Guida al Piano sanitario

Cooperative Sociali

Dicembre 2024

RECIPROCA

UniSalute

SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

Per tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario
diverse da ricovero vai su:

www.unisalute.it

24h su 24, 365 giorni l'anno

Per tutte le prestazioni dell'area ricovero
contatta preventivamente il

Numero Verde
800-009606

dall'estero: prefisso per l'Italia
+ 051.63.89.046
orari:
8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

I servizi UniSalute sempre con te!
Scarica gratis l'app UniSalute da App Store e Play Store.

1. SOMMARIO

1. SOMMARIO 3

2. BENVENUTO 5

3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO 5

3.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute 5
3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute 6
3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale 8

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE 8

4.1. Il sito di UniSalute 8
4.1.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti? 9
4.1.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate? 9
4.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati? 10
4.1.4. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione? 10
4.1.5. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso? 11
4.1.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario? 11
4.1.7. Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate? 11
4.2. L'app di UniSalute 12
4.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute? 12
4.2.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate? 13
4.2.3. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione? 13
4.2.4. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso? 13

5. PERSONE ASSICURATE 14

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO 15

6.1. Ricovero in istituto di cura per grandi interventi chirurgici (come da elenco allegato) 15
6.1.1. Trasporto sanitario 17
6.1.2. Trapianti 17
6.1.3. Rimpatrio della salma 17
6.1.4. Neonati 18
6.1.5. Modalità di erogazione delle prestazioni 18
6.1.6. Indennità sostitutiva per ricovero da grande intervento chirurgico (come da elenco allegato) 19
6.1.7. Indennità giornaliera per ricovero con intervento chirurgico diverso da grande intervento (come da elenco allegato) 20
6.2. Pacchetto maternità 20
6.3. Procreazione medicalmente assistita 21
6.4. Alta specializzazione 22
6.5. Visite specialistiche e ticket per accertamenti diagnostiche 24
6.5.1. Visite specialistiche 24
6.5.2. Ticket per accertamenti diagnostici 25
6.6. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio 25
6.7. Prestazioni odontoiatriche particolari 26

6.8. Cure Dentarie da infortunio 28
6.9. Prestazioni di implantologia (garanzia operante per il solo dipendente) 28
6.9.1. Applicazione di tre o più impianti 29
6.10. Avulsione fino ad un massimo di 4 denti (senza successiva applicazione di impianti) 29
6.11. Terapie conservative odontoiatriche: otturazione 30
6.12. Prestazioni diagnostiche particolari 30
6.13. Lenti 32
6.14. Stati di non autosufficienza temporanea per assicurati con età minima 18 anni 32
6.14.1. Oggetto della garanzia 32
6.14.2. Condizioni di assicurabilità 32
6.14.3. Somma assicurata 33
6.14.4. Definizione dello stato di non autosufficienza 33
6.14.5. Riconoscimento dello stato di non autosufficienza temporanea da parte di UniSalute 34
6.14.6. Modalità di rimborso/richiesta di erogazione di servizi 36
6.14.7. Erogazione diretta della prestazione sanitaria 36
6.14.8. Richiesta di rimborso spese 37
6.14.9. Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza 38
6.15. Prestazioni a tariffe agevolate UniSalute 38
6.16. Servizi di consulenza e assistenza 38

7. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO 43

8. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI 46

8.1. Decorrenza e durata del Piano Sanitario 46
8.2. Inclusioni/esclusioni 46
8.3. Validità territoriale 47
8.4. Limiti di età 47
8.5. Gestione dei documenti di spesa 48
8.6. Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno? 48
8.7. Foro competente 48
8.8. Reclami 49
8.9. Diritto all'oblio oncologico 51
8.10. Informativa "HOME INSURANCE" - indicazioni per l'accesso all'area riservata ai sensi del regolamento IVASS 41/2018 – ove sussistano i requisiti 51
8.11. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione 51

9. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI 53

2. BENVENUTO

La Mutua eroga le prestazioni di assistenza sanitaria sulla base di specifiche convenzioni stipulate con la Compagnia Assicuratrice UniSalute S.p.A.

La "Guida al Piano sanitario" è un utile supporto per l'utilizzo della copertura sanitaria. Ti consigliamo di seguire quanto indicato nella Guida ogni volta che devi utilizzare il Piano sanitario.

I servizi online offerti da UniSalute

Su **www.unisalute.it**, hai a disposizione un'**area riservata con pratiche funzioni online** che rendono ancora più veloce e semplice utilizzare il Piano sanitario.
I servizi online sono **attivi 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno** e sono disponibili anche in versione *mobile* per smartphone e tablet! Per saperne di più consulta il **capitolo 4** della presente Guida.

3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

3.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute

UniSalute ha convenzionato un network di strutture sanitarie private che garantiscono elevati standard in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.
L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate, è disponibile su www.unisalute.it nell'Area clienti o telefonando alla Centrale Operativa. È sempre aggiornato e facilmente consultabile.
Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

- non devi sostenere alcuna spesa (ad eccezione di quanto previsto dalle singole coperture) perché il pagamento delle prestazioni avviene direttamente tra UniSalute e la struttura convenzionata;
- riduci al minimo i tempi di attesa tra la richiesta e la prestazione.

Prenotazione veloce

Prenota online o su app e usufruisci del servizio di **prenotazione veloce**!

Al momento della prestazione, che deve essere **preventivamente autorizzata da UniSalute**, devi presentare alla struttura convenzionata un documento di identità e, quando richiesta, la prescrizione del medico curante con l'indicazione della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

UniSalute, pagherà le spese per le prestazioni sanitarie autorizzate direttamente alla struttura convenzionata. Dovrai 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.

Importante

Prima di una prestazione in una struttura convenzionata, verifica se il medico scelto è convenzionato con UniSalute. Utilizza la **funzione di Prenotazione sul sito www.unisalute.it** nell'Area clienti, è comodo e veloce!

3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute

Per garantirti la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario può prevedere anche la possibilità di utilizzare strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute. Il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni.
Per chiedere il rimborso delle spese vai su www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti: puoi inviare i documenti direttamente dal sito.

Richiesta rimborso online

Chiedi online il rimborso delle spese: invia i documenti in formato elettronico (upload) e risparmi tempo!

Se non puoi accedere a Internet invia copia della documentazione esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere) a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.
Di seguito trovi indicata la documentazione generalmente richiesta per il rimborso delle spese sanitarie sostenute, salvo quanto previsto dalle singole coperture del Piano sanitario:

- il **modulo di richiesta rimborso** compilato e sottoscritto, che si trova allegato alla Guida oppure sul sito www.unisalute.it;
- **in caso di ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- **in caso di procreazione medicalmente assistita**, copia completa referti medici e/o cartelle cliniche che attestino l'infertilità;
- **in caso di prestazioni extraricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- **in caso di trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio**, copia della prescrizione del medico curante e certificato di Pronto Soccorso.
- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero/intervento e ad esso connessa, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

Per una corretta valutazione della richiesta di rimborso, UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali.
UniSalute potrebbe richiedere eventuali controlli medici anche

attraverso il rilascio di una specifica autorizzazione per superare il vincolo del segreto professionale cui sono sottoposti i medici che hanno effettuato visite e cure.

3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

Se utilizzi il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., puoi chiedere il rimborso dei ticket su www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti. È facile e veloce!

> **Richiesta rimborso online**
> Chiedi online il rimborso delle spese: invia i documenti in formato elettronico (upload) e risparmi tempo!

In alternativa, invia a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO, la documentazione necessaria, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere).

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

Tanti comodi servizi a tua disposizione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

4.1. Il sito di UniSalute

Sul sito **www.unisalute.it** all'interno dell'Area clienti puoi:

- **prenotare** presso le strutture convenzionate visite ed esami non connessi ad un ricovero e **ricevere velocemente la conferma dell'appuntamento**;
- **verificare e aggiornare** i tuoi **dati** e le tue **coordinate bancarie**;
- chiedere i **rimborsi delle prestazioni e inviare la documentazione direttamente dal sito (upload);**
- visualizzare l'**estratto conto** con lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso;
- consultare le **prestazioni** del proprio **Piano sanitario**;

- consultare l'elenco delle **strutture sanitarie convenzionate**;
- ottenere **pareri medici**.

4.1.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?

È semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata alla registrazione clienti sul sito UniSalute.

Come faccio a registrarmi al sito e a conoscere la mia username e password?
Nella home page del sito www.unisalute.it clicca sul pulsante "Area riservata" in alto a destra, poi su "Registrati adesso" e compila la maschera con i dati richiesti.
Ti ricordiamo che per garantire i massimi livelli di sicurezza e di protezione delle informazioni, username e password devono essere diverse tra loro e la password deve essere almeno di 8 caratteri.
Inoltre la password va rinnovata ogni 6 mesi e un messaggio automatico ti indicherà quando sarà necessario fare la variazione.

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?
Basta cliccare sul pulsante "Area riservata" in alto a destra nell'home page, poi su "Hai bisogno di aiuto?" e inserire i dati richiesti. Procederemo a inviarti all'indirizzo e-mail indicato le credenziali di accesso al sito.

4.1.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?

Attraverso il sito puoi prenotare presso le strutture convenzionate solo visite e/o esami.

Accedi all'area clienti e clicca su **"Fai una nuova prenotazione"**.
In base alle tue esigenze puoi:
- prenotare direttamente la prestazione compilando l'apposito form;
- visualizzare tutti i dettagli relativi alla tua prenotazione;

– disdire o cambiare una prenotazione nella sezione "Appuntamenti".

Prenotazione veloce

Prenota online e usufruisci del servizio di **prenotazione veloce!**

4.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Entra nell'Area clienti e **accedi alla sezione "Profilo"**. In base alle tue esigenze puoi:

– aggiornare l'indirizzo e i dati bancari (codice IBAN);
– comunicarci il tuo numero di cellulare e il tuo indirizzo e-mail per ricevere comodamente sul cellulare o sulla tua e-mail, utili messaggi.

Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

Ricevi **conferma dell'appuntamento** fissato presso la struttura sanitaria convenzionata con indicazione di luogo, data e ora dell'appuntamento; **comunicazione dell'autorizzazione** ad effettuare la prestazione; notifica di ricezione della documentazione per il rimborso; **richiesta del codice IBAN**, se mancante; conferma dell'avvenuto **rimborso**.

4.1.4. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

Entra nell'Area clienti e clicca su "**Richiedi un nuovo rimborso**"

Richiesta rimborso online

Chiedi online il rimborso delle prestazioni: **invia i documenti in formato elettronico (upload) e risparmi tempo!**

Se non puoi accedere a internet, utilizza il modulo di rimborso allegato alla Guida e invialo insieme a copia di tutta la documentazione richiesta a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO**, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere).

4.1.5. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?

Entra nell'Area clienti e **accedi allasezione "Estratto conto".**
L'estratto conto online è un rapido e comodo strumento di informazione sullo stato delle tue richieste di rimborso.

L'aggiornamento dei dati è quotidiano e puoi consultarlo in ogni momento per conoscere in tempo reale l'iter e l'esito di ogni tua richiesta di rimborso, visualizzare per quali richieste di rimborso devi inviare documentazione mancante, accelerando così la procedura di rimborso, oppure le motivazioni del mancato pagamento.

Per ogni documento vengono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo che abbiamo rimborsato e quello rimasto a tuo carico. Tutte le pagine visualizzate sono stampabili.

4.1.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario?

Entra nell'Area clienti e **accedi alla sezione "Polizze".**

Trovi i documenti relativi al tuo Piano sanitario e l'eventuale modulistica, incluso il modulo che attesta la validità della tua copertura sanitaria anche all'estero.

4.1.7. Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?

Accedi all'Area clienti e accedi alla sezione "Strutture".
Puoi visualizzare le strutture sanitarie convenzionate per il tuo specifico Piano sanitario.

4.2. L'app di UniSalute

Con **UniSalute Up**, l'app di UniSalue, puoi:

- **prenotare visite ed esami** presso le strutture sanitarie convenzionate: puoi chiedere a UniSalute di prenotare per conto tuo oppure, grazie alla nuova funzione, puoi prenotare in autonomia la prestazione che ti serve;
- **visualizzare l'agenda con i prossimi appuntamenti** per visite ed esami, modificarli o disdirli;
- **chiedere il rimborso delle spese** per le prestazioni caricando semplicemente la foto della tua fattura e dei documenti richiesti per il rimborso;
- **consultare l'estratto conto** per verificare lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso. È possibile anche integrare la documentazione con i documenti mancanti se richiesto da UniSalute;
- **ricevere notifiche in tempo reale** con gli aggiornamenti sugli appuntamenti e sulle richieste di rimborso;
- **accedere alla sezione Per Te** per scoprire per leggere le news e gli articoli del Blog InSalute.

4.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

L'app UniSalute è **disponibile per smartphone e tablet** può essere **scaricata gratuitamente da App Store e Play Store**. Accedi allo store e cerca "UniSalute Up" per avere sempre a portata di mano i nostri servizi.
Una volta scaricata puoi registrarti in pochi semplici passi.
Se sei già registrato sul sito www.**unisalute.it** puoi utilizzare le stesse credenziali di accesso!

UniSalute PER TE
Accedi alla sezione PER TE per leggere news e articoli del Blog InSalute: sarai sempre aggiornato sui temi che riguardano la salute e il benessere!

4.2.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?

Attraverso l'app puoi prenotare presso le strutture convenzionate solo visite e/o esami.

Una volta entrato nell'app compila in modo rapido l'apposito form su **"Prenotazioni"** e visualizza tutti i dettagli relativi alla prenotazione.

Puoi chiedere a UniSalute di prenotare per conto tuo oppure, grazie alla nuova funzione, puoi prenotare in autonomia l'appuntamento con la struttura sanitaria convenzionata e poi comunicarlo velocemente a UniSalute

In tutti i casi UniSalute verifica in tempo reale se la prestazione che stai prenotando è coperta o meno e ti avvisa immediatamente.

Tieni monitorati tutti i tuoi appuntamenti!
Nella sezione APPUNTAMENTI puoi visualizzare l'agenda con i tuoi prossimi appuntamenti per le prestazioni sanitarie prenotate.
Potrai modificarli o disdirli direttamente da qui!

4.2.3. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

Puoi richiedere tramite l'app i rimborsi per le prestazioni sanitarie sostenute semplicemente caricando la foto delle fatture e dei documenti richiesti in tre semplici step.

Al termine del caricamento visualizzerai il riepilogo dei dati inseriti per una conferma finale.

4.2.4. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?

Nell'omonima sezione puoi consultare l'estratto conto per verificare lo stato di lavorazione delle tue richieste di rimborso. È possibile

infatti visualizzare lo stato dei sinistri pagati, non liquidabili o in fase di lavorazione e consultare tutti i documenti inviati.

L'aggiornamento dei dati è in tempo reale e sarai informato sull'iter del rimborso grazie a tempestive notifiche.
Per ogni documento sono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo rimborsato e quello rimasto a tuo carico. In ogni caso, per ogni importo non rimborsato, sarà indicata la motivazione della mancata liquidazione.

Se è necessario inviare ulteriore documentazione per ultimare la valutazione e procedere al rimborso, potrai integrare la pratica con i documenti mancanti semplicemente caricando una foto.

Integra la documentazione mancante
Nella sezione "**concludi**" puoi visualizzare le pratiche non liquidabili per le quali è necessario l'upload di documentazione integrativa.
Puoi inviare i documenti mancanti, chiedendo così lo sblocco della pratica, semplicemente caricando una foto!

5. PERSONE ASSICURATE

Il Piano sanitario è prestata a favore dei dipendenti già assicurati con polizza **40012008** (sostituita dalla presente copertura) in forza presso le Cooperativa, dei loro coniugi o conviventi "more uxorio" e dei loro figli, questi ultimi solo se fiscalmente a carico, risultanti da stato di famiglia che abbiano accettato entro la data di effetto indicata in polizza l'attivazione della presente copertura.
Relativamente alla composizione del nucleo familiare fiscalmente a carico, Unisalute, qualora lo ritenesse necessario, ha facoltà di richiedere specifica documentazione dell'Agenzia delle Entrate (dichiarazione redditi del dichiarante) comprovante il carico fiscale.

Qualora un dipendente decida di non aderire alla copertura nei termini di cui al precedente capoverso, non gli sarà più possibile l'attivazione della stessa in un momento successivo.

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto durante l'operatività del Piano stesso per le seguenti coperture:

- ricovero in Istituto di cura per grandi interventi chirurgici;
- pacchetto maternità;
- procreazione medicalmente assistita;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche e ticket per accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi solo a seguito di infortunio;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- cure odontoiatriche da infortunio;
- prestazioni di implantologia;
- avulsione fino ad un massimo di quattro denti;
- terapie conservative odontoiatriche: otturazione;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- stati di non autosufficienza temporanea;
- prestazioni a tariffe agevolate;
- servizi di consulenza e assistenza.

6.1. Ricovero in istituto di cura per grandi interventi chirurgici (come da elenco allegato)

Unisalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **100 giorni precedenti l'inizio del ricovero**, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) 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.

Qualora **durante l'effettuazione dell'intervento** chirurgico ci si **avvalga dell'uso di un robot**, le relative spese sono liquidate da UniSalute con il massimo di **€ 2.500,00 per ricovero.**

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 200,00 al giorno.**

e) 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 con UniSalute, la garanzia è prestata nel limite di **€ 50,00 al giorno** per un **massimo di 30 giorni** per ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di **€ 50,00 al giorno** per un **massimo di 30 giorni** per ricovero.

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche eseguite in regime ambulatoriale, prestazioni

infermieristiche (la richiesta di prestazioni chirurgiche e infermieristiche deve essere 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 **100 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.

6.1.1. Trasporto sanitario

In Piano Sanitario rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato 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.**

6.1.2. Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, UniSalute liquida le spese previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura" e "Trasporto sanitario" 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 garanzia assicura 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.

6.1.3. Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, UniSalute rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di **€ 1.500,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare**.

6.1.4. Neonati

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le spese per le prestazioni di cui ai punti "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) Pre ricovero, b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore; g) "Post-ricovero" nel **limite annuo di € 10.000,00 per neonato** sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.

6.1.5. Modalità di erogazione delle prestazioni

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con Unislaute ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture sanitarie convenzionate con **l'applicazione di uno scoperto del 20%,** ad eccezione delle seguenti:
punto "Ricovero in istituto di cura":
lett. a) "Pre ricovero";
lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";
punto "Trasporto sanitario";
punto "Rimpatrio della salma"
che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:
punto "Neonati";
che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute.

Soltanto nel caso in cui l'assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno **scoperto del 30%**, con il **minimo non indennizzabile di €**

2.000,00 ad eccezione delle seguenti:
punto “Ricovero in Istituto di cura”:
lett. d) “Retta di degenza”;
lett. e) “Accompagnatore”;
lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;
punto “Trasporto sanitario”;
punto “Rimpatrio della salma”;
punto “Neonati”;
che vengono rimborsate all’Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto “Indennità Sostitutiva”.
Qualora l’Assicurato sostenga durante il ricovero delle **spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari**, UniSalute **rimborserà integralmente** quanto anticipato dall’Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso **non verrà corrisposta l’indennità sostitutiva”.**
Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell’Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati” o b) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute”.

6.1.6. Indennità sostitutiva per ricovero da grande intervento chirurgico (come da elenco allegato)

L’Assicurato, qualora **non richieda alcun rimborso a UniSalute**, né per le prestazioni effettuate durante il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a **un’indennità di € 80,00**

per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **90 giorni per ogni ricovero.**

6.1.7. Indennità giornaliera per ricovero con intervento chirurgico diverso da grande intervento (come da elenco allegato)

In caso di ricovero in istituto di cura, l'Assicurato avrà diritto a **un'indennità di € 50,00 per ogni giorno di ricovero** per un periodo non superiore a **90 giorni per ogni ricovero**.
La garanzia viene erogata indipendentemente dal fatto che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 100.000,00 per persona.

6.2. Pacchetto maternità

Rientrano in garanzia le seguenti prestazioni:
In gravidanza

- Ecografie di controllo, da fruirsi presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute;
- Amniocentesi, da fruirsi presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute;
- Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza, da fruirsi presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute;
- Visite specialistiche ginecologiche ed ostetriche di controllo sull'andamento della gravidanza, da fruirsi, a scelta dell'Assicurata, sia presso strutture sanitarie/medici convenzionati che non convenzionati con UniSalute;
- In caso di aborto avvenuto dopo il primo trimestre di gravidanza, rientra in copertura l'eventuale successivo trattamento psicoterapico che si renda necessario, fino ad un massimo di 15 sedute all'anno per persona, nei limiti del massimale annuo previsto. La garanzia potrà essere attivata solo utilizzando terapeuti convenzionati con UniSalute.

Durante il ricovero per parto

- Corresponsione di **un'indennità di € 90,00 per ogni giorno di ricovero**, per un **massimo di 15 giorni per ogni ricovero**. Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di ricovero per aborto terapeutico.

Dopo il parto

- Viene garantita una visita ginecologica di controllo fino al massimale annuo previsto.

Nel caso in cui l'Assicurata si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, UniSalute rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurata

La garanzia è prestata fino a un massimo di € 550,00 per anno assicurativo e per persona.

6.3. Procreazione medicalmente assistita

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione (Casi di non operatività del piano)", UniSalute provvede al pagamento delle spese per prestazioni extraospedaliere, per intervento chirurgico ambulatoriale, per ricovero e day-hospital, finalizzati alla procreazione medico assistita omologa ed eterologa.
La garanzia è operante per le sole Assicurate donne, sono escluse le prestazioni relative al partner.
La presente garanzia si intende operante previo l'invio da parte dell'Assicurata di referti medici e/o cartelle cliniche che attestino l'infertilità.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute,** le spese vengono liquidate direttamente daletà alle strutture medesime **senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.**

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale non convenzionato con UniSalute**, le spese vengono rimborsate con

l'applicazione di uno **scoperto del 20%** con il **minimo non indennizzabile di € 100,00 per ogni prestazione extraospedaliera, intervento chirurgico ambulatoriale, ricovero e day-hospital.**

Nel caso in cui l'Assicurata si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, UniSalute **rimborsa integralmente i tickets sanitari** a carico dell'Assicurata.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 300,00 per persona.

6.4. Alta specializzazione

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione (Casi di non operatività del piano)" UniSalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica:
Angiografia
Artrografia
Broncografia
Cistografia
Cistouretrografia
Clisma opaco
Colangiografia percutanea (PTC)
Colangiografia trans Kehr
Colecistografia
Dacriocistografia/Dacriocistotac
Defecografia
Fistolografia
Flebografia
Fluorangiografia
Galattografia
Isterosalpingografia
Mielografia

Retinografia
Rx esofago con mezzo di contrasto
Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
Scialografia
Splenoportografia
Urografia
Vesciculodeferentografia
Videoangiografia
Wirsunggrafia

Accertamenti:
Accertamenti endoscopici
Diagnostica radiologica
Doppler
Ecocardiografia
Ecografia
Elettroencefalogramma
Elettromiografia
Mammografia o Mammografia Digitale
PET
Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
Scintigrafia
Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie:
Chemioterapia
Cobaltoterapia
Dialisi
Laserterapia a scopo fisioterapico
Radioterapia

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute**, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime con l'applicazione di una **franchigia pari a € 35,00 ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.**

L'utilizzo di **strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute** è consentito **solo nel caso in cui l'Assicurato sia domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.** In tal caso, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, UniSalute **rimborsa integralmente i tickets sanitari** a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 5.800,00 per persona.

6.5. Visite specialistiche e ticket per accertamenti diagnostiche

6.5.1. Visite specialistiche

UniSalute provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute**, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime con l'applicazione di una **franchigia pari a € 40,00 ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.**

L'utilizzo di **strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute** è consentito solo **nel caso in cui l'Assicurato sia domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute**. In tal caso, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, UniSalute **rimborsa integralmente i tickets sanitari** a carico dell'Assicurato.

6.5.2. Ticket per accertamenti diagnostici

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, UniSalute rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Per le garanzie 6.5.1 e 6.5.2 sopraindicate il massimale complessivo corrisponde a € 1.150,00 a persona.

6.6. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

UniSalute 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.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute,** le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime con l'applicazione di un **minimo non indennizzabile di € 30,00 per fattura/persona.**

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a **strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per fattura/ciclo/persona**.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, UniSalute **rimborsa integralmente i tickets sanitari** a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 400,00 per persona.

6.7. Prestazioni odontoiatriche particolari

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione (Casi di non operatività del piano)" , UniSalute provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile **una volta l'anno** in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione, in strutture sanitarie non convenzionate e nel Servizio Sanitario Nazionale. Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto", sotto indicate, sono nate

per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri, in accordo con UniSalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, UniSalute provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente. Nel caso di utilizzo di struttura sanitaria convenzionata, la seconda seduta deve essere preventivamente comunicata a UniSalute.

Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute**, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime con **l'applicazione di uno scoperto del 20%** che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con UniSalute al momento dell'emissione della fattura.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture del **Servizio Sanitario Nazionale** o da esso accreditate, UniSalute **rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.**

6.8. Cure Dentarie da infortunio

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione (Casi di non operatività del piano)", UniSalute liquida all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.
La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

- radiografie e referti radiologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute**, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime con l'applicazione di uno **scoperto del 15%** che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, UniSalute **rimborsa integralmente i ticket sanitari** a Suo carico nel limite dei massimali assicurati.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per persona.

6.9. Prestazioni di implantologia (garanzia operante per il solo dipendente)

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione (Casi di non operatività del piano)", UniSalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni sotto indicate.

Viene previsto un massimale di € 1.000,00 per anno assicurativo per il dipendente.

6.9.1. Applicazione di tre o più impianti

La garanzia opera nel caso di applicazione di tre o più impianti previsti dal medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio relativi ai 3 o più impianti.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute**, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime **senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale,** UniSalute **rimborsa integralmente i ticket sanitari** a Suo carico nel limite dei massimali assicurati.

Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

6.10. Avulsione fino ad un massimo di 4 denti (senza successiva applicazione di impianti)

La garanzia opera nel caso di avulsione fino ad un **massimo di 4 denti l'anno.**

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute**, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime con l'applicazione di uno **scoperto del 50%** con un **massimo indennizzabile di € 50,00 per prestazione**.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, UniSalute **rimborsa integralmente i ticket sanitari** a Suo carico nel limite dei massimali assicurati.

Qualora il numero complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il numero sopra indicato, il relativo costo dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

6.11. Terapie conservative odontoiatriche: otturazione

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione (Casi di non operatività del piano)", UniSalute liquida all'Assicurato le spese per **una (1) Otturazione all'anno per persona**.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute** Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime con l'applicazione di uno **scoperto del 50% con un massimo indennizzabile di € 50,00 per prestazione.**

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture del **Servizio Sanitario nazionale** o da esso accreditate, UniSalute **rimborsa integralmente il ticket sanitario** a suo carico.

6.12. Prestazioni diagnostiche particolari

UniSalute provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate **una volta l'anno dal titolare** in **strutture sanitarie convenzionate con Unisalute** indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazione previste per gli uomini

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- PSA

Prestazione previste per le donne

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- pap-test

6.13. Lenti

UniSalute rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto nel **limite annuo di €. 50,00 per persona ogni due anni.**

UniSalute provvederà al rimborso delle spese sostenute con applicazione di una **franchigia di €. 50,00 per fattura/persona**.

Per l'attivazione è necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus.

6.14. Stati di non autosufficienza temporanea per assicurati con età minima 18 anni

6.14.1. Oggetto della garanzia

UniSalute garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita mensilmente all'Assicurato quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza".

6.14.2. Condizioni di assicurabilità

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

1. Avere limitazioni per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:
    a. spostarsi,
    b. lavarsi,
    c. vestirsi,
    d. nutrirsi.

2. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di **almeno il 40%**

3. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di medicinali ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 medicinali.

4. Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica

6.14.3. Somma assicurata

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a **€ 500,00** da corrispondersi **per una durata massima di 6 mesi.**

6.14.4. Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute non venga giudicato "consolidato" e che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (La capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo).
- nutrirsi (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire).
- spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra

all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio).
- vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente).

e necessiti temporaneamente ma in modo costante:
- o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
- o di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di ricovero.

Non verranno pertanto considerati in copertura gli eventi/sinistri tali da dare origine ad uno stato di non autosufficienza consolidata

6.14.5. Riconoscimento dello stato di non autosufficienza temporanea da parte di UniSalute

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'Assicurato, il suo amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, dovrà:

a) chiamare il **numero verde gratuito 800 009606** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre a UniSalute ai fini della valutazione medica finale e ai servizi socio/sanitari disponibili.

b) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: **UniSalute S.p.A. - servizi di liquidazione - via Larga, 8 - 40138 Bologna** - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno. Tale fascicolo deve contenere:

- il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, indicandone esordio e termine. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali

ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).

- Questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato
- Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito.
- Qualora l'Assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare a Unisalute tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

UniSalute ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite medico legali.

Se lo stato di non autosufficienza é riconosciuto consolidato le garanzie di polizza non si attivano.

Se non si sarà in grado di stabilire se lo stato di non autosufficienza sia consolidato o temporaneo, UniSalute, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

In risposta, UniSalute invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Assicurato o un suo rappresentante.
Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente del malato. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. "Definizione dello stato di non autosufficienza", **se l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.**
Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. "Definizione dello stato di non autosufficienza", **se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero.** Anche in

questo caso **dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.**

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Assicurato, dovrà essere inviata a Unisalute.
Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:
- **richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Assicurato sembrano insufficienti;**
- **ritenere accertato lo stato di non autosufficienza temporaneo dell'Assicurato.**

UniSalute avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, con le modalità di cui agli articoli EROGAZIONE DIRETTA DELLA PRESTAZIONE DI ASSISTENZA e RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE decorre dal momento in cui UniSalute considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione dello Stato di non autosufficienza temporaneo dell'Assicurato.

6.14.6. Modalità di rimborso/richiesta di erogazione di servizi

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte di UniSalute secondo le condizioni dell'articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della **somma garantita - entro i limiti previsti all'articolo "Somma assicurata" - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi articoli EROGAZIONE DIRETTA DELLA PRESTAZIONE DI ASSISTENZA e RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE** :

- erogazione diretta della prestazione di assistenza, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato;
- rimborso delle spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza (su presentazione di fatture, ricevute in originale o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro).

L'erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui UniSalute considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

6.14.7. Erogazione diretta della prestazione sanitaria

Qualora l'Assicurato richieda l'attivazione del servizio di assistenza, anche domiciliare, avvalendosi quindi di strutture e/o di personale sanitario

convenzionati con UniSalute, la stessa provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate.
La struttura e/o il personale sanitario convenzionati non potranno comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale Assicurato o non autorizzate da UniSalute.

6.14.8. Richiesta di rimborso spese

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: **UniSalute - Servizio Liquidazione – Via Larga, 8 – 40138 Bologna** - dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la relativa data d'insorgenza. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).
- Questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato
- Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito.
- Qualora l'Assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare a UniSalute tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria. Nel caso in cui l'Assicurato sia assistito in modo continuativo da una badante, dovrà essere prodotta la documentazione idonea a comprovare l'esistenza del rapporto di lavoro.
Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato su presentazione a UniSalute della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte di UniSalute, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.
Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la

spesa, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

6.14.9. Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

UniSalute si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Assicurato, a controlli presso l'Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessaria per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.
In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo o di inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data della richiesta di UniSalute.

6.15. Prestazioni a tariffe agevolate UniSalute

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Assicurato , è possibile richiedere alla struttura sanitaria convenzionata, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.
Si precisa che l'appuntamento potrà essere concordato direttamente tra l'Assicurato e la struttura stessa e successivamente comunicato ad UniSalute, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.

6.16. Servizi di consulenza e assistenza

In Italia
I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800- 009606** dal **lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.**
Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + **0516389046.**

a) Informazioni generiche sul contratto

- le prestazioni incluse nelle garanzie, massimali, franchigie o scoperti, eventuale documentazione per attivare la copertura
- stato di valutazione delle pratiche di rimborso
- modalità di richiesta di rimborso

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 con UniSalute.

I seguenti servizi di consulenza e di assistenza vengono forniti dalla Struttura Organizzativa di UniSalute per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde **800-212477**.

c) Pareri medici immediati

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

d) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico **dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo**, la Struttura Organizzativa accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare a proprie spese, uno dei medici convenzionati.
In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Se l'Assicurato, dopo il Ricovero di primo soccorso a causa di Infortunio o di malattia improvvisa, necessiti di trasporto in autoambulanza per il rientro nel luogo di residenza, la Struttura

Organizzativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa, nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un **percorso complessivo di 300 km per evento.**

f) Trasferimento sanitario in centro medico specializzato

Qualora l'Assicurato, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, sia affetto da una patologia che per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Struttura Organizzativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino che l'Assicurato necessiti:

- di un Ricovero presso un altro Istituto di Cura più specializzato;
- di un Ricovero presso un Istituto di Cura più vicino alla propria abitazione in Italia, nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero.

la Struttura Organizzativa provvederà a organizzare il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore, con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni.

Il trasporto, secondo la gravità del caso, può essere effettuato con:

- treno in prima classe e se necessario con cuccetta o vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso;
- aereo di linea anche barellato;
- aereo sanitario, limitatamente all' Europa.

In caso di Malattia improvvisa manifestatasi all'estero, il trasporto sanitario opera se la Malattia è in fase acuta e non è nota all'Assicurato.

È l'équipe medica di UniSalute a decidere se effettuare il trasporto ed il mezzo da utilizzare a seconda delle necessità tecniche e mediche del caso.

La garanzia non opera:

- in caso di infermità e lesioni che, secondo l'équipe medica, o possono essere curate sul posto o non pregiudicano la prosecuzione

del viaggio;
- nei casi in cui non si rispettino le norme sanitarie nazionali o internazionali.

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Struttura Organizzativa.
Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica.

All'estero
In collaborazione con Unipol Assistance S.c.r.l., UniSalute offre inoltre per tutto l'arco delle 24 ore i seguenti servizi telefonando dall'estero al numero: prefisso internazionale dell'Italia **+ 051 4161781**.

g) Viaggio di un familiare all'estero
Nel caso in cui, in conseguenza di malattia improvvisa o di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo **superiore a 10 giorni**, la Struttura Organizzativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno **nel limite di euro 100 per sinistro**.
La garanzia opera se non sia già presente sul posto un altro familiare maggiorenne.
h) Invio di medicinali urgenti all'estero
Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia), la Struttura Organizzativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative.
Rimane a carico dell'Assicurato il costo di acquisto dei medicinali.
Sono esclusi dalla prestazione i medicinali salva vita.

i) Rimpatrio sanitario
Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute,

accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato tra quelli sotto elencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

È l'équipe medica di UniSalute a decidere se effettuare il trasporto ed il mezzo da utilizzare a seconda delle necessità tecniche e mediche del caso.

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La garanzia non opera:

- in caso di infermità e lesioni che, secondo l'équipe medica, o possono essere curate sul posto o non pregiudicano la prosecuzione del viaggio;
- nei casi in cui non si rispettino le norme sanitarie nazionali o internazionali.

La Struttura Organizzativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Qualora l'Assicurato, per sua libera scelta o per sua negligenza, non usufruisca di una o più prestazioni di Assistenza, UniSalute non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

7. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Il Piano sanitario non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto.
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;
4. 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 contratto);
5. i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere 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'Assicurato 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.
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;

11. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
12. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
13. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
14. 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;
15. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
16. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;
17. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
18. tutte le terapie mediche;
19. le conseguenze dirette o indirette di pandemie;
20. le prestazioni sanitarie effettuate in modalità a distanza, tramite il ricorso a tecnologie informatiche (videoconsulto e/o teleconsulto).

Limitatamente alle prestazioni previste ai punti:
"Prestazioni di implantologia", "cure dentarie da infortunio" e "terapie conservative odontoiatriche: otturazione"
Il Piano Sanitario non è operante per:
- protesi estetiche
- trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto "Stati di non autosufficienza temporanea", Il Piano Sanitario non è operante per

le conseguenze:

a) di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;

b) dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;

c) di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;

d) di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;

e) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;

f) di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;

g) del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'assicurato di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;

h) di 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 contratto);

i) di partecipazione attiva dell'assicurato ad atti criminali;

j) di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato;

k) delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;

l) di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;

m) di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;

n) di tutte le terapie mediche;

o) dirette o indirette di pandemie.

* 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.

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

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

8. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

8.1. Decorrenza e durata del Piano Sanitario

La copertura per i dipendenti avrà effetto in forma rimborsuale dalle **ore 00.00 del 01/01/2025**, mentre in forma diretta, nelle strutture convenzionate con UniSalute, avrà effetto dalle ore 00.00 del 10° giorno successivo alla ricezione delle anagrafiche come da procedura convenuta tra le parti.

La copertura per i familiari, qualora le schede di adesione dovessero pervenire a UniSalute entro il **01/03/2025**.

Per quanto riguarda l'effetto e la scadenza della polizza per gli Assicurati che entrano/escono in corso d'anno, si rimanda a quanto stabilito all'art. "Inclusioni/Esclusioni".

8.2. Inclusioni/esclusioni

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per i dipendenti i quali non abbiano aderito alla stessa entro i termini di cui al punto "Persone assicurate", le movimentazioni all'interno della presente polizza sono regolate dai punti di seguito indicati.

1) Inserimento di nuovi dipendenti in data successiva all'effetto di polizza

Le inclusioni di dipendenti in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni. La garanzia per il dipendente decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata a UniSalute entro 30 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione a UniSalute.

2) Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente assicurato viene mantenuto nella garanzia sino alla prima scadenza successiva, corrispondente al frazionamento di polizza

8.3. Validità territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo.

Se ti trovi all'estero e hai bisogno di un ricovero, devi contattare il più presto possibile la Centrale Operativa per avere l'autorizzazione ad effettuare la prestazione e farti indicare la struttura sanitaria convenzionata a te più vicina.

Potrai così usufruire di un servizio garantito e scelto per te da UniSalute che ti assisterà nell'affrontare una situazione di necessità in un Paese straniero.

Se dovessi recarti in una struttura sanitaria non convenzionata, abbi cura di conservare tutta la documentazione relativa alla prestazione di cui hai usufruito e all'eventuale importo pagato per chiederne il rimborso.

8.4. Limiti di età

Il Piano Sanitario può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del **75° anno di età** dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza, al

compimento del 76° anno d'età da parte dell'Assicurato.

8.5. Gestione dei documenti di spesa

A. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate da UniSalute effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

B. Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

La documentazione di spesa ricevuta in copia, viene conservata e allegata alle richieste di rimborso come previsto per legge. Qualora UniSalute dovesse richiedere all'Assicurato la produzione degli originali verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

8.6. Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?

Ritenendo di soddisfare in questo modo le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli Assicurati sullo stato delle loro richieste di rimborso, UniSalute mette a disposizione nel corso dell'anno i seguenti rendiconti:

- **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione liquidate e non liquidate nel corso del mese passato;
- **riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

8.7. Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto, il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

8.8. Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, devono essere inoltrati per iscritto a: UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892 - e-mail reclami@unisalute.it.

Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it.
Per poter dare seguito alla richiesta nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) dell'assicurato.

Qualora l'esponente 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, Servizio tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e di UniSalute, contengono:

a. nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
b. individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
c. breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
d. copia del reclamo presentato a UniSalute e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
e. ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet di UniSalute: www.unisalute.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.
Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

- procedimento di mediazione innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti le controversie insorte in materia di contratti assicurativi o di risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;

- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;

- procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista.

In relazione alle controversie inerenti l'attivazione delle garanzie o la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

8.9. Diritto all'oblio oncologico

A partire dal 2 gennaio 2024 in conformità alla Legge 7 dicembre 2023 n.193 che ha introdotto il "diritto all'oblio oncologico", l'Assicurato, guarito da una patologia oncologica senza episodi di recidiva ha diritto a non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica, nei casi previsti dalla legge.
Per ulteriori approfondimenti si rimanda al sito www.unisalute.it Informativa Oblio Oncologico.

8.10. Informativa "HOME INSURANCE" - indicazioni per l'accesso all'area riservata ai sensi del regolamento IVASS 41/2018 – ove sussistano i requisiti

Ai sensi del 2° comma dell'art. 44 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018 nel sito internet di UniSalute (www.unisalute.it) è disponibile un'apposita area riservata a cui il Contraente può accedere per consultare on line la propria posizione contrattuale e per compiere alcune operazioni quali, ad esempio, pagare il Premio Assicurativo successivo al primo e richiedere la liquidazione dei Sinistri o la modifica dei propri dati personali. Le credenziali personali per accedere all'area riservata sono rilasciate al Contraente mediante processo di "auto registrazione" disponibile nell'area stessa.

8.11. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

1. Informazioni generali

UniSalute S.p.A. ("la Società"), soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A. facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo presso

l'IVASS al n. 046. Sede legale e Direzione Generale Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia).

Recapito telefonico +39 051 6386111 - fax +39 051 320961 – sito internet www.unisalute.it – indirizzo di posta elettronica unisalute@pec.unipol.it o info@unisalute.it.

UniSalute è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 20-11-1989 n. 18340 (G.U. 4-12-1989 n. 283), D.M. 8-10-1993 n. 19653 (G.U. 25-10-1993 n.251), D.M. 9-12-1994 n.20016 (G.U. 20-12-1994 n. 296) e Prov. Isvap n.2187 dell' 8-05-2003 (G.U. 16-05-2003 n.112). Numero di iscrizione all'Albo delle Imprese Assicurative: 1.00084.
Per informazioni patrimoniali su UniSalute consulta la relazione sulla solvibilità disponibile sul sito: https://www.unisalute.it/informazioni-societarie/informativa-pillar-solvency-2

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2023, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 273,4 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 114,4 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unisalute.it, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2023, è pari ad € 111,4 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 32,4 milioni, a copertura dei quali UniSalute dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 247,3 milioni e ad € 245,1 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2023, pari a 2,22 volte il requisito patrimoniale di solvibilità e 7,57 volte il requisito minimo di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

9. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA
terventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
Interventi di cranioplastica
Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
Asportazione tumori dell'orbita
Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA
Interventi per neoplasie del globo oculare
Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA
Asportazione di tumori maligni del cavo orale
Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
Ricostruzione della catena ossiculare
Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO
Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO
Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
Interventi per fistole bronchiali
Interventi per echinococcosi polmonare
Pneumectomia totale o parziale
Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE
Interventi sul cuore per via toracotomica
Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE
Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
Interventi con esofagoplastica
Intervento per mega-esofago
Resezione gastrica totale
Resezione gastro-digiunale
Intervento per fistola gastro-digiunocolica
Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
Interventi di amputazione del retto-ano
Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
Drenaggio di ascesso epatico
Interventi per echinococcosi epatica
Resezioni epatiche
Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
Interventi chirurgici per ipertensione portale
Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA
Nefroureterectomia radicale
Surrenalectomia
Interventi di cistectomia totale
Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
Cistoprostatovescicolectomia
Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
Interventi di orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA
Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia
Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica
Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Interventi per costola cervicale
Interventi di stabilizzazione vertebrale
Interventi di resezione di corpi vertebrali
Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)
Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
Correzione chirurgica di megauretere congenito
Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO
Tutti

www.unisalute.it

inSalute
IL BLOG DI UNISALUTE