UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

# Condizioni di Assicurazione

## Contratto di assicurazione sanitaria

# Fondo AGIDAE SALUS
## Settore Istruzione

**Versione del 25/07/2019**

Unipol
GRUPPO

## INDICE

**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE** ..... 1

**GLOSSARIO** ..... 1

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE ..... 5
2. PERSONE ASSICURATE ..... 5
3. RICOVERO ..... 5
**3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CON INTERVENTO CHIRURGICO** ..... 5
**3.1.1 TRASPORTO SANITARIO** ..... 6
**3.1.2 DAY-HOSPITAL** ..... 6
**3.1.3 TRAPIANTI** ..... 6
**3.1.4 NEONATI** 6
**3.1.5 MODALITÀ' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI** ..... 6
**3.1.6 INDENNITÀ SOSTITUTIVA** ..... 7
**3.2 RICOVERO MEDICO IN ISTITUTO DI CURA PER GRAVE EVENTO MORBOSO** ..... 7
**3.2.1 DAY-HOSPITAL** ..... 8
**3.2.2 MODALITÀ' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI** ..... 8
**3.2.3 INDENNITA' SOSTITUTIVA** ..... 8
**3.3 PARTO E ABORTO** ..... 8
**3.3.1 PARTO CESAREO** ..... 8
**3.3.2 PARTO NON CESAREO, PARTO DOMICILIARE, ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO** ..... 9
**3.3.3 INDENNITÀ SOSTITUTIVA** ..... 9
**3.4 MASSIMALE ASSICURATO AREA RICOVERO** ..... 9
**4 VISITE SPECIALISTICHE** ..... 9
**5 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI** ..... 10
**6 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO O POST RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO** ..... 10
**7 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI** ..... 10
**8 CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE, PROTESI ODONTOIATRICHE, ORTODONZIA E PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE DI TIPO ODONTOIATRICO E ORTODONTICO** ..... 11
**9 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO** ..... 11
**10 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI** ..... 12
**11.1 PACCHETTO CARDIOVASCOLARE E ONCOLOGICO - Garanzia operante per il solo titolare** ..... 12
**11.2 PACCHETTO PER IL CONTROLLO DELLA CRESCITA - Garanzia operante per i figli minori di un anno** ..... 13
**11.3 PACCHETTO OTORINOLARINGOIATRICO - Garanzia operante per i figli con età compresa tra 1 e 10 anni compiuti** ..... 13
**11.4 PACCHETTO ORTOPEDICO - Garanzia operante per i figli con età compresa tra 11 e 20 anni compiuti** 13
**12 DIAGNOSI COMPARATIVA** ..... 13
**13 STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE-PROTEZIONE COMPLETA (GARANZIA OPERANTE PER IL SOLO TITOLARE)** ..... 14
**13.1 OGGETTO DELLA GARANZIA** ..... 14
**13.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ** ..... 14
**13.3 MASSIMALE MENSILE ASSICURATO** ..... 14
**13.4 TERMINE PER L'INDENNIZZO** ..... 14
**13.5 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA** ..... 14
**13.6 PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI) E PRESTAZIONI SANITARIE MEDICO ASSISTENZIALI FORNITE DA STRUTTURE CONVENZIONATE / RIMBORSO SPESE IN CASO DI PERMANENZA IN RSA** ..... 16
**14 PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE** ..... 18
**15 SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA** ..... 18
16 PREMIO ..... 19
17 DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA ..... 19
18 INCLUSIONI / ESCLUSIONI ..... 20
19 MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO ..... 20
20 REGOLAZIONE PREMIO ..... 20
A - CONDIZIONI GENERALI ..... 21
**A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE** ..... 21
**A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE / TACITO RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE** ..... 21
**A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE** ..... 21
**A.4 ONERI FISCALI** ..... 21
**A.5 FORO COMPETENTE** ..... 21
**A.6 PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO** ..... 21
**A.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE** ..... 21
**A.8 OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE** ..... 21
**A.9 ALTRE ASSICURAZIONI** ..... 22

**A.10 AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE** ..... 22
**A.11 OBBLIGHI E MODALITA' DI CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE** ..... 22
**A.12 DIRITTO DI RECESSO** ..... 22
**A.13 LEGISLAZIONE APPLICABILE** ..... 22
**A.14 REGIME FISCALE** ..... 22
**A.15 RECLAMI** ..... 22
B - LIMITAZIONI ..... 23
**B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE** ..... 23
**B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE** ..... 23
**B.3 LIMITI DI ETÀ** ..... 24
C – SINISTRI ..... 24
**C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO** ..... 24
C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE DIVERSE DALL'ODONTOIATRIA/ORTODONZIA) ..... 24
C.1.2 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE ODONTOIATRIA/ORTODONZIA) ..... 25
C.1.3 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ..... 25
C.1.4 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE DIVERSE DALL'ODONTOIATRIA/ORTODONZIA) ..... 26
C.1.5 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE ODONTOIATRIA/ORTODONZIA) ..... 26
**C.1.6 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE DA PARTE DELLA SOCIETÀ** ..... 27
**C.1.7. MODALITÀ DI RIMBORSO / RICHIESTA DI EROGAZIONE DI SERVIZI** ..... 28
**C.1.7.1 EROGAZIONE DIRETTA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E/O SOCIO ASSISTENZIALI** ..... 28
**C.1.7.2 RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE A SEGUITO DI PERMANENZA IN RSA** ..... 28
**C.1.8 ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA** ..... 29
**C.1.9 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA DA PARTE DELLA SOCIETÀ** ..... 29
C.2 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA ..... 30
**C.3 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE** ..... 30
**C.4 INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL PROVVEDIMENTO IVASS 7/2013** ..... 30
**C.5 INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE** ..... 31
**1. Informazioni generali** ..... 31
**2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa** ..... 31

**INFORMATIVA PRIVACY** ..... **34**

# CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

**Versione del 20/03/2019**

## GLOSSARIO

**Aborto**
Interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente.

**Aborto spontaneo**
Interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno.

**Aborto terapeutico**
Interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni al feto.

**Accertamento diagnostico**
Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo

**Amministratore di sostegno**
Persona nominata dal Giudice Tutelare per svolgere atti sia in sostituzione che congiuntamente alla persona non autosufficiente; questa figura è stata istituita per tutelare e aiutare le persone con gravi stati di disabilità o non autosufficienza quindi la persona assistita mantiene la sua capacità di agire e di decidere.

**Anno**
Periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessantasei giorni in caso di anno bisestile.

**Assicurato**
Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

**Assicurazione**
Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

**Assistenza**
L'aiuto in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito.

**Assistenza Infermieristica**
Attività relativa all'assistenza sanitaria atta a mantenere o recuperare lo stato di salute, operata da infermiere professionista

**Atti vita elementari di vita quotidiana**
- Lavarsi
- Vestirsi e svestirsi
- Andare al bagno e usarlo
- Spostarsi
- Continenza
- Nutrirsi

**Case Manager (CM)**
Infermiere responsabile dell'accertamento dei problemi dei pazienti e delle loro famiglie, identifica i problemi esistenti o potenziali, valutando le condizioni fisiche, psicosociali ed emotive della persona e sviluppa poi il PAI che risponde alle necessità identificate.

**Centrale Operativa/Struttura organizzativa**
È la struttura di UniSalute costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni previste dalla polizza.
La Centrale Operativa con linea telefonica "verde" provvede a:
- organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate;
- fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.

**Contraente**
Il soggetto che stipula la polizza.

**Cure a carattere sperimentale**
Insieme di tecniche terapeutiche ancora in fase di studio il cui scopo è quello di conoscerne l'efficacia, la sicurezza e la tolleranza.

**Day-hospital**
Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

**Diagnosi comparativa**
Consulenza di elevato profilo medico specialistico erogata, sulla base della documentazione fornita dall'Assicurato, da una struttura di medici specialisti internazionali.

**Difetto fisico**
Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

**Documentazione sanitaria**
Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei medicinali).

**FIN-NET**
La rete per la risoluzione extragiudiziale delle liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari nello Spazio economico europeo, istituita sulla base della Raccomandazione della Commissione europea 98/257/CE del 30 marzo 1998, riguardante i principi applicabili agli organi responsabili per la risoluzione extragiudiziale delle controversie in materia di consumo.

**Franchigia**
La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

**Imprese di assicurazione**
Le imprese di assicurazione autorizzate in Italia e le imprese di assicurazione comunitarie che svolgono la loro attività in Italia in regime di libertà di prestazione di servizi o in regime di stabilimento.

**Indennità sostitutiva**
Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso.

**Indennizzo**
La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

**Infortunio**
L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

**Intervento chirurgico**
Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici con l'esclusione delle iniezioni/infiltrazioni effettuate per la somministrazione di medicinali.

**Istituto di Cura**
Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

**Ivass**
Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da Isvap dal 1° gennaio 2013.

**Lettera di Impegno**
Documento con cui l'Assicurato si impegna a far fronte agli oneri che rimarranno a proprio carico e a dare la liberatoria per la privacy alla Società.

**Libera professione intramuraria**
L'attività che il personale medico alle dipendenze dell'SSN esercita in forma individuale o di equipe, al di fuori dall'orario di lavoro, in favore e su libera scelta dell'Assicurato e con oneri a carico dello stesso.

**Lite transfrontaliera**
La controversia tra un contraente di uno Stato membro ed un'impresa di assicurazione avente sede legale in un altro Stato membro.

**Malattia**
Qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, e non sia dipendente da infortunio.

**Malformazione**
Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

**Massimale**
L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti delle persone assicurate per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

**Massimale mensile**
L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la somma mensile massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

**Medicinale**
Sostanza o associazione di sostanze che possa essere usata sull'uomo o somministrata allo stesso allo scopo di ripristinare, correggere o modificare, funzioni fisiologiche, esercitando un'azione farmacologica, immunologica o metabolica, ovvero di stabilire una diagnosi medica, che sia ritenuta idonea dall'Agenzia Italiana del Farmaco alla cura della patologia per la quale è stata prescritta.

**Medicina non ufficiale**
Insieme di tecniche terapeutiche non riconosciute dalla Medicina Ufficiale o Accademica.

**Pandemia**
Manifestazione collettiva d'una malattia con tendenza a diffondersi rapidamente.

**Piano assistenziale Individualizzato (PAI)**
E' lo strumento operativo di eccellenza per l'area infermieristica; ha lo scopo di valutare la persona dal punto di vista clinico, assistenziale, sociale ed economico per elaborare un piano di assistenza che soddisfi tutte le necessità riscontrate. Il PAI permetterà l'attivazione delle prestazioni medico/assistenziali che sono state valutate necessarie all'Assicurato non autosufficiente.

**Piano terapeutico** (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)
Documento sottoscritto dall'Assicurato contenente l'insieme delle prestazioni che il dentista convenzionato e lo stesso concordano di effettuare. Tale documento deve essere comunicato alla Società per rendere possibile la successiva "presa in carico". Eventuali successive variazioni al piano terapeutico concordato dovranno essere sottoposte ad una nuova presa in carico da parte della Società.

**Polizza**
Il documento che prova l'assicurazione.

**Premio**
La somma dovuta dal Contraente alla Società.
I mezzi di pagamento consentiti dalla Società sono quelli previsti dalla normativa vigente.

**Presa in carico** Comunicazione della Società al centro convenzionato in ordine alle prestazioni che la Società stessa si impegna a pagare, in toto o in parte, direttamente allo stesso. La liquidazione degli oneri contenuta nella presa in carico è subordinata al rispetto di quanto riportato nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nel presente contratto.

**Questionario Monitor Salute**
Documento contenente le informazioni sullo stato di cronicità dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medesimo.

**Questionario di riconoscimento di uno stato di non autosufficienza**

Documento contenente le informazioni sullo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medico curante e dall'Assicurato stesso o dal suo tutore legale o dall'amministratore di sostegno o dal familiare preposto alla cura dell'Assicurato.

**Reclamo**
Una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di un'impresa di assicurazione, dell'eventuale intermediario assicurativo o di un intermediario assicurativo o di un intermediario iscritto nell'elenco annesso, relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

**Reclamante**
Un soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del reclamo da parte dell'impresa di assicurazione, dell'eventuale intermediario assicurativo, ad esempio il contraente, l'assicurato, il beneficiario e il danneggiato.

**Retta di degenza**
Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva.

**Ricovero**
La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.

**Ricovero di lunga convalescenza** (definizione relativa a "Stati di non autosufficienza")
La degenza in istituto di cura specializzata nell'assistenza agli anziani.

**Rischio**
La probabilità del verificarsi del sinistro.

**RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali)**
Strutture non ospedaliere, ma comunque a carattere sanitario, che ospitano per un periodo variabile, da poche settimane al tempo indeterminato, le persone non autosufficienti che non possono essere assistite al domicilio fornendo un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa e con un alto livello di assistenza tutelare e alberghiera.

**Scheda anamnestica** (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)
Documento redatto dal dentista, in collaborazione con l'Assicurato, che descrive lo stato dell'apparato masticatorio dell'Assicurato, con particolare riferimento alle patologie che possono influire sulla sua salute.

**Scoperto**
Percentuale applicabile all'ammontare delle spese sostenute dall'Assicurato che, per ogni sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.

**Sinistro**
Il verificarsi della prestazione di carattere sanitario per la quale è prestata l'assicurazione, che comporta un'attività gestionale per la Società.

**Società**
UniSalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

**Stato di non autosufficienza consolidato**
Situazione irreversibile e permanente, relativa alla salute dell'Assicurato, di norma suscettibile solo di ulteriore aggravamento.

**Struttura sanitaria convenzionata**
Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico e relativi medici chirurghi – dedicati al presente Piano Sanitario – con cui UniSalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

**Tutore legale**
Con la procedura di interdizione il soggetto viene privato della capacità giuridica che viene attribuita a un'altra persona, denominata il Tutore, nominato dal Tribunale. L'interdizione è la misura giudiziale prevista nell'interesse del soggetto totalmente incapace di intendere e di volere a causa di un'abituale infermità di mente e ha lo scopo di tutelare il soggetto disabile.
Il tutore ha comunque la necessità dell'autorizzazione del Tribunale per gli atti di straordinaria amministrazione.

## 1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato per:
- ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico, compreso il day hospital;
- ricovero medico in istituto di cura per grave evento morboso, compreso il day hospital (intendendo per tali quelli elencati in calce);
- parto e aborto;
- visite specialistiche;
- accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o post ricovero con intervento chirurgico;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche, ortodonzia e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico;
- interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- diagnosi comparativa;
- stati di non autosufficienza consolidata/permanente-protezione completa (garanzia operante per il solo titolare);
- prestazioni a tariffe agevolate;
- servizi di consulenza e assistenza.

**Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:**

a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società

b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società, la presente modalità di erogazione delle prestazioni è operante esclusivamente nel caso in cui l'assicurato sia domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

c) Servizio Sanitario Nazionale

**Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.**

## 2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei dipendenti iscritti al Fondo AGIDAE SALUS settore Istruzione e dei figli fiscalmente a carico che non abbiano compiuto 21 anni, che abbiano accettato entro la data di effetto indicata in polizza l'attivazione della presente copertura.

**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.**

**La copertura può essere estesa con versamento del relativo premio a carico del dipendente**:
- al coniuge fiscalmente o non fiscalmente a carico;
- a ogni figlio fiscalmente o non fiscalmente a carico di età uguale o superiore a 21 anni;

**purché risultanti dallo stato di famiglia**.

## 3. RICOVERO

### 3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CON INTERVENTO CHIRURGICO

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre- ricovero
Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche **effettuati nei 120 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, la Società liquida le spese con il massimo di **€ 2.500,00** per ricovero.

c) Assistenza medica, medicinali, cure
Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

d) Rette di degenza
**Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.**

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 la Società,** 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 € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.**

g) Post ricovero
Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e **infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura),** trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali **(escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 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.**

### 3.1.1 TRASPORTO SANITARIO

La Società 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 € 1.500,00 per ricovero.**

### 3.1.2 DAY-HOSPITAL

Nel caso di day-hospital con intervento chirurgico, la Società provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico" e 3.1.1 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.**
**La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.**

### 3.1.3 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese **previste ai punti 3.1 "Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico" e 3.1.1 "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.

### 3.1.4 NEONATI

La Società provvede al pagamento delle spese per interventi effettuati nei primi 2 anni di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite per le **prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico" lett. a) "Pre ricovero", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", e) "Accompagnatore e g) "Post-ricovero" con il relativo limite in esso indicato.**

La garanzia è prestata fino ad un **massimo di € 13.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare,** sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.

### 3.1.5 MODALITÀ' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

**a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati**

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

**punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico":**
- **lett. a) "Pre ricovero";**
- **lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";**

**punto 3.1.1 "Trasporto sanitario";**
**che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:**
**punto 3.1.4 "Neonati";**
**punto 3.4 "Parto e aborto";**
**che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.**

**b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società**

**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 senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti**:**
**punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico":**
- **lett. e) "Accompagnatore";**
- **lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";**

**punto 3.1.1 "Trasporto sanitario";**
**punto 3.1.4 "Neonati";**
**punto 3.4 "Parto e aborto";**
**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, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.1.6 "Indennità Sostitutiva".**
Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle **spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società 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 la Società ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".**

### 3.1.6 INDENNITÀ SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per le prestazioni effettuate durante il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **€ 150,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ricovero, per anno assicurativo, per nucleo famigliare.**

### 3.2 RICOVERO MEDICO IN ISTITUTO DI CURA PER GRAVE EVENTO MORBOSO

**Per gravi eventi morbosi si intendono quelli allegati in calce.**

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre- ricovero
Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche **effettuati nei 120 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**.

c) Assistenza medica, medicinali, cure
Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero

d) Rette di degenza
**Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.**

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 la Società,** 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 € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.**

g) Post ricovero
Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e **infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura),** trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali **(escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 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.**

### 3.2.1 DAY-HOSPITAL

Nel caso di day-hospital medico per grave evento morboso, la Società provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni previste ai punti 3.2 "Ricovero medico in istituto di cura per grave evento morboso" con i relativi limiti in essi indicati.**
**La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.**

### 3.2.2 MODALITÀ' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:
**punto 3.2 "Ricovero medico in Istituto di cura per grave evento morboso":**
- **lett. a) "Pre ricovero";**
- **lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";**

**che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:**

b) Prestazioni in **strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate** con la Società.

**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 senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:
**punto 3.2 "Ricovero medico in Istituto di cura per grave evento morboso":**
- **lett. e) "Accompagnatore";**
- **lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";**

**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, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.2.3 "Indennità sostitutiva".**
Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle **spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società 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 la Società ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".**

### 3.2.3 INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse, avrà diritto a **un'indennità di € 150,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ricovero, per anno assicurativo, per nucleo famigliare.**

## 3.3 PARTO E ABORTO

### 3.3.1 PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore; g) "Post-ricovero", e 3.1.1 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.**

La garanzia è prestata fino ad un **massimo di € 8.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare,** sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, **ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".**

### 3.3.2 PARTO NON CESAREO, PARTO DOMICILIARE, ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO

In caso di parto non cesareo, parto domiciliare, aborto terapeutico e spontaneo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza"**; relativamente alle **prestazioni "post-ricovero" vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 3.1 "Ricovero chirurgico in istituto di cura", lettera g) "Post-ricovero", e 3.1.1 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.**

La garanzia è prestata fino ad un **massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare,** sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, **ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".**

### 3.3.3 INDENNITÀ SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, 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 30 giorni per ricovero, per anno assicurativo, per nucleo famigliare.**

### 3.4 MASSIMALE ASSICURATO AREA RICOVERO

**Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni di cui ai precedenti articoli – e relativi sottoarticoli - 3.1 "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico", 3.2 "Ricovero medico in istituto di cura per grave evento morboso" e 3.3 "Parto e aborto", il corrisponde a € 100.000,00 per nucleo familiare.**

## 4 VISITE SPECIALISTICHE

La Società 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 odontoiatriche e ortodontiche.** 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.**
**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 la Società**, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con **l'applicazione una franchigia di € 45,00 per ogni visita specialistica**.

**Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, nel solo caso in cui l'Assicurato sia domiciliato in una provincia priva di strutture convenzionate**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia **di € 45,00 per ogni visita specialistica.**

**Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato con l'applicazione di una franchigia di € 10,00 per ogni ticket.**

**Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.000,00 per nucleo familiare.**

## 5 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per accertamenti diagnostici **conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.**
**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 la Società**, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con **l'applicazione una franchigia di € 45,00 per ogni accertamento diagnostico**.

**Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, nel solo caso in cui l'assicurato sia domiciliato in una provincia priva di strutture convenzionate**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia **di € 45,00 per ogni accertamento diagnostico.**

**Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**, **la Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato con l'applicazione di una franchigia di € 10,00 per ogni ticket.**

**Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per nucleo familiare.**

## 6 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO O POST RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO

La Società 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, **o come post ricovero chirurgico** indennizzabile ai termini di polizza, **sempreché siano prescritte da medico "di famiglia" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario 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 la Società**, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

**Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, nel solo caso in cui l'assicurato sia domiciliato in una provincia priva di strutture convenzionate**, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente all'assicurato, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia**.**

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

**Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.500,00 per nucleo familiare.**

## 7 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società 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**. 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 la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Società 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 alla Società.

**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 la Società**, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno **scoperto del 50% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura**.

## 8 CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE, PROTESI ODONTOIATRICHE, ORTODONZIA E PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE DI TIPO ODONTOIATRICO E ORTODONTICO

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento delle spese per l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribasamento di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche, per cure odontoiatriche e terapie conservative e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico.

Sono comprese le sedute di ablazione tartaro solo se inserite in un piano di cure.

**Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società**, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno **scoperto del 50% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura**.

**Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, nel solo caso in cui l'assicurato sia domiciliato in una provincia priva di strutture convenzionate,** le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **scoperto del 50%**.

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

**Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 350,00 per nucleo familiare.**

## 9 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società liquida le spese sostenute per gli **interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale** anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura assicurativa purché anch'essi **conseguenti alle seguenti patologie**:

- adamantinoma;
- ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare;
- cisti follicolari;
- cisti radicolari;
- odontoma;
- osteiti che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare (se localizzate nell'arcata superiore) o mandibolare (se localizzate nell'arcata inferiore).

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

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:
- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari~~,~~ e ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma, odontoma.

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

**Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, nel solo caso in cui l'assicurato sia domiciliato in una provincia priva di strutture convenzionate,** le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

**Le spese sostenute vengono liquidate nel limite annuo di € 3.000,00 per nucleo familiare.**

## 10 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate **effettuate una volta l'anno 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.

## 11.1 PACCHETTO CARDIOVASCOLARE E ONCOLOGICO - Garanzia operante per il solo titolare

**Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno**
- 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
- Elettrocardiogramma di base

**Prestazioni previste per le donne una volta l'anno**
- 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

**Prestazioni previste per gli uomini una volta ogni due anni a partire dal compimento dei cinquant'anni**
- Ecotomografia addome superiore e inferiore (4/5 organi)
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecodoppler tronchi sovraortici

**Prestazioni previste per le donne una volta ogni due anni a partire dal compimento dei cinquant'anni**
- Ecodoppler tronchi sovraortici
- Ecotomografia addome superiore e inferiore (4/5 organi)
- Visita specialistica ginecologica

## 11.2 PACCHETTO PER IL CONTROLLO DELLA CRESCITA - Garanzia operante per i figli minori di un anno

PREVENZIONE PER IL CONTROLLO DELLA CRESCITA
- Visita auxologica
- Ecografia per il controllo delle anche

## 11.3 PACCHETTO OTORINOLARINGOIATRICO - Garanzia operante per i figli con età compresa tra 1 e 10 anni compiuti

PREVENZIONE OTORINOLARINGOIATRICA
- Visita otorino
- Diagnostica otorino

## 11.4 PACCHETTO ORTOPEDICO - Garanzia operante per i figli con età compresa tra 11 e 20 anni compiuti

PREVENZIONE ORTOPEDICA
- Visita ortopedica per la valutazione posturale

## 12 DIAGNOSI COMPARATIVA

La Società dà la possibilità all'Assicurato di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto.
Telefonando al numero verde della Centrale Operativa UniSalute **800-822460** l'Assicurato verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.
La Società mette a disposizione dell'Assicurato i seguenti servizi:

1. **Consulenza Internazionale.** UniSalute rilascerà all'Assicurato un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Best Doctors® e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione sanitaria richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
2. **Trova Il Medico**. UniSalute, attraverso Best Doctors®, metterà in contatto l'Assicurato con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Best Doctors® ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Assicurato.
3. **Trova la Miglior Cura**. Qualora l'Assicurato intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UniSalute, la stessa, attraverso Best Doctors®, provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell'Assicurato laddove necessario. **Best Doctors® supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi**. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors® consentirà all'Assicurato di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

L'insieme delle prestazioni sopraindicate **è fornito esclusivamente per le seguenti patologie**:

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Perdita della vista
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Infarto
- Ictus
- Ustioni Gravi

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato **dovrà contattare Unisalute e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare alla Società la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa.**

Tale documentazione sarà poi inoltrata dalla Società, con **costi a proprio carico**, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella **specifica patologia**.

**SEZIONE SECONDA**

## 13 STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE-PROTEZIONE COMPLETA (Garanzia operante per il solo titolare)

### 13.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

**In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 7, la Società, nel limite del massimale mensile di cui all'articolo 14.3, garantisce attraverso la propria rete di strutture convenzionate l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali e, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute secondo quanto indicato nel successivo articolo 14.6 punto 4), sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza dell'Assicurato.**

### 13.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

All'effetto di polizza, ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate devono rientrare nelle seguenti condizioni di assicurabilità:

1. Non avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate:
   a) Lavarsi
   b) Vestirsi e svestirsi
   c) Andare al bagno e usarlo
   d) Spostarsi
   e) Continenza
   f) Nutrirsi

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

3. Non essere affette 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 farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.

4. Non essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

### 13.3 MASSIMALE MENSILE ASSICURATO

**Nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo 14.5 "Definizione dello stato di non autosufficienza", il massimale mensile garantito per il complesso delle garanzie sotto indicate, corrisponde a € 600,00 da erogarsi per un massimo di 3 anni.**

### 13.4 TERMINE PER L'INDENNIZZO

La Società riconoscerà l'indennizzo se l'Assicurato si troverà ancora in vita dopo 60 giorni dalla denuncia scritta alla Compagnia dello stato di non autosufficienza.

### 13.5 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza all'Assicurato il cui stato clinico venga giudicato consolidato e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo parte degli atti elementari di vita quotidiana:

- Lavarsi
- Vestirsi e svestirsi
- Andare al bagno e usarlo
- Spostarsi
- Continenza
- Nutrirsi

Per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell'assicurato nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo lo schema di seguito riportato.

L'insorgenza dello stato di non autosufficienza permanente viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti (per la definizione del punteggio si veda il seguente "Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza").

**SCHEMA PER L'ACCERTAMENTO DELL'INSORGERE DI NON AUTOSUFFICIENZA:**

**ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA**

| **LAVARSI** | **PUNTEGGIO** |
|---|---|
| 1° grado<br>L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente Autonomo | 0 |
| 2° grado<br>L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno | 5 |
| 3° grado<br>L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno | 10 |

| **VESTIRSI E SVESTIRSI** | **PUNTEGGIO** |
|---|---|
| 1° grado<br>L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo | 0 |
| 2° grado<br>L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi la parte superiore o la parte inferiore del corpo e/o per applicare/togliere una protesi | 5 |
| 3° grado<br>L'Assicurato necessita sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo di assistenza per vestirsi e/o svestirsi e/o applicare/togliere una protesi | 10 |

| **ANDARE AL BAGNO E USARLO** | **PUNTEGGIO** |
|---|---|
| 1°grado<br>L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):<br>(1) andare in bagno<br>(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi<br>(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno | 0 |
| 2° grado<br>L'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3) | 5 |
| 3° grado<br>L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3) | 10 |

| **SPOSTARSI** | **PUNTEGGIO** |
|---|---|
| 1° grado l'Assicurato è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi | 0 |
| 2° grado l'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore | 5 |
| 3° grado l'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi | 10 |

| CONTINENZA | PUNTEGGIO |
|---|---|
| 1° grado<br>L'Assicurato è completamente continente | 0 |
| 2° grado<br>L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno | 5 |
| 3° grado<br>L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia | 10 |

| NUTRIRSI | PUNTEGGIO |
|---|---|
| 1° grado<br>L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti | 0 |
| 2° grado<br>L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:<br>• sminuzzare/tagliare cibo<br>• sbucciare la frutta<br>• aprire un contenitore/una scatola<br>• versare bevande nel bicchiere | 5 |
| 3° grado<br>L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale | 10 |

## 13.6 PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI) E PRESTAZIONI SANITARIE MEDICO ASSISTENZIALI FORNITE DA STRUTTURE CONVENZIONATE / RIMBORSO SPESE IN CASO DI PERMANENZA IN RSA

L'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato o l'Assicurato stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito ai sensi di polizza (art. 14.5 "Definizione dello stato di non autosufficienza"), dovrà telefonare alla Centrale UniSalute (entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza), al numero verde **800-822460** (o dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e fornire le informazioni richiese per poter fruire, nell'ambito del massimale mensile previsto all'art. 14.3 e previa valutazione della Società, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità ivi descritte.

La Società intervistando telefonicamente l'Assicurato, l'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, valuterà la richiesta pervenuta ed effettuerà una prima valutazione del caso. In questa fase, qualora la Società valuti che vi siano i presupposti, potranno essere fornite dal Case Manager informazioni sui servizi socio-sanitari erogati dalle strutture socio assistenziali e indicazioni sugli uffici deputati ad offrire assistenza a fronte di condizioni di non autosufficienza. Il Case Manager provvederà inoltre ad inviare all'Assicurato una guida orientativa per le agevolazioni socio/gestionali.

A seguito del contatto telefonico l'Assicurato, l'amministratore di sostegno o il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, dovrà produrre la documentazione specificata all'articolo C.1.4. Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta, la Società si riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo stato di non autosufficienza, alla presenza anche del proprio Medico e del Case Manager.

**1)** Nel caso in cui la Società riconosca lo stato di non autosufficienza consolidato, all'assicurato verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'assicurato o dai familiari.
Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle sotto elencate, la Società, nei limiti del massimale mensile di cui all'art. 14.3, provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'Assicurato che nelle strutture stesse.
All'assicurato verrà fornita una lettera con l'indicazione delle prestazioni che sono state concordate. In tale documento sarà indicato in modo analitico l'elenco delle prestazioni che resteranno a carico della Società, quelle che verranno erogate con tariffe agevolate il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato e quelle eventualmente rifiutate

dall'Assicurato. Questo documento dovrà essere firmato dall'Assicurato, dall'amministratore di sostegno o tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell'Assicurato, per accettazione del PAI.
Di seguito le prestazioni erogabili a seguito del processo sopra descritto:

- Assistenza fornita da infermiere – Operatore Socio Sanitario – Assistente familiare;
- Badante;
- Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- Visite specialistiche;
- Accertamenti diagnostici;
- Trasporto in Ambulanza;
- Prestazioni erogate in regime di ricovero.

La Società procederà con la prenotazione e autorizzazione, delle suddette prestazioni, esclusivamente in Strutture Convenzionate con la Società stessa, non prevedendo il rimborso di alcuna spesa sostenuta, ad eccezione di quanto previsto al successivo punto 4).

La Società provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Assicurato stesso e/o dalle Strutture Convenzionate con la Società utilizzate per l'erogazione delle sopra elencate prestazioni.

Qualora a seguito dell'esaurimento del massimale, una prestazione rimanga a parziale o a totale carico dell'Assicurato, è possibile usufruire tramite condivisione con il Case Manager e la Centrale Operativa, della prenotazione delle prestazioni sanitarie/assistenziali e l'invio alle strutture, prescelte tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

**2)** Nel caso in cui la Società riconosca uno stato di non autosufficienza non ancora consolidato e suscettibile di miglioramento, il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali, se attivati, forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'assicurato o dai familiari.
Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), la Società, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Assicurato, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria Rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati Unisalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

La Società provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Assicurato stesso e/o dalle Strutture Convenzionate con la Società utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste al precedente punto 1).

La Società si riserva la facoltà di sottoporre l'assicurato ad ulteriori visite mediche allo scopo di monitorare le condizioni cliniche dello stesso.

Nel caso in cui, successivamente, il consolidamento dello stato di salute dell'Assicurato comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, la Società rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate per tramite della Società, nei limiti del massimale mensile.
Qualora invece le condizioni dell'Assicurato non rientrassero più nei parametri della non autosufficienza, tali prestazioni rimarranno a carico dell'Assicurato stesso.

**3)** Nel caso in cui la Società non riconosca lo stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all'Assicurato.
Laddove il punteggio assegnato dalla Società al termine dell'istruttoria risultasse essere di almeno 30 punti, all'assicurato verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; inoltre il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'assicurato o dai familiari. Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), la Società, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Assicurato, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria Rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

**4)** Qualora l'Assicurato sia "assistito" presso una RSA e pertanto non possa usufruire delle prestazioni previste al precedente punto 1), la Società provvederà a rimborsargli, nei limiti del massimale previsto all'art. 14.3, esclusivamente la retta mensile.

## 14 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 comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura , prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

## 15 SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

In Italia
I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-822460** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.
Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

a) Informazioni sanitarie telefoniche
La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:
- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie
La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle **prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate** con la Società.

**I seguenti servizi di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800-212477.**
**Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389048.**

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 Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

d) Invio di un medico
Qualora, in conseguenza di infortunio o malattia, l'Assicurato necessiti di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 nei giorni feriali o nell'intero arco delle 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Società, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare a proprie spese uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte dei medici convenzionati di intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

e) Trasporto in autoambulanza
Nel caso in cui l'Assicurato, in seguito a infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il trasferimento inviando il mezzo di soccorso nel più breve tempo possibile. Le spese di trasporto sono a carico della Società sino ad un massimo di 300'000 metri complessivi a\r.
La garanzia non opera per i casi di emergenza, dove per emergenza si intende l'alterazione dello stato di salute caratterizzata da acuzie di tale gravità da costituire un pericolo per la vita del paziente: in tali casi risulta necessario richiedere l'intervento delle strutture pubbliche deputate in base alle norme di legge vigenti.

f) Rientro dal ricovero di primo soccorso
Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'iscritto o un componente del nucleo familiare necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa 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 500 km per evento.

g) Trasferimento in centro medico specializzato
Qualora l'iscritto o un componente del nucleo familiare in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'iscritto o e i medici della Centrale

Operativa, previa analisi del quadro clinico dell'iscritto o del componente del nucleo familiare e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale Operativa provvederà a organizzare il trasporto dell'iscritto o del componente del nucleo familiare al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle sue condizioni tra quelli sottoelencati:

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

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa.
La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'iscritto.

## 16 PREMIO

Il premio deve essere pagato in via anticipata alla Direzione della Società, tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente.

Qualora il Contraente non paghi i premi o le rate di premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c.

**I premi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:**

| | |
|---|---|
| **a) dipendente e figli fiscalmente a carico che non abbiano compiuti 21 anni** | **€ 65,00** |
| **b) coniuge fiscalmente o non fiscalmente a carico** | **€ 65,00** |
| **c) ogni figlio fiscalmente o non fiscalmente a carico, da stato di famiglia, di età uguale o superiore a 21 anni** | **€ 50,00** |

**L'attivazione delle opzioni c) e d) comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari, intesi come coniuge o figli, risultanti dallo stato di famiglia.**

## 17 DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per i dipendenti avrà effetto dalle ore 24.00 del 30/06/2019

In una fase iniziale, in assenza delle anagrafiche degli Iscritti, verrà impostata una specifica modalità di accesso alla copertura sanitaria (di seguito descritta).
Quando il Fondo trasmetterà alla Compagnia il file delle anagrafiche, gli iscritti potranno usufruire del Piano Sanitario in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società.

**AVVIO PIANO SANITARIO SENZA ANAGRAFICHE:**

Dal 30/06/2019 gli Assicurati che desiderano usufruire della copertura sanitaria dovranno preventivamente chiedere la prenotazione della prestazione contattando la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde dedicato e specificare la prestazione richiesta.

Gli iscritti al Fondo dovranno contattare il numero verde dedicato, presentandosi agli operatori della Centrale Operativa come assicurati del Fondo AGIDAE SALUS (settore istruzione e settore socio-sanitario).

La Centrale Operativa prenderà in carico la prenotazione e invierà alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli iscritti Unisalute; l'assicurato anticiperà l'importo della fattura e successivamente potrà presentare ad UniSalute la richiesta di rimborso inviandoci tutta la documentazione necessaria per la corretta valutazione del sinistro: copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute e copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante.

**Precisiamo che la valutazione e l'eventuale liquidazione della fattura richiesta a rimborso verrà effettuata SOLO a posteriori, quando i dati anagrafici dell'iscritto saranno regolarmente a video sul gestionale di UniSalute. In fase di prenotazione della prestazione con l'invio del FAX assistito la Centrale operativa si limiterà ad indicare se la prestazione richiesta rientra tra quelle coperte dalla Polizza.**

**La procedura descritta precedentemente non potrà essere applicata per le seguenti garanzie:**

- **Prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione)**

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute non verranno successivamente rimborsate.

Solo dopo che la Contraente provvederà a trasmettere alla Società le anagrafiche degli iscritti al Fondo (dipendenti per i quali le aziende hanno effettuato il pagamento del premio), la Compagnia procederà a valutare le richieste di rimborso pervenute e a pagare agli iscritti l'importo dovuto al netto dei limiti contrattuali.

# A - CONDIZIONI GENERALI

## A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

**L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato nella polizza, se il premio o la prima rata sono stati pagati, diversamente ha effetto dalle ore 24:00 el giorno dell'avvenuto pagamento.**
**I premi devono essere pagati alla Società.**
**Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c.**

## A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE / TACITO RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE

La polizza ha durata triennale e scade alle ore 24 del 30/06/2022
In mancanza di disdetta, l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno.
**L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata all'altra Parte a mezzo raccomandata, almeno trenta giorni prima della scadenza del contratto.**

## A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

**Le eventuali modifiche del contratto** successive alla stipulazione della polizza **debbono essere provate per iscritto.**

## A.4 ONERI FISCALI

**Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.**

## A.5 FORO COMPETENTE

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

## A.6 PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

## A.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

## A.8 OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE

Nei casi di modifiche statutarie attinenti al trasferimento di sede sociale, al cambio di denominazione sociale o di trasferimento di tutto o parte del portafoglio, di fusione o scissione del portafoglio stesso, la Società invierà al Contraente e/o all'Assicurato una specifica comunicazione entro il termine di dieci giorni dalla data di efficacia dell'operazione.

## A.9 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, **fermo l'obbligo dell'Assicurato di darne avviso per iscritto in caso di sinistro, ai sensi dell'art. 1910 c.c.**

## A.10 AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE

Le circostanze legate al trasferimento della sede operativa o della sede legale dell'Azienda assicurata o le eventuali variazioni della professione degli assicurati possono influire sul rischio. Il Contraente, **ai sensi dell'art. 1898 c.c., ha quindi l'obbligo di comunicare per iscritto alla Società dette circostanze**.

## A.11 OBBLIGHI E MODALITA' DI CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il Contraente si impegna a mettere a disposizione dei singoli beneficiari di polizza le Condizioni di assicurazione (o la Guida al Piano Sanitario se prevista), concordando preventivamente con la Società le opportune modalità di consegna o di messa a disposizione.

## A.12 DIRITTO DI RECESSO

Non è previsto il diritto di recesso.

## A.13 LEGISLAZIONE APPLICABILE

La legislazione applicata al contratto è quella italiana.

## A.14 REGIME FISCALE

Gli oneri fiscali e parafiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.
Il contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo l'aliquota attualmente in vigore pari al 2,5%.

## A.15 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 della Società, 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 alla Società 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 della Società: 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 http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm 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 dalle Condizioni di Assicurazione

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.

## B - LIMITAZIONI

### B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

### B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

**L'assicurazione 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. **le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;**
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 ed eventi atmosferici;**
16. **le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;**
17. **tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;**
18. **le conseguenze dirette o indirette di pandemie.**

**Limitatamente alle prestazioni previste al punto 8. "Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche, ortodonzia e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico" l'assicurazione non è operante per:**
**- protesi estetiche**
**- trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.**

**Limitatamente alle prestazioni previste al punto 14 "Stati di non autosufficienza consolidata/permanente-protezione completa (garanzia operante per il solo titolare)", l'assicurazione 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 movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici**
m) **di tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;**
n) **dirette o indirette di pandemie.**

### B.3 LIMITI DI ETÀ

**L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 70 anno di età del titolare,** e la Società non accetterà ulteriori pagamenti di premio da soggetti che abbiano già compiuto 71 anni; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.
Qualora, invece, un **componente del nucleo familiare raggiunga il 70 anno di età, l'assicurazione cesserà** alla prima scadenza annua **limitatamente a questo Assicurato**.

## C - SINISTRI

### C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

**L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente chiedere la prenotazione delle prestazioni extraricovero sul sito www.unisalute.it utilizzando la funzione "Prenotazione visite/esami" disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti.**
**In caso di ricovero, o nel caso in cui non possa accedere ad internet, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde gratuito 800-822460 dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389046) e specificare la prestazione richiesta.** Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.
All'interno dell'**Area riservata** accessibile dal sito www.unisalute.it, l'Assicurato potrà consultare e conoscere con precisione le strutture ed i medici convenzionati dedicati al suo specifico Piano sanitario.
Qualora l'Assicurato utilizzi una **struttura sanitaria convenzionata** con la Società **senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa le spese sostenute potranno essere rimborsate solo se prevista tale modalità di erogazione e con l'applicazione delle condizioni indicate nelle rispettive garanzie di polizza.**

### C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE DIVERSE DALL'ODONTOIATRIA/ORTODONZIA)

**Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO, la documentazione necessaria:**

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di ricovero (*), copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

(*) **Tutta la documentazione sanitaria relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero, ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.**

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, **UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione. Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra.** In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.
**L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.**
**Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicurative richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità previste nelle singole garanzie di polizza al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.**

### C.1.2 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE ODONTOIATRIA/ORTODONZIA)

**Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO, la documentazione necessaria:**

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di prestazioni diagnostiche, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento; nelle distinte e ricevute dovranno essere riportate in modo analitico le prestazioni effettuate e il relativo costo. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.
- "scheda anamnestica" redatta dal medico curante sulla base del modello allegato al presente contratto (e/o contenuto nella "Guida al piano sanitario").

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, **UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione. Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra.** In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.
**L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.**
**Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicurative richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità previste nelle singole garanzie di polizza, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.**

### C.1.3 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, **le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti C.1.1 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie diverse dall'odontoiatria/ortodonzia)",**

**C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie odontoiatria/ortodonzia)", C.1.4 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie diverse dall'odontoiatria/ortodonzia)" o C.1.5 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie odontoiatria/ortodonzia)".**
**Per chiedere il rimborso di quanto speso l'Assicurato può utilizzare la funzione di richiesta rimborso disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti del sito www.unisalute.it e caricare i documenti in formato elettronico. In alternativa può usare il modulo cartaceo.**
**Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, se prevista, l'Assicurato dovrà fornire copia della cartella clinica conforme all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.**

## C.1.4 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE DIVERSE DALL'ODONTOIATRIA/ORTODONZIA)

**L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/ o terapeutiche richieste.**
**La Società provvederà ad inviare alla struttura convenzionata la "presa in carico" relativa alle prestazioni che rientrano in copertura. La "presa in carico" varrà nei limiti temporali nella stessa indicati, fino alla concorrenza dei massimali e nei limiti previsti nelle singole garanzie.**
**In caso di ricovero, per permettere alla Compagnia di valutare la copertura, è necessario inviare la documentazione necessaria all'istruttoria della pratica, almeno 5 giorni prima della data prevista per l'evento.**
**In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere, al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura, la lettera d'impegno, con cui l'Assicurato si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dal piano, e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.**
In caso di **prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.**
La Società provvederà a **liquidare** direttamente alla struttura convenzionata **le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.**
La struttura sanitaria non potrà 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.
Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi **prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Assicurato potranno essere rimborsate solo se prevista tale modalità di erogazione e con l'applicazione delle condizioni indicate nelle rispettive garanzie di polizza. L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.**

## C.1.5 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE ODONTOIATRIA/ORTODONZIA)

**L'Assicurato, o il Centro odontoiatrico convenzionato, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al fine di attivare la verifica della copertura assicurativa** e la conseguente trasmissione della "presa in carico" al centro odontoiatrico relativa alle prestazioni sanitarie cui l'Assicurato stesso ha diritto.
**In occasione del primo sinistro** nella struttura sanitaria convenzionata, **il dentista provvederà all'effettuazione della prima visita e redigerà la "scheda anamnestica" relativa all'apparato masticatorio dell'Assicurato, mentre le eventuali prestazioni necessarie saranno elencate nel piano terapeutico.**
**Il dentista invierà alla Società:**

- la scheda anamnestica compilata in ogni parte;

l'eventuale piano terapeutico, condiviso con l'Assicurato, insieme ai referti, alle radiografie, ecc.;

**Successivamente all'esame di tale documentazione la Società provvederà ad inviare alla struttura convenzionata la "presa in carico" relativa alle prestazioni che rientrano in copertura.**
**La "presa in carico" varrà nei limiti temporali nella stessa indicati, fino alla concorrenza dei massimali e nei limiti previsti nelle singole garanzie.**
**All'atto dell'effettuazione delle prestazioni, l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e sottoscrivere la lettera di impegno.**
**La Società provvederà, nei limiti indicati nelle singole garanzie, a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni prese in carico. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.**

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese restanti a suo carico per prestazioni non completamente pagate dalla Società, non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale Assicurato, non prese in carico.
Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi **prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Assicurato potranno essere rimborsate solo se prevista tale modalità di erogazione e con l'applicazione delle condizioni indicate nelle rispettive garanzie di polizza.**
**L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.**

## SEZIONE SECONDA

### C.1.6 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE DA PARTE DELLA SOCIETÀ

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, dovranno:

a) chiamare il **numero verde gratuito 800-822460** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre alla Società 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;
- il certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la relativa data d'insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata 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);
- il 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 alla Società tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il tardivo o omesso contatto con la Centrale Operativa potrebbe comportare l'impossibilità per la Società di erogare il miglior servizio nell'ambito della propria rete convenzionata.

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

Nel caso in cui l'Assicurato sia riconosciuto in stato di non autosufficienza, ma la situazione non risulti consolidata, la Società, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Assicurato.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. 12.5 "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. 12.5 "Definizione dello stato di non autosufficienza", **se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, , 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 alla Società.
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 dell'Assicurato;**
- **riscontrare uno stato di non autosufficienza suscettibile di miglioramento, rimandando la valutazione alla stabilizzazione delle condizioni di salute;**

**La Società 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.**
**Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato dalla Società quando il contratto sia ancora in vigore e:**
- **sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione;**
- **siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l'aggravarsi dello stato di salute dell'Assicurato intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione.**

**Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, con le modalità di cui agli articoli C.1.7.1 e C.1.7.2 decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Assicurato.**

## C.1.7. MODALITÀ DI RIMBORSO / RICHIESTA DI EROGAZIONE DI SERVIZI

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'articolo 12.5 "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in Stato di non autosufficienza, oltre all'attivazione di un numero verde specifico attivo 24 ore su 24, anche a richiedere il rimborso spese sostenute in caso di permanenza in RSA o l'erogazione delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali per un valore corrispondente alla **somma garantita - entro i limiti previsti all'articolo 12.3 "Massimale mensile assicurato" - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi articoli C.1.7.1 e C.1.7.2:**

- erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali, per mezzo di strutture e/o personale convenzionato;

- rimborso della retta mensile in caso di permanenza in RSA.

## C.1.7.1 EROGAZIONE DIRETTA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E/O SOCIO ASSISTENZIALI

In caso di erogazione delle prestazioni di cui al punto 1), avvalendosi quindi di strutture e/o di personale convenzionati con la Società, la stessa provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate. Si precisa che qualora l'assicurato opti per il pagamento diretto da parte della compagnia, della badante, il contratto di assunzione della stessa dovrà comunque essere sottoscritto personalmente dall'assicurato oppure, ove ciò non sia possibile, dal suo amministratore di sostegno o tutore legale o familiare preposto alla cura dell'Assicurato.
La struttura e/o il personale 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 la somma assicurata o non autorizzate dalla Società.

## C.1.7.2 RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE A SEGUITO DI PERMANENZA IN RSA

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;
- il certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la relativa data d'insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata 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);
- il 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 alla Società tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il fascicolo dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle rette di degenza in RSA.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato su presentazione alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, 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.

## C.1.8 ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

**La Società 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 necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.**
**In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data della richiesta della Società.**

## C.1.9 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA DA PARTE DELLA SOCIETÀ

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà:

c) chiamare il numero verde gratuito **800-822460** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre alla Società ai fini della valutazione medica finale;
d) 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 alla Società tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

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

Se lo stato di non autosufficienza è 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, la Società, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

In risposta, la Società 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. 12.4 "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. 12.4 "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 alla Società.
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.**

**La Società 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 C.1.7.1 e C.1.7.2 decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione** dello Stato di non autosufficienza temporaneo dell'Assicurato.

## C.2 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società
La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società
La documentazione di spesa ricevuta dalla Società in copia fotostatica viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre – **qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali – si restituisce all'Assicurato, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.**

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:
- **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e valutate nel corso del mese;
- **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.

## C.3 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.
I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo tra i primi due, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.
Il Collegio Arbitrale risiede e si riunirà nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicili elettivo dell'Assicurato.
Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo Arbitro ed è esclusa ogni responsabilità solidale.
Le decisioni del Collegio Arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.
I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.
Resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.
Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

## C.4 INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL PROVVEDIMENTO IVASS 7/2013

Il 16 luglio 2013 l'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni ha pubblicato il Provvedimento n. 7 (di seguito, il "Provvedimento") in materia di home insurance.
In particolare, l'home insurance mira a semplificare e velocizzare il rapporto con l'impresa di assicurazione attraverso una più efficace gestione dei rapporti contrattuali assicurativi anche in via telematica.
La Compagnia, da sempre attenta alla tutela della propria clientela, condividendo le finalità del Provvedimento, ha attivato un'"Area provv. IVASS 7/2013" accessibile dal sito internet, alla quale ciascun Cliente potrà accedere. Si

segnala che la predetta area sarà differente dall' "AREA SERVIZI CLIENTI" già presente e attiva da tempo sulla home page della Compagnia.
Al riguardo si precisa che, secondo quanto previsto dal Provvedimento, sarà possibile accedere all'area IVASS richiedendo le credenziali di accesso all'area riservata direttamente sul sito internet della Compagnia. Successivamente al primo accesso, la Compagnia fornirà le credenziali personali, che consentiranno di consultare le coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali, lo stato dei pagamenti e le relative scadenze.

## C.5 INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

**1. Informazioni generali**

a. 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 dei gruppi assicurativi al n. 046.
b. Sede legale e Direzione Generale Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia).
c. Recapito telefonico +39 051 6386111 - fax +39 051 320961 – sito internet www.unisalute.it –indirizzo di posta elettronica unisalute@pec.unipol.it
d. La Società 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.

**2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa**

Le informazioni che seguono sono inerenti all'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2017.
Patrimonio netto: milioni di € 152,50
Capitale sociale: milioni di € 17,5
Totale delle riserve patrimoniali: milioni di € 135

L'indice di solvibilità al 31 dicembre 2017, determinato ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, è pari a 1,32 volte il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR). I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della cosiddetta formula standard market wide.

## ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI

- Diabete complicato, caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
  a) Ulcere torpide e decubiti
  b) Sovrainfezioni
  c) Infezioni urogenitali
  d) Ipertensione instabile
  e) Neuropatie
  f) Vasculopatie periferiche
- Insufficienza cardiaca e labile compenso, caratterizzata da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
  a) Dispnea
  b) Edemi declivi e stasi polmonare
  c) Ipossiemia
  d) Alterazione equilibrio idro-salino
  e) Riacutizzazione-acuzio
  f) Aritmie
- Cardiopatia ischemica
- Insufficienza cardiaca congestizia
- Angina instabile
- Aritmie gravi
- Infarto e complicanze
- Insufficienza respiratoria, caratterizzata da almeno tre tra le seguenti manifestazioni:
  a) Acuta
  b) Edema polmonare
  c) Cronica in trattamento riabilitativo
  d) Con ossigenoterapia domiciliare continuata
  e) Cronica riacutizzata
  f) Con ventilazione domiciliare
- Insufficienza renale acuta
- Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico, emodialitico e peritoneale
- Neoplasia maligne – accertamenti e cure
- Gravi traumatismi – se controindicato intervento chirurgico – comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni
- Gravi osteoartropatie e collagenosi con gravi limitazioni funzionali che comportino anchilosi o rigidità articolari superiori al 50%
- Patologie neuromuscolari evolutive
- Tetraplegia
- Sclerosi multipla
- Sclerosi laterale amiotrofica
- Miopatie
- Ustioni gravi (terzo grado) con estensioni almeno pari al 20% del corpo
- Vasculopatie ischemico-emorragico-cerebrali
- M. di Parkinson caratterizzato da:
  - riduzione attività motoria
  - mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta
- Stato di Coma
- Alzheimer

**Allegato 1**

# SCHEDA ANAMNESTICA ODONTOIATRICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Il Sottoscritto/a | | Denominazione Azienda/Ente (obbligatoria se la polizza è stipulata dall'Azienda/Ente) | |
| Nato a | il | Codice Fiscale \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | |
| Residente a | | Prov | CAP |
| Via/Piazza | | N° | N° tel. |

Gentile Cliente,
affinché Unisalute possa valutare la copertura delle prestazioni odontoiatriche che si appresta ad effettuare, è necessario che il **suo medico dentista** compili la Scheda Anamnestica odontoiatrica che segue. Tale scheda, formulata per rendere più agevole e uniforme lo stato di salute del suo cavo orale, una volta compilata in ogni sua parte, andrà inviata, unitamente alle fatture relative alle prestazioni a: **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO**.

**Terminologia:**

| | |
|---|---|
| **X** | Elemento mancante |
| **O** | Otturazione |
| **D** | Devitalizzazione |
| **In** | Intarsio |
| **RIC** | Ricostruzione |
| **W** | Corona |
| **F** | Fixture (impianti osteointegrati) |
| **Pf** | Protesi fissa |
| **Pm** | Protesi mobile |

| | |
|---|---|
| **Wor** | Oro-Resina |
| **Woc** | Oro-Ceramica |
| **Wlp** | Lega Preziosa |
| **Wlnp** | Lega Non Preziosa |
| **P** | Perno moncone |
| **S** | Scheletrito |
| **Dp** | Dente Pilastro |

## Schema

| **DX** | | | | | | | **SUPERIORE** | | | | | | | | **SX** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| **DX** | | | | | | | **INFERIORE** | | | | | | | | **SX** |

Note:

**Firma del medico curante (dentista)**

**Data**

**Allegato 2**

# INFORMATIVA PRIVACY

## Informativa al cliente sull'uso dei tuoi dati personali e dei tuoi diritti

**Gentile Cliente**, ai sensi dell' Art. 13 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento"), ti informiamo che, per fornirti i nostri prodotti e/o servizi assicurativi, eventualmente anche a favore dei tuoi familiari assicurati, UniSalute S.p.A. ha la necessità di utilizzare alcuni dati che ti riguardano e che riguardano i tuoi familiari e conviventi, per le finalità e nei termini di seguito indicati.

**QUALI DATI RACCOGLIAMO**

Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, data di nascita, indirizzo di residenza, recapito telefonico e di posta elettronica), che tu stesso o altri soggetti ci fornite, indispensabili per fornirti i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione , e in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria o in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza . In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirti correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi a tuoi recapiti (recapiti telefonici e indirizzo di posta elettronica) può inoltre risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

Se deciderai di registrarti all' "Area riservata" del nostro sito internet e/o di scaricare la nostra App UniSalute per dispositivi mobili utilizzeremo questi dati anche per identificarti come nostro assicurato e per fornirti i servizi previsti dalla tua polizza ed inviarti le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite. Il conferimento di questi dati è necessario per permettere a te ed ai tuoi familiari eventualmente assicurati di ottenere i servizi online tramite l' "Area riservata" del nostro portale internet o direttamente tramite l'App UniSalute dal tuo smartphone, e per fornirti, a mezzo email, SMS o, limitatamente all'App, tramite notifiche push, informazioni sullo stato delle tue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri, anche riguardanti la posizione dei tuoi familiari eventualmente assicurati.

Raccogliamo inoltre categorie particolari di dati (idonei a rivelare le tue condizioni di salute, come quelli riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, ecc., inviatici in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell' "Area riservata" del sito UniSalute, o utilizzando la fotocamera dello smartphone per l'App) per dare corso alle prestazioni previste dalla tua polizza e per fornirti i servizi richiesti, nonché per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite)2 e per adempimenti normativi3. Il conferimento di questi dati è necessario per poterti fornire le prestazioni assicurative, ma potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso tuo o del tuo eventuale familiare/convivente interessato .

I tuoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che ti riguardano o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa3. I tuoi dati personali saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 10 anni).

**PERCHÈ TI CHIEDIAMO I DATI**

I tuoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da te richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi dei dati (esclusi quelli particolari), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i tuoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo8. Il trattamento per le finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv) è necessario per il perseguimento dei legittimi interessi della nostra Società e delle altre Società del nostro Gruppo allo svolgimento delle sopra indicate attività.

**COME TRATTIAMO I TUOI DATI**

I tuoi dati e quelli dei tuoi familiari eventualmente assicurati non saranno soggetti a diffusione, saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che ti riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa, che operano quali responsabili del trattamento per nostro conto . Ove necessario, e limitatamente alle finalità assicurative, i dati personali potranno essere trattati, per attività amministrative e contabili, anche da altre Società facenti parte, come la Titolare UniSalute, del Gruppo Unipol . Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i dati potranno essere comunicati anche a società assicurative, non appartenenti al Gruppo, ove indispensabili per il perseguimento da parte della nostra Società e/o di queste ultime società di legittimi interessi correlati a tali esigenze o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale.

Potremo trattare eventuali dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi allo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto l'esplicito consenso della persona interessata (tu o tuo eventuale familiare/convivente).

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore dei tuoi familiari/conviventi, alcuni dati, anche rientranti nella categoria di dati particolari, relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore saranno messi a tua conoscenza, ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti. Ciascun beneficiario della tua polizza potrà tuttavia registrarsi individualmente all' "Area riservata" del nostro sito internet e/o scaricare la nostra App UniSalute per dispositivi mobili e gestire così in autonomia la propria posizione anche in riferimento ai propri dati personali.

**QUALI SONO I TUOI DIRITTI**

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) ti garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che ti riguardano, di richiedere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione o la limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, la portabilità dei dati che ci hai fornito, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20), di opporti al trattamento per motivi legati alla tua situazione particolare, nonché, ove il trattamento dei tuoi dati sia basato sul consenso da te espresso, di revocarlo senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca.

Titolare del trattamento dei dati personali è UniSalute S.p.A. (www.unisalute.it) con sede in Via Larga, n. 8 - 40138 Bologna (BO).

Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a tua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrai contattarlo presso l'indicata sede di UniSalute S.p.A., al recapito privacy@unisalute.it, al quale potrai rivolgerti, oltre che per l'esercizio dei tuoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati di cui alla nota (6). Resta fermo il tuo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei tuoi dati personali e dei tuoi diritti in materia.

---

[1] Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.) da cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; soggetti ai quali, per soddisfare le tue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.

[1] Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la prevenzione e l'accertamento, di concerto con le altre compagnie del Gruppo Unipol, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tariffarie.

[1] Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali, (iii) adempimenti in materia di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per il riscontro.

[1] Ai sensi dell'art. 9 del Regolamento, per categorie particolari di dati si intendono i dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.

[1] Ti facciamo inoltre presente che il trattamento dei dati personali, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato da UniSalute, senza il tuo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da te richieste o previste in tuo favore, per l'adempimento di obblighi posti dalla legge a carico di UniSalute, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto assicurativo e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute e delle Società del Gruppo Unipol (es.: prevenzione e contrasto di frodi, difesa di diritti in sede giudiziaria). Resta fermo l'eventuale trattamento di tali dati, ove indispensabile per lo svolgimento di investigazioni difensive e per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti illeciti o fraudolenti.

[1] In particolare, i tuoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da UniSalute S.p.A., da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it) e da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali; investigatori privati; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è

disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.

[1] Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

[1] Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. L'elenco delle società del Gruppo è disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it