



FONDO ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA  
LAVORATORI SERVIZI TESSILI E MEDICI AFFINI

GUIDA AL  
PIANO  
SANITARIO  
INTEGRATIVO  
**PROTEZIONE  
COVID-19**  
PER GLI  
ISCRITTI FASIIIL

*Copertura in vigore dal 1.01.2021 al 31.12.2021*

**Posteassicura**  
GruppoAssicurativoPostevita

**PosteWelfare**  
**Servizi**



GUIDA AL  
PIANO  
SANITARIO  
INTEGRATIVO  
**PROTEZIONE  
COVID-19**  
PER GLI ISCRITTI FASII

PRESTAZIONI PREVISTE

<b>A</b> <b>INDENNITÀ FORFETTARIA PER QUARANTENA OBBLIGATORIA</b>	Erogazione di un'indennità forfettaria per quarantena obbligatoria imposta dall'Autorità Sanitaria all'iscritto, a seguito di accertamento di positività al COVID-19, a prescindere dal livello di gravità dei sintomi.	<b>€ 400</b> UNA TANTUM
--	---	----------------------------

PRESTAZIONI PREVISTE

<b>B</b> <b>DIARIA DA RICOVERO PER POSITIVITÀ</b>	Erogazione di un'indennità giornaliera per ricovero presso una struttura sanitaria per cura di patologie derivanti dal COVID-19.	<b>€ 30</b> AL GIORNO
--	--	--------------------------

PRESTAZIONI PREVISTE

<b>C</b> <b>DIARIA DA RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA PER POSITIVITÀ</b>	Erogazione di un'indennità giornaliera per ricovero in reparto di terapia intensiva operativo presso una struttura sanitaria, per cura di patologie derivanti dal COVID-19.	<b>€ 40</b> AL GIORNO
---	---	--------------------------

**B** **C**

NUMERO COMPLESSIVO DI GIORNATE DI  
EROGAZIONE DELLE DUE DIARIE IN  
CASO DI RICOVERO: 40 GIORNI TOTALI

GUIDA AL  
PIANO  
SANITARIO  
INTEGRATIVO  
**PROTEZIONE  
COVID-19**  
PER GLI ISCRITTI FASII

PRESTAZIONI PREVISTE

<b>D</b> <b>INDENNITÀ FORFETTARIA POST TERAPIA INTENSIVA</b>	Erogazione di un'indennità a seguito di dimissioni da reparto di terapia intensiva operativo presso una struttura sanitaria nel quale l'assicurato sia stato ricoverato per la cura del COVID-19.	<b>€ 2.000</b> UNA TANTUM
---	---	------------------------------

PRESTAZIONI PREVISTE

<b>E</b> <b>INDENNITÀ FORFETTARIA POST TERAPIA SUB-INTENSIVA</b>	Erogazione di un'indennità «ridotta» a seguito di dimissioni da reparto di terapia sub-intensiva o assimilabile, operativo presso una struttura sanitaria nel quale l'assicurato sia stato ricoverato per la cura del COVID-19.	<b>€ 1.000</b> UNA TANTUM
---	---	------------------------------

## **PERSONE ASSICURABILI**

La polizza prevede la copertura dei lavoratori e dei relativi familiari iscritti a FASIL alla data del 01/01/2021.

## **REGOLE DI SOTTOSCRIZIONE ED ESCLUSIONI**

- Non è prevista la sottoscrizione di Questionario Anamnestico.
- Non sono previste carenze.

## **DURATA DELLA COPERTURA**

- Decorrenza retroattiva dal 01/01/2021 al 31/12/2021.

## **COME RICHIEDERE IL RIMBORSO**

In caso di contagio, a guarigione clinica avvenuta, l'Isritto dovrà inviare la richiesta di rimborso a Poste Assicura, utilizzando la specifica funzionalità all'interno dell'area riservata sul portale [www.postewelfareservizi.it](http://www.postewelfareservizi.it) tramite le credenziali di accesso che riceverà al proprio indirizzo di posta elettronica comunicato a suo tempo a FASIL.

## **DOCUMENTI A CORREDO DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO**

La corretta compilazione web della richiesta di rimborso necessita della seguente documentazione fornita in copia digitale (PDF, JPG):

- **DIARIA DA RICOVERO PER POSITIVITA' AL COVID-19**  
cartella clinica completa di diario clinico
- **DIARIA DA RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA PER POSITIVITA' AL COVID-19**  
cartella clinica completa di diario clinico
- **INDENNITÀ POST TERAPIA INTENSIVA E POST TERAPIA SUB-INTENSIVA**  
cartella clinica completa di diario clinico
- **INDENNITÀ DA QUARANTENA**
  - referto del tampone (molecolare o antigenico)
  - prescrizione per isolamento domiciliare.

**IL SEGUENTE DOCUMENTO NON SOSTITUISCE LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DI CUI L'ISCRITTO DEVE PRENDERE VISIONE**

# CONTATTI

## FASIIL

**DIREZIONE: 06.4575.9005**

*(attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00)*

Email: [fasiil@fasiil.it](mailto:fasiil@fasiil.it)

Sito web: [www.fasiil.it](http://www.fasiil.it)

## POSTE ASSICURA

**CONTACT CENTER: 800 178 535**

*Il servizio è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 17.00  
(dall'estero si può contattare il numero a pagamento 06-45402008)*

Sito web: [www.postewelfareservizi.it](http://www.postewelfareservizi.it)

## RECLAMI

Per presentare un reclamo relativo alle liquidazioni delle richieste di rimborso per le prestazioni previste in questa Guida operativa, è necessario inviare apposita comunicazione a Poste Assicura S.p.A., Ufficio Customer Care, Viale Europa 190 00144 - Roma, via fax al n° 06.5492.4402. o via e-mail all'indirizzo [reclami@posteassicura.it](mailto:reclami@posteassicura.it).

Qualora l'Assistito non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società. I reclami indirizzati all'IVASS dovranno contenere:

1. nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
2. individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
3. breve descrizione del motivo di lamentela;
4. copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
5. ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Per ogni controversia che dovesse insorgere tra il singolo Assicurato e le Società in merito all'indennizzabilità del sinistro o circa la misura degli indennizzi è competente il Foro della città in cui risiede l'Assicurato, cui le parti potranno ricorrere qualora non si riesca a comporla attraverso arbitri amichevoli da nominarsi in accordo tra le parti, entro novanta giorni dall'insorgere della contestazione.