'uso dei dati personali

La informiamo sull'uso dei suoi dati personali, comuni e sensibili idonei a rivelare lo stato di salute, per finalità assistenziali ed assicurative e sui suoi diritti ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo n. 196 del 2003 (codice in materia di protezione dei dati personali).

11.1. Trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative e liquidative³

Al fine di fornirLe i servizi di assistenza sanitaria ed assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa per i dipendenti da aziende del settore Turismo (FAST) e le Compagnie di Assicurazioni Fondiaria SAI S.p.A. e UniSalute S.p.A. devono disporre di dati personali che La riguardano – alcuni dei quali ci debbono essere forniti per obbligo di legge⁴ da Lei o da altri soggetti⁵ – e devono trattarli, nel quadro delle finalità assicurative secondo le ordinarie e molteplici attività e modalità operative dell'assicurazione. Le chiediamo, di conseguenza, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi.

Il consenso che Le chiediamo riguarda anche i dati sensibili⁶ – ed in particolare quelli idonei a rivelare lo stato di salute dell'interessato – strettamente inerenti alla fornitura dei servizi previsti dal Piano Sanitario in essere, garantiti con relativa polizza assicurativa, il trattamento dei quali, come il trattamento delle altre categorie di dati oggetto di particolare tutela⁷, è ammesso, nei limiti in concreto strettamente necessari, dalle relative autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali.

Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a

³ la "finalità assicurativa" richiede necessariamente, tenuto conto anche della Raccomandazione del Consiglio d'Europa REC (2002)9, che i dati siano trattati: per la predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione, di concerto con il fondo FAST, con la compagnia di Assicurazioni Fondiaria SAI S.p.A. e con altre compagnie del Gruppo Unipol, delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi; gestione e controllo interno; attività statistico-tarifarie.

⁴ ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.

⁵ ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che La riguarda (contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato, beneficiario ecc.); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione ecc.); soggetti che, per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici, per i quali si rinvia alla nota n. 6.

⁶ cioè dati di cui all'articolo 4, comma 1, lettera d), del Codice, quali non solo i dati relativi allo stato di salute, ma anche quelli idonei a rivelare convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, attinenti le opinioni politiche, sindacali e religiose.

⁷ ad esempio: dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini.

quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra Lei e la Società UniSalute S.p.A., i dati, secondo i casi, possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o aventi natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la cosiddetta "catena assicurativa"⁸.

In particolare, i suoi dati saranno trattati anche dal fondo FAST con sede in via Toscana, 1 – 0087 Roma – fax 0642034675.

I suoi dati personali ed identificativi confluiranno in una Anagrafica Clienti del Gruppo Unipol.

Il consenso che Le chiediamo riguarda, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni

⁸ secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:

- assicuratori, coassicuratori (indicati nel contratto) e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim; legali; periti e medici;
- società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, tra cui centrale operativa di assistenza (indicata nel contratto), società di consulenza per tutela giudiziaria (indicata nel contratto), clinica convenzionata (scelta dall'interessato); società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela) (indicate sul plico postale); società di revisione e di consulenza (indicata negli atti di bilancio); società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti;
- società del Gruppo a cui appartiene la Società Unisalute (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- ANIA – Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (Via della Frezza, 70 – Roma), per la raccolta, elaborazione e reciproco scambio con le imprese assicuratrici, alle quali i dati possono essere comunicati, di elementi, notizie e dati strumentali all'esercizio dell'attività assicurativa e alla tutela dei diritti dell'industria assicurativa rispetto alle frodi;
- organismi consortili propri del settore assicurativo – che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate, alle quali i dati possono essere comunicati – quali: Pool Italiano per la Previdenza Assicurativa degli Handicappati (Via dei Giuochi Istmi, 40 – Roma); commissari liquidatori di imprese di assicurazione poste in liquidazione coatta amministrativa (provvedimenti pubblicati nella Gazzetta Ufficiale), per la gestione degli impegni precedentemente assunti e la liquidazione dei sinistri; ISVAP – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo (Via del Quirinale, 21 – Roma), ai sensi della legge 12 agosto 1982, n. 576, e della legge 26 maggio 2000, n. 137;
- nonché altri soggetti, quali: UIC – Ufficio Italiano dei Cambi (Via IV Fontane, 123 – Roma), ai sensi della normativa antiriciclaggio di cui all'art. 13 della legge 6 febbraio 1980, n. 15; Casellario Centrale Infortuni (Via Roberto Ferruzzi, 38 – Roma), ai sensi del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38; CONSOB – Commissione Nazionale per le Società e la Borsa (Via G. B. Martini, 3 – Roma), ai sensi della legge 7 giugno 1974, n. 216; COVIP – Commissione di vigilanza sui fondi pensione (Via in Arcione, 71 – Roma), ai sensi dell'art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Ministero del lavoro e della previdenza sociale (Via Flavia, 6 – Roma), ai sensi dell'art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS (Via Ciro il Grande, 21 – Roma); Ministero dell'economia e delle finanze – Anagrafe tributaria (Via Carucci, 99 – Roma), ai sensi dell'art. 7 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 605 e dell'art. 32 del D.P.R. del 29 settembre 1973, n. 600; Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF; VV.UU.); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo di tutti i predetti soggetti è costantemente aggiornato e può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente chiedendolo al "Responsabile per il riscontro agli interessati" indicato nell'informativa oppure consultando il sito Internet www.unisalute.it.

e trasferimenti, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti. Precisiamo che senza i Suoi dati non potremmo fornirLe, in tutto o in parte, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati.

11.2. Modalità di uso dei dati personali

I dati sono trattati⁹ dal fondo FAST, dalla Fondiaria SAI S.p.A. e dalla UniSalute S.p.A. – titolare del trattamento – solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirLe i servizi di assistenza sanitaria e/o prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti ovvero, limitatamente ai dati comuni e qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche e attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati per i suddetti fini ai soggetti già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa.

I dati sono trattati da incaricati e collaboratori, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità alle istruzioni ricevute, sempre e soltanto per il conseguimento delle predette finalità; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia – operanti talvolta anche all'estero – che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa¹⁰; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Il consenso sopra più volte richiesto comprende, ovviamente, anche le modalità, procedure, comunicazioni e trasferimenti qui indicati.

11.3. Diritti dell'interessato

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso i singoli Titolari di trattamento, cioè presso la Unisalute S.p.A. ed i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento¹¹.

⁹ il trattamento può comportare le seguenti operazioni previste dall'articolo 4, comma 1, lettera a), del Codice: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.

¹⁰ questi soggetti sono società o persone fisiche nostre dirette collaboratrici e svolgono le funzioni di responsabili del nostro trattamento dei dati. Nel caso invece che operino in autonomia come distinti "titolari" di trattamento rientrano, come detto, nella cosiddetta "catena assicurativa" con funzione organizzativa.

¹¹ tali diritti sono previsti e disciplinati dagli articoli 7-10 del Codice. La cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. L'opposizione può essere sempre esercitata nei riguardi del materiale commerciale pubblicitario, della

Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, Lei può consultare il sito internet www.unisalute.it oppure rivolgersi al “Responsabile per il riscontro agli interessati” presso UniSalute S.p.A. – Via del Gomito, 1 - 40127 Bologna (BO) - Fax: 051/320.961 – e-mail: privacy@unisalute.it.

Relativamente al trattamento effettuato dalla Fondiaria SAI S.p.A. per l'esercizio dei Suoi diritti Lei può consultare il sito internet www.fondiaria-sai.it oppure rivolgersi all'ufficio privacy, presso Fondiaria SAI S.p.A., Corso Galileo Galilei, 12 - 10126 Torino (TO) - fax 0116533613.

Relativamente al trattamento effettuato dal fondo Fast per l'esercizio dei Suoi diritti Lei può consultare il sito internet www.fondofast.it oppure rivolgersi al “Responsabile per il riscontro agli interessati” presso fondo FAST, via Toscana, 1 – 00187 Roma (RM) – fax 0642034675.

vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

