



A.N.M.V.I.

Fondo Sanitario A.N.M.V.I.

MARSH

I.C.

In collaborazione con Marsh S.p.A.

L'ANMVI in collaborazione con MARSH S.p.A., divisione italiana della MARSH Inc. - leader mondiale del settore - ha costituito un Fondo Integrativo Sanitario per la Categoria Veterinaria.

La MARSH è il primo broker al mondo in questo settore. Presente in oltre 100 Paesi, con più di 50.000 dipendenti, gestisce fondi per oltre 800.000 miliardi di lire.

L'iniziativa dell'ANMVI nasce dalle sollecitazioni avanzate da molti Colleghi che hanno espresso l'esigenza di un servizio che, già attivo e collaudato con successo presso altre categorie professionali, possa garantire una forma d'assistenza sanitaria alternativa o integrativa rispetto a quella prevista dal Servizio Sanitario Nazionale.

Questi fondi sono previsti e regolamentati dal Decreto Legislativo N° 460/97 e offrono condizioni di assistenza sanitaria integrativa ai sensi di legge.

- *il Fondo copre i costi di qualsiasi prestazione sanitaria ricevuta dall'aderente al Fondo o dai suoi familiari*
- *non essendo una polizza assicurativa ma un Fondo di Solidarietà della Categoria, dà ampie garanzie, senza rischio di revoca o sospensione, a costi nettamente inferiori rispetto a qualsiasi altra formula assicurativa*
- *l'adesione al Fondo è volontaria e aperta a tutti gli iscritti ad una delle Associazioni Federate ANMVI in regola con la quota associativa*

1. ISCRIVERSI SUBITO AL FONDO SANITARIO ANMVI CONVIENE PERCHÉ:

- § il Fondo Sanitario ANMVI è gestito con esperienza e con professionalità dalla MARSH S.p.A., leader mondiale del settore che ne garantisce tutti gli aspetti finanziari, ed è amministrato dall'ANMVI attraverso un proprio Consiglio di Amministrazione, a tutela degli interessi dei medici veterinari aderenti.
- § permette di fornire concrete risposte ai nostri bisogni sia in materia di assistenza sanitaria che di copertura di qualsiasi spesa sanitaria sostenuta anche a seguito di infortunio subito in ambito professionale o privato;
- § comprende tutto il nucleo familiare;
- § offre prodotti definiti in base alle specifiche esigenze della Categoria Veterinaria;
- § comporta costi di adesione molto ridotti e concorrenziali;
- § i Medici Veterinari che vi aderiscono da subito sono privilegiati e protetti.

2. COME ISCRIVERSI

Dal 1° ottobre al 30 novembre 2000 verranno raccolte le adesioni dei Medici Veterinari interessati, i quali potranno scegliere fra 3 diversi piani di copertura per l'assistenza sanitaria. Per finalizzare l'adesione basta compilare in ogni sua parte il modulo allegato. Nel corso del mese di dicembre il Fondo provvederà a richiedere il versamento del contributo.

Le adesioni saranno operative a partire dal 1° gennaio 2001.

- § chi non aderisce entro il 30 Novembre 2000 potrà iscriversi al Fondo Sanitario A.N.M.V.I. solo il 31 dicembre 2003;
- § è possibile passare da un piano sanitario all'altro solo alla scadenza dell'annualità e soltanto per passare ad una opzione di livello superiore (si vedano le opzioni offerte).

3. I TRE PIANI DI ASSISTENZA SANITARIA

- § Sono stati individuati tre piani sanitari di diverso contenuto e ampiezza di copertura;
- § la copertura è estesa al nucleo familiare;
- § è possibile passare da un'opzione all'altra ma solo al termine dell'annualità e soltanto optando per un piano più ampio.

4. COSTO ANNUO PER NUCLEO FAMILIARE (comprensivo del costo di gestione)

- § **Opzione minima:** Lit. 200.000
- § **Opzione media:** Lit. 1.700.000
- § **Opzione massima:** Lit. 2.600.000

5. NUCLEO FAMILIARE GARANTITO

Le nostre coperture sono estese all'intero nucleo familiare del socio.

6. LE TRE OPZIONI PER L'ASSISTENZA SANITARIA

OPZIONE MINIMA (Lit. 200.000)

Grandi interventi chirurgici:

massimo di **Lit. 200.000.000** (nessuna franchigia)

- § rette di degenza senza limiti di spesa;
- § accertamenti diagnostici effettuati fino a 120 gg prima del ricovero e accertamenti e cure effettuate nei 120 gg successivi al ricovero;
- § vitto e pernottamento in istituto di cura o in struttura alberghiera per un accompagnatore con un massimo di **Lit. 100.000** al giorno ed un massimo di 30 gg;
- § Trasporto all'istituto di cura anche all'estero con un massimo di **Lit. 3.000.000**.
- § Indennità sostitutiva giornaliera (solo nel caso in cui il ricovero sia a totale carico del S.S.N.): **Lit.150.000** con un massimo di 90 gg.

OPZIONE MEDIA (Lit. 1.700.000)

Ricoveri con o senza intervento chirurgico:

massimo di **Lit. 150.000.000** (nessuna franchigia)

- § rette di degenza senza limiti di spesa;
- § accertamenti diagnostici effettuati fino a 120 gg prima del ricovero e accertamenti e cure effettuate nei 120 gg successivi al ricovero;
- § interventi chirurgici ambulatoriali;
- § vitto e pernottamento in istituto di cura o in struttura alberghiera per un accompagnatore con un massimo di **Lit. 100.000** al giorno ed un massimo di 30 gg;
- § Trasporto all'istituto di cura anche all'estero con un massimo di **Lit. 3.000.000**.

Grandi interventi chirurgici:

massimo di **Lit. 300 milioni** (nessuna franchigia)

Parto non cesareo

Rette di degenza con il limite massimo di Lit. 150.000 al giorno. Onorari medici, accertamenti diagnostici, cure, medicinali, esami riguardanti il periodo di ricovero anche per il neonato.

Indennità sostitutiva giornaliera

(Solo nel caso in cui il ricovero sia a totale carico del S.S.N.)

- § **Lit. 150.000** al giorno con un massimo di 90 gg in caso di ricovero con intervento chirurgico;
- § **Lit 100.000** al giorno con un massimo di 90 gg in caso di ricovero senza intervento chirurgico;

Indennità di convalescenza

(solo a seguito di ricovero di almeno 20 gg con intervento chirurgico)

- § **Lit. 50.000** al giorno con un massimo di 90 gg in caso di ricovero con intervento chirurgico;

Extraospedaliere:

massimo di **Lit. 5.000.000** (scoperto per evento: 10% minimo Lit. 25.000)

- § Agopuntura (se effettuata da medico)
- § Angiografia;
- § Arteriografia;
- § Coronarografia;
- § Chemioterapia;
- § Cobaltoterapia;
- § Diagnostica radiologica;
- § Dialisi;
- § Doppler;
- § Ecografia;
- § Elettrocardiografia;
- § Laserterapia;
- § Risonanza magnetica nucleare;
- § Scintigrafia;
- § TAC;
- § Telecuore;
- § Endoscopia (tutti gli esami di tipo invasivo).

Visite specialistiche quali: analisi, visite, esami diagnostici e di laboratorio se non rientranti nei capitoli di spesa relativi a ricoveri con o senza intervento chirurgico e alle extraospedaliere con un massimo di **Lit. 1.500.000**.

(Scoperto per evento: 20% minimo Lit. 100.000).

Protesi ortopediche: massimo di **Lit. 2.000.000**. La garanzia è prestata con franchigia di **Lit. 50.000** per evento

OPZIONE MASSIMA (Lit. 2.600.000)

(Sono valide tutte le condizioni della opzione media con le seguenti variazioni o integrazioni):

Ricoveri con o senza intervento chirurgico:

massimo di **Lit. 300.000.000** (nessuna franchigia)

Grandi interventi chirurgici:

massimo di **Lit. 500.000.000**

Extraospedaliere:

massimo di **Lit. 10.000.000** (scoperto per evento: 10% minimo Lit. 25.000).

Visite Specialistiche quali: analisi, visite, esami diagnostici e di laboratorio se non rientranti nei capitoli di spesa relativi a ricoveri con o senza intervento chirurgico e alle extraospedaliere con un massimo di **Lit. 3.500.000**.

(Scoperto per evento: 20% minimo Lit. 100.000).

Cure dentarie:

massimo di **Lit. 2.500.000** (scoperto per evento: 20% minimo Lit. 300.000).

7. CENTRALE OPERATIVA “FILO DIRETTO”

**PER L’OPZIONE MEDIA E PER L’OPZIONE MASSIMA
OPERA LA CENTRALE OPERATIVA “FILO DIRETTO”
(24h SU 24h)**

Questo comporta:

- § consulti medici telefonici notturni e festivi;
- § invio gratuito di un medico in casi d’urgenza (max 3 volte all’anno);
- § consegna gratuita di farmaci a domicilio (max 3 volte all’anno);
- § trasporto gratuito in autoambulanza in Italia (max 3 volte all’anno);
- § assistenza infermieristica (solo reperimento del personale);
- § rete sanitaria convenzionata;
- § gestione gratuita dell’appuntamento (tel. 800/24079 oppure 800/24080);
- § consulenza nazionale ed internazionale nei settori cardiologico ed oncologico. (*In questi casi, a richiesta, ricerca dello specialista con: organizzazione logistica trasferimento, traduzione cartella clinica, check-up oncologico ed informazioni ai familiari*).

8. PRINCIPALI ESCLUSIONI**§ LIMITI DELLE PRESTAZIONI**

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

- ◆ intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- ◆ infortuni sofferti sotto l’influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico); in conseguenza di proprie azioni delittuose; derivanti da partecipazione a gare professionistiche e relative prove ed allenamenti; derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni o alluvioni;
- ◆ conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell’atomo, come pure di radiazioni provocate dall’accelerazione artificiale di particelle atomiche.
- ◆ malattie mentali (incluse nevrosi e psiconevrosi);

Le prestazioni ammesse al rimborso presuppongono l’esistenza dello stato di malattia e/o di infortunio. Se mancano tali presupposti ovviamente le prestazioni non possono considerarsi rimborsabili.

In particolare, quindi, non sono rimborsabili:

- ◆ tutte le prestazioni mediche intese ad eliminare o correggere difetti fisici preesistenti all’iscrizione;
- ◆ chirurgia plastica a scopo estetico;
- ◆ visite per abilitazioni sportive, per patenti e simili.

§ PERSONE NON ASSOGGETTABILI ALLA PRESTAZIONE

Le persone affette da infermità mentali, tossicodipendenza, alcoolismo, epilessia, paralisi, delirium tremens, non sono assoggettabili alla prestazione e la prestazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall’articolo 1898 del Codice Civile.

DOMANDE E RISPOSTE

Per attivare la copertura, come posso iscrivermi?

È sufficiente compilare il modulo di adesione ed inviarlo via fax alla segreteria A.N.M.V.I. al numero 0372/457091. Nel corso del mese di dicembre il Fondo invierà agli aderenti la richiesta di contribuzione e la copertura decorrerà dal 1° gennaio 2001.

Dal punto di vista finanziario quali sono le garanzie di copertura del Fondo?

Essendo il Fondo gestito dalla MARSH che, leader mondiale del settore gestisce fondi per oltre 800.000 miliardi di lire, tutti i sottoscrittori hanno la massima garanzia di serietà e correttezza operativa e finanziaria.

La copertura è estesa a tutto il nucleo familiare? I costi indicati sono relativi ad ogni singolo componente o a tutto il nucleo?

La copertura vale per tutto il nucleo familiare dell'iscritto intendendo il coniuge (o il convivente) ed i figli conviventi. È possibile anche inserire i genitori purché siano conviventi come da stato di famiglia. Il premio indicato è relativo alla copertura assicurativa dell'intero nucleo familiare.

Come faccio ad ottenere i rimborsi delle spese mediche sostenute e che tipo di documentazione devo presentare?

Ad ogni aderente verranno inviati alcuni moduli per la richiesta dei rimborsi, con tutte le istruzioni per la trasmissione dei documenti necessari. Naturalmente, in linea generale, sarà necessaria la fattura originale attestante la spesa e la diagnosi che attesti lo stato di malattia.

Come ricevo i rimborsi delle spese sostenute?

Direttamente sul tuo conto corrente. Per questo motivo è bene compilare esattamente il modulo di adesione anche nella parte relativa alle coordinate bancarie.

Cosa succede se il mio nucleo familiare subisce modifiche nel corso dell'anno?

A tutti gli aderenti verranno inviati dei moduli per la tempestiva comunicazione delle modifiche del nucleo familiare (ad es. in caso di matrimonio, nascita di un figlio ecc.).

Ho già in corso una polizza sanitaria assicurativa che scade fra due anni. Posso comunque aderire al Fondo Sanitario ANMVI?

Puoi certamente aderire. Se la tua polizza ti dà già una buona copertura puoi iniziare sottoscrivendo l'opzione minima di lit. 200.000 con la possibilità di passare ad opzioni superiori allo scadere della tua polizza, altrimenti puoi sempre scegliere l'opzione che ritieni più opportuna ad integrazione della polizza che hai in corso.

Ho già in corso una polizza sanitaria. Posso ottenere due rimborsi?

Sì, ma solo fino al limite della spesa sanitaria sostenuta. In questo caso la copertura del Fondo A.N.M.V.I. può operare ad integrazione della copertura sanitaria individuale.

La copertura è valida anche per le malattie diagnosticate antecedentemente all'iscrizione al Fondo?

Certo, il grande vantaggio dell'iscrizione al Fondo A.N.M.V.I. è proprio il fatto che sono incluse anche le malattie pregresse e che il socio non debba presentare alcun questionario anamnestico che è sempre fonte di discussione con le Compagnie di Assicurazione.

Dopo quanto tempo posso presentare la prima richiesta di rimborso?

Non vi sono periodi di attesa, neanche per la garanzia relativa al parto.

Se aderisco, posso decidere di interrompere la mia partecipazione al Fondo?

Certamente, ogni socio può decidere liberamente di interrompere la partecipazione al Fondo alla scadenza annuale dandone comunicazione scritta al Fondo entro il 31 ottobre di ogni anno. In questo caso, però, il socio non potrà più essere riammesso.

Quali privilegi e protezioni ho aderendo subito al Fondo?

Il limite di data per l'adesione al Fondo garantisce chi aderisce subito da eventuali sottoscrizioni avanzate dopo questa data e motivate esclusivamente dall'insorgere di un problema sanitario imprevisto.

Nel caso decidessi di essere ricoverato in una struttura pubblica che cosa mi riconosce il Fondo visto che l'assistenza sanitaria sarebbe comunque gratuita?

In questo caso il Fondo garantisce un'indennità sostitutiva giornaliera di Lire 150.000 per un massimo di 90 gg.

Posso decidere di cambiare opzione?

Sì, alla fine di ogni anno è possibile scegliere un'opzione diversa, ma soltanto passando dalle opzioni inferiori a quelle superiori.

Sono già iscritto ad una delle Associazioni Federate all'A.N.M.V.I., ma decido di non aderire al Fondo. Posso farlo successivamente?

Certamente, ma se perdi questa prima occasione non potrai più aderire al Fondo prima del 31/12/2003. Data la validità dell'iniziativa, ti conviene aderirvi fin da ora, anche solo con l'opzione minima che offre comunque grandi vantaggi, e riservarti per il futuro la possibilità di passare ad altre opzioni.

Posso detrarre il costo dalla mia dichiarazione dei redditi?

No, i costi non sono detraibili dalla dichiarazione di redditi.

Le spese sanitarie sostenute sono detraibili dalla mia dichiarazione dei redditi?

Sì, le spese sanitarie, anche se rimborsate, sono detraibili dalla dichiarazione dei redditi secondo le norme espressamente previste per tali tipi di oneri. Per questo motivo il Fondo restituisce le fatture originali direttamente all'indirizzo di ogni socio indicato nel modulo di adesione.

