



**Fondo Est**  
assistenza sanitaria integrativa  
commercio turismo servizi e settori affini

**VERSUCHSPROJEKT 2014**



**„LEITFADEN ZU DEN LEISTUNGEN ZUR UN-  
TERSTÜTZUNG  
DER PERSONEN MIT  
DAUERHAFTER INVALIDITÄT“**

**AB DEM 1. JANUAR SIEHT FONDO EST IN SEINEM GESUNDHEITSPLAN  
VERSUCHSWEISE AUCH GARANTIELEISTUNGEN ZUR UNTERSTÜTZUNG  
VON PERSONEN MIT DAUERHAFTER INVALIDITÄT VOR.**

## **1. EMPFÄNGER DER LEISTUNGEN:**

Empfänger dieser Garantieleistung sind die bei Fondo Est versicherten Arbeitnehmer, die die subjektiven Voraussetzungen laut Abschnitt 2 aufgrund eines Ereignisses (Krankheit oder Unfall) erfüllen, **das während des Krankenversicherungsschutzes und ab dem 1. Januar 2014 eingetreten ist.**

## **2. VORAUSSETZUNGEN DER EMPFÄNGER**

Die Empfänger der Leistungen sind die Versicherten, die während des Versicherungsschutzes folgendes aufweisen:

- a) Dauerhafte Invalidität aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit, die vom INAIL bescheinigt wurde und einem Invaliditätsgrad von 80% und mehr entspricht**
- b) Invalidität aufgrund einer vom INPS bescheinigten Krankheit, die einem Invaliditätsgrad von 80% und mehr entspricht.**

## **3. GEGENSTAND DER GARANTIELEISTUNG**

Bei Bestehen der subjektiven Voraussetzungen gemäß der Punkte 1 und 2 stellt der Fonds den Versicherten als einmalige Leistung eine Ausgabenobergrenze in folgender Höhe zur Verfügung:

- € 6.000 für einen Invaliditätsgrad von 80-90%
- € 8.000 für einen Invaliditätsgrad von 91-100%

Zur Erstattung der Kosten für die folgenden Leistungen:

- 1. Diagnostische/therapeutische und krankenpflegerische Gesundheitsleistungen zu Hause und/oder ambulant, sofern sie mit der Krankheit zusammenhängen (d.h. dazu dienen, die Krankheit zu überwachen oder ggf. eine funktionelle Wiederherstellung herbeizuführen) oder die andernfalls in Form der Hauspflege notwendig sind, weil eine bescheinigte Behinderung vorliegt.**
- 2. Physiotherapeutische Leistungen, sofern sie mit der Krankheit zusammenhängen (d.h. dazu dienen, ggf. eine funktionelle Wiederherstellung herbeizuführen) oder die andernfalls in Form der Hauspflege notwendig sind, weil eine bescheinigte Behinderung vorliegt**

3. **Sanitäre Apparate und Hilfsmittel (gekauft und/oder geliehen)**
4. **Apparate zur Unterstützung bei Bewegungseinschränkungen (z.B. Treppenlift, Fahrzeuge zur Unterstützung der Bewegungen usw.)**
5. **Psychologische/psychiatrische Betreuung**
6. **Hilfspersonal für die normalen täglichen Verrichtungen (Pfleger, Haushaltshilfe)**

Die zur Erstattung zugelassenen Leistungen müssen innerhalb von höchstens zwei Jahren nach der Bescheinigung der Invalidität erbracht werden.

Es wird auf jeden Fall die Erstattung für die Leistungen gewährleistet, die im Zeitraum zwischen dem Datum des Antrags auf Anerkennung der Invalidität und dem Datum der Bescheinigung erbracht wurden.

Bei Verschlechterung und Anerkennung eines höheren Invaliditätsgrads, der Anspruch auf eine höhere Ausgabenobergrenze gibt, wird lediglich das Recht auf den Differenzbetrag (€ 2.000) zuerkannt und nicht die Verfügbarkeit der gesamten Ausgabenobergrenze der neuen Bezugsgruppe.

Die Personen, die die Voraussetzungen gemäß Punkt 1 und 2 dieses Gesundheitsplans erfüllen, **können die Leistungen auch nach dem Austritt aus dem Krankenversicherungsschutz des Fonds in Anspruch nehmen**, sofern diese Leistungen innerhalb von 2 Jahren ab dem Datum der Invaliditätsbescheinigung erbracht werden.

## **4. ERFORDERLICHE UNTERLAGEN**

Für die Erstattung ist das Einschicken der folgenden Unterlagen erforderlich:

- **Kopie des Kostenerstattungsformulars**
- **Kopie des Antrags auf Invalidität, aus der sich das Datum der Vorlage ergibt**
- **Kopie der INAIL/INPS-Bescheinigung der Invalidität und des Invaliditätsgrades**
- **Bei Invalidität aufgrund einer Krankheit oder einer Berufskrankheit ist eine Kopie der ärztlichen Unterlagen erforderlich, aus denen das Datum hervorgeht, an dem die Krankheit aufgetreten ist**
- **Kopie der ärztlichen Verschreibung (vgl. nachstehende Tabelle)**
- **Kopie der Ausgabenbelege**

ART DER LEISTUNG	ERFORDERLICHE UNTERLAGEN
Diagnostische/therapeutische und krankenpflegerische Gesundheitsleistungen zu Hause und/oder ambulant, sofern sie mit der Krankheit zusammenhängen (d.h. dazu dienen, die Krankheit zu überwachen oder ggf. eine funktionelle Wiederherstellung herbeizuführen) oder die andernfalls in Form der Hauspflege notwendig sind, weil eine bescheinigte Behinderung vorliegt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliche Verschreibung</li> <li>• Ausgabenbeleg</li> </ul>
Physiotherapeutische Leistungen, sofern sie mit der Krankheit zusammenhängen (d.h. dazu dienen, ggf. eine funktionelle Wiederherstellung herbeizuführen) oder die andernfalls in Form der Hauspflege notwendig sind, weil eine bescheinigte Behinderung vorliegt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliche Verschreibung</li> <li>• Ausgabenbeleg</li> </ul>
Sanitäre Apparate und Hilfsmittel (gekauft und/oder geliehen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliche Verschreibung</li> <li>• Ausgabenbeleg</li> </ul>
Apparate zur Unterstützung bei Bewegungseinschränkungen (z.B. Treppenlift, Fahrzeuge zur Unterstützung der Bewegungen usw.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausgabenbeleg</li> </ul>
Psychologische/psychiatrische Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliche Verschreibung</li> <li>• Ausgabenbeleg</li> </ul>
Hilfpersonal für die normalen täglichen Verrichtungen (Pfleger, Haushaltshilfe)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausgabenbeleg *</li> </ul>

\*

Hinsichtlich des Hilfspersonals für die normalen täglichen Verrichtungen (Pfleger, Haushaltshilfe) sind folgende Ausgabenbelege erforderlich:

**1. Vom Arbeitgeber ausgestellte Lohn-/Gehaltsabrechnung, aus der Folgendes hervorgeht:**

- Vor- und Zuname des Arbeitnehmers (Haushaltshilfe/Pfleger)
- Anzahl der Arbeitsstunden
- Stundenlohn
- Empfangene Gesamtentlohnung
- Betrag der eingezahlten Beiträge
- Unterschrift des Arbeitnehmers (Haushaltshilfe/Pfleger) zur Empfangsbestätigung

**2. Einzahlungsbestätigung der INPS-Beiträge**

## **5. BEANTRAGUNG DER KOSTENERSTATTUNG**

Die Kostenerstattungsanträge müssen innerhalb einer Frist von zwei Jahren ab dem Datum der Rechnung oder des Ausgabenbelegs in Bezug auf die in Anspruch genommene Leistung geschickt werden.

Die Anträge sind zu schicken an:

**FONDO EST**

**Ufficio Liquidazioni**

**Via Cristoforo Colombo, 137 – 00147 Roma**

## **Kontakte**

**Einsatzzentrale**

**Gebührenfreie grüne Nummer 800.922.985 aus dem Festnetz**

**Tel. 06.510311 aus dem Mobilnetz**

**Fax 06.5135725**

***info@fondoest.it***

**Unsere Büros antworten von montags bis donnerstags**

**in der Zeit von 9:00 bis 12:30 Uhr**

und von 14:00 bis 17:30 Uhr

freitags in der Zeit von 9:00 bis 12:30 Uhr

