

FONDO FASDA

Dipendenti Federculture

**Allegato al Protocollo d'intesa
Fondo Fasda/Federculture**

Glossario

Parte A – Gestione UNISALUTE (pag. 10 / 68)

Parte B – Gestione Fondo FASDA (pag. 69 /70)

INDICE

GLOSSARIO	4
PARTE A – GESTIONE UNISALUTE	10
1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	10
2. PERSONE ASSICURATE	12
3. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO (COME DA ALLEGATO A- ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI) E PARTO E ABORTO.....	12
3.1. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO (COME DA ALLEGATO A- ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI) 12	
3.2. TRASPORTO SANITARIO.....	13
3.3. TRAPIANTI.....	13
3.4. COLONSCOPIE E GASTROSCOPIE OPERATIVE.....	13
3.5. INTERVENTI PER LA CORREZIONE DEI DIFETTI VISIVI	13
3.6. NEONATI.....	14
3.7. PARTO E ABORTO	14
3.7.1. PARTO CESAREO.....	14
3.7.2. PARTO NON CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO	14
3.8. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI.....	15
3.9. INDENNITÀ SOSTITUTIVA (come da allegato A - elenco interventi chirurgici)	16
3.10. INDENNITÀ SOSTITUTIVA (come da allegato B - elenco interventi di Artroprotesi e Artrodesi).....	16
3.11. INDENNITÀ SOSTITUTIVA DA GRAVI EVENTI MORBOSI (come da allegato C – ELENCO PATOLOGIE DI IMPORTANZA RILEVANTE -gravi eventi morbosi)	16
3.12. OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE	16
3.13. MASSIMALE ASSICURATO.....	17
4. PRESTAZIONI E ACCERTAMENTI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	17
5. PACCHETTO MATERNITÀ	19
6. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI.....	19
7. INFILTRAZIONI	20
8. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI	20
9. IMPLANTOLOGIA.....	21
9.1. APPLICAZIONE DI TRE O PIÙ IMPIANTI.....	21
9.2. APPLICAZIONI DI DUE IMPIANTI	21
9.3. APPLICAZIONE DI UN IMPIANTO	21
10. AVULSIONE FINO AD UN MASSIMO DI 4 DENTI (Solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia) 22	
11. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO	22

12.	INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO	23
13.	CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE E PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE ODONTOIATRICHE DIVERSE DA PROTESI E ORTODONZIA	24
14.	LENTI E OCCHIALI	24
15.	VACCINI PER HERPES ZOSTER, MENINGOCOCCO e HPV	24
16.	DIAGNOSI COMPARATIVA	25
17.	SINDROME METABOLICA	26
18.	PACCHETTO SALUTE	27
19.	PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA	28
20.	SERVIZIO MONITOR SALUTE	28
20.1.	VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PER PATOLOGIE CRONICHE	29
21.	CRITICAL ILLNESS	29
21.1.	OGGETTO DELLA GARANZIA	29
21.2.	CARENZA	32
21.3.	SOMMA ASSICURATA	32
21.4.	OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO	32
21.5.	TERMINE PER L'INDENNIZZO	32
22.	COUNSELING PSICOLOGICO	33
23.	PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE	33
24.	SERVIZI DI CONSULENZA	33
25.	STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE	34
25.1.	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	34
25.2.	DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATO/PERMANENTE	34
25.3.	CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ	38
25.4.	MASSIMALE MENSILE ASSICURATO	39
25.5.	TERMINE PER L'INDENNIZZO	39
25.6.	MODALITÀ DI RICONOSCIMENTO DEL RISARCIMENTO/ DELL'EROGAZIONE DI SERVIZI DI ASSISTENZA.....	39
25.6.1.	Erogazione diretta della prestazione di assistenza e costruzione del Piano Assistenziale Individualizzato (di seguito PAI) 40	
25.6.2.	Richiesta di risarcimento del danno subito	41
26.	STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA PER ASSICURATI CON ETA' MINIMA 18 ANNI	41
26.1.	OGGETTO DELLA GARANZIA	41
26.2.	CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ	41
26.3.	SOMMA ASSICURATA	42
26.4.	DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA	42
26.5.	PIANO ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO (PAI) E PRESTAZIONI SANITARIE MEDICO ASSISTENZIALI FORNITE DA STRUTTURE CONVENZIONATE / RIMBORSO SPESE IN CASO DI PERMANENZA IN RSA	42
27.	GRAVE INABILITA' DETERMINATA DA INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO SUL LAVORO OPPURE DA GRAVI PATOLOGIE	45

	B – LIMITAZIONI	46
B.1.	ESTENSIONE TERRITORIALE	46
B.2.	ESCLUSIONI DALL' ASSICURAZIONE	46
B.3	LIMITI DI ETÀ	48
	C – SINISTRI	48
C.1	DENUNCIA DEL SINISTRO	48
C.2.1	SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	50
C.2.1	SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE DIVERSE DALL'ODONTOIATRIA/ORTODONZIA)	51
C.2.1	SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE ODONTOIATRIA/ORTODONZIA)	51
C.2	RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE DA PARTE DELLA SOCIETÀ	52
C.2.1	EROGAZIONE DIRETTA DELLA PRESTAZIONE DI ASSISTENZA E COSTRUZIONE DEL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (di seguito PAI)	54
C.2.2	RICHIEDA DEL RISARCIMENTO DEL DANNO SUBITO	55
C.2.3	ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	55
C.3	RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA DA PARTE DELLA SOCIETÀ	56
C.3.1	MODALITA' DI RIMBORSO/RICHIEDA DI EROGAZIONE DI SERVIZI DI ASSISTENZA	57
C.3.1.1	EROGAZIONE DIRETTA DELLA PRESTAZIONE DI ASSISTENZA	58
C.3.1.2	RICHIEDA DI RIMBORSO SPESE	58
C.3.2	ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	58
C.4	GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA	59
C.5	INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS 41/2018	59
	ALLEGATO A - ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI	60
	ALLEGATO B – INTERVENTI DI ARTROPROTESI E ARTRODESI	67
	ALLEGATO C – ELENCO PATOLOGIE DI IMPORTANZA RILEVANTE -gravi eventi morbosi	68
	PARTE B – GESTIONE DIRETTA FASDA	69
1.	VISITE SPECIALISTICHE	69
2.	TICKET SANITARI	70

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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.

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.

Best Doctors

La Società che coadiuva UniSalute nella gestione dei sinistri previsti alla garanzia "Diagnosi comparativa": Best Doctors, Calle Almagro, 36, 28010 Madrid – Spagna.

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 termali

Trattamenti effettuati in Centri / Stabilimenti riconosciuti che possono utilizzare acque termali e loro derivati a fini terapeutici.

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.

Dispositivo medico

Dispositivo, compreso il software informatico, impiegato a scopo di controllo e monitoraggio della patologia cronica secondo quanto previsto nella garanzia "Servizio Monitor Salute".

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.

Grandi interventi chirurgici

Interventi chirurgici e patologie riportati nelle Condizioni di assicurazione.

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.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

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.

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 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.

Questionario Monitor Salute

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

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.

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.

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.

SiSalute

Divisione della Società Unisalute Servizi S.r.l.

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.

UniSalute Servizi S.r.l.

Società di servizi, interamente controllata da UniSalute S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo, che svolge attività di servizi nel settore dell'assistenza alla persona e in particolare nel settore dell'assistenza sanitaria integrativa.

PARTE A - GESTIONE UNISALUTE

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute dall'Assicurato per:

SEZIONE PRIMA

- ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (come da allegato A - elenco interventi chirurgici);
- parto e aborto;
- ospedalizzazione domiciliare;
- prestazioni e accertamenti di alta specializzazione;
- pacchetto maternità;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- implantologia;
- avulsione fino ad un massimo di 4 denti (solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia);
- cure dentarie da infortunio;
- interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- cure odontoiatriche, terapie conservative e prestazioni diagnostiche odontoiatriche diverse da protesi e ortodonzia;
- lenti e occhiali;
- vaccini per Herpes Zoster, Meningococco e HPV
- diagnosi comparativa;
- sindrome metabolica;
- pacchetto salute;
- procreazione medicalmente assistita;
- Servizio Monitor Salute;
- Critical Illness;
- Counselling Psicologico;
- prestazioni a tariffe agevolate;
- servizi di consulenza.

SEZIONE SECONDA

- stati di non autosufficienza consolidata/permanente;
- Stati di non autosufficienza temporanea per assicurati con età minima 18 anni;
- Grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro oppure da gravi patologie.

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

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 Federculture

SEZIONE PRIMA

3. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO (COME DA ALLEGATO A- ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI) E PARTO E ABORTO

3.1. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO (COME DA ALLEGATO A- ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI)

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

a) Pre- ricovero

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

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento **(risultante dal referto operatorio)**; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

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.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 400,00 al giorno.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 40 giorni per ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 70,00 al giorno per un massimo di 40 giorni per ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

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 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

3.2. 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 € 2.000,00 per ricovero.

3.3. TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (come da allegato A - elenco interventi chirurgici)" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

3.4. COLONSCOPIE E GASTROSCOPIE OPERATIVE

Nel caso di colonscopie e gastroscopie operative, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (come da allegato A - elenco interventi chirurgici)", con i relativi limiti in esso indicati. La garanzia è prestata fino ad un limite massimo di € 2.000,00 per persona.

3.5. INTERVENTI PER LA CORREZIONE DEI DIFETTI VISIVI

La società provvede al pagamento delle spese per gli interventi di chirurgia refrattiva, nonché i trattamenti con laser ad eccimeri qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.

La presente copertura è operante esclusivamente per gli Assicurati con età compresa tra i 25 anni compiuti e i 40 anni compiuti.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 500,00 per occhio.

3.6. NEONATI

La Società provvede al pagamento delle spese per interventi effettuati **nel primo anno di vita del neonato** per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in una struttura alberghiera per il periodo del ricovero, nel limite annuo di **€ 13.000,00**. Gli interventi sopra elencati sono in copertura anche se il neonato non è iscritto al momento della nascita.

3.7. PARTO E ABORTO

3.7.1. 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 "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (come da allegato A - elenco interventi chirurgici)" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore; g) "Post-ricovero", e "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.**

La garanzia è prestata fino ad un **massimo di € 2.000,00 per anno assicurativo e per persona**, 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"**.

3.7.2. PARTO NON CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO

In caso di parto non cesareo, 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 "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (come da allegato A - elenco interventi chirurgici)" 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 "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (come da allegato A - elenco interventi chirurgici)", lett. g) "Post-ricovero", e "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.**

La garanzia è prestata fino ad un **massimo di € 2.000,00 per anno assicurativo e per persona**, 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"**.

3.8. 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 "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (come da allegato A - elenco interventi chirurgici)":

- lett. a) "Pre ricovero";
- lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto "Trasporto sanitario";

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

punto "colonscopie e gastroscopie operative";

punto "Interventi per la correzione dei difetti visivi";

punto "Neonati";

punto "Parto e aborto";

punto "Ospedalizzazione domiciliare"

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.

Qualora l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la società, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato nel limite di un massimale pari ad € 12.000,00 per intervento, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

punto "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (come da allegato A - elenco interventi chirurgici)":

- lett. d) "Retta di degenza";
- lett. e) "Accompagnatore";
- lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto "Trasporto sanitario";

punto "colonscopie e gastroscopie operative";

punto "Interventi per la correzione dei difetti visivi";

punto "Neonati";

punto "Parto e Aborto"

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero (come da allegato A - elenco interventi chirurgici) 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 "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".

3.9. INDENNITÀ SOSTITUTIVA (come da allegato A - elenco interventi chirurgici)

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 € 200,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 150 giorni per ogni ricovero.

3.10. INDENNITÀ SOSTITUTIVA (come da allegato B - elenco interventi di Artroprotesi e Artrodesi)

Gli interventi chirurgici previsti nell'allegato B possono essere effettuati esclusivamente nel Servizio Sanitario Nazionale. L'Assicurato avrà diritto a un'indennità di €. 200,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 150 giorni per ogni ricovero.

3.11. INDENNITÀ SOSTITUTIVA DA GRAVI EVENTI MORBOSI (come da allegato C – ELENCO PATOLOGIE DI IMPORTANZA RILEVANTE -gravi eventi morbosi)

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 € 100,00 per ogni notte di ricovero fino al 30° giorno di ricovero.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere gli importi suindicati per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

3.12. OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

La Società, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, per ricovero indennizzabile a termini di polizza, e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica. La Società concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 10.000,00 per persona.

3.13. MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 120.000,00 per persona.

4. PRESTAZIONI E ACCERTAMENTI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx tutte
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urea Breath test per la ricerca di HP Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Ecocardiografia
- Ecocolordoppler dei vasi del collo
- Ecocolordoppler venoso e arterioso arti inferiori
- Ecografie
- Elettroencefalogramma

- Elettromiografia
- Epiluminescenza
- Mammografia o Mammografia Digitale
- Mappatura dei nei
- PET
- Polisonnografia (in caso di ricovero viene intaccato il massimale alta specializzazione)
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)
- Holter pressorio
- MOC
- Amniocentesi per donne > 35 anni
- Prelievo dei villi corali
- Esofagogastroduodenoscopia diagnostica
- Pancolonscopia diagnostica
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscopia diagnostica
- Tonografia
- Cistoscopia diagnostica

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Radioterapia

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con 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.

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 15.000,00 per persona.

5. PACCHETTO MATERNITÀ

Sono comprese nella garanzia:

- 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a n.6 per gravidanza a rischio);
- le ecografie;
- le analisi clinico chimiche;
- amniocentesi e villocentesi: **per le donne di età ≥ 35 anni tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione mentre per le donne di età <35 anni sono riconosciute solo nel caso di malformazione famigliare in parenti di 2°grado o nel caso di patologie sospette.**

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 le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.200,00 per persona.

6. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici **a seguito di malattia o infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti 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.**

Sono escluse dalla garanzia prestazioni quali linfodrenaggio, pressoterapia, shiatsu.

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.

È prevista l'agopuntura effettuata da medico anche a fini antalgici per le seguenti patologie:

- emicrania;
- lombalgia;
- artrosi ginocchio.

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.

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

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

7. INFILTRAZIONI

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per infiltrazioni.

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 non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 30,00 per persona.

8. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto all'art. "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 30% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.

9. IMPLANTOLOGIA

Viene previsto un **massimale di € 2.800,00** per prestazioni di implantologia dentale in un anno assicurativo.

Si specifica che:

- le prestazioni sono erogabili **solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato con la Società**;
- le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate, **nella misura del 70%**, direttamente dalla Società alle strutture medesime;
- ai fini liquidativi **dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.**

9.1. APPLICAZIONE DI TRE O PIÙ IMPIANTI

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

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

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

9.2. APPLICAZIONI DI DUE IMPIANTI

Viene previsto un **sottomassimale annuo di € 950,00** nel caso di applicazione di due impianti previsti dal medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi ai 2 impianti.

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

Qualora, nel corso della medesima annualità di copertura, dopo aver attivato la garanzia prevista al punto "Applicazione di un impianto", si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del **sottomassimale di € 950,00** previsto in questa garanzia, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

9.3. APPLICAZIONE DI UN IMPIANTO

Viene previsto un **sottomassimale annuo di € 550,00** nel caso di applicazione di un impianto previsto dal piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi all'impianto.

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

10. AVULSIONE FINO AD UN MASSIMO DI 4 DENTI (Solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia)

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

Si specifica che:

- le prestazioni sono erogabili solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato con la Società;
 - le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto;
 - Ai fini liquidativi dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.
- Qualora il numero complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il numero sopra indicato, il relativo costo dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

11. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società liquida all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

- radiografie e referti radiologici;
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con 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.

Solo nel caso in cui l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società, nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale

non convenzionato con la Società le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

12. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

In deroga a quanto previsto all'art. "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.**

Le spese sostenute vengono liquidate nel limite annuo di € 2.300,00 per persona.

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.

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

13. CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE E PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE ODONTOIATRICHE DIVERSE DA PROTESI E ORTODONZIA

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento delle spese per cure odontoiatriche, terapie conservative e prestazioni diagnostiche odontoiatriche diverse da protesi e ortodonzia.

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 10% 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, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di un **minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura.**

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 100,00 per persona.

14. LENTI E OCCHIALI

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto, inclusa la montatura.

La presente garanzia si intende operante esclusivamente a fronte della prescrizione del medico oculista, o della certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus.

Nel caso delle spese sostenute per gli occhiali, montatura compresa, la Società provvederà al rimborso con l'applicazione di una **franchigia di € 50,00 per fattura e per persona.**

Nel caso di acquisto di lenti correttive a contatto, anche usa e getta, la Società provvederà al rimborso con l'applicazione di una **franchigia di € 50,00 per persona al complesso delle ricevute per le confezioni delle lenti acquistate nella medesima annualità assicurativa e inoltrate alla Società in un'unica soluzione.**

Il massimale assicurato per ogni biennio per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 100,00 per persona.

15. VACCINI PER HERPES ZOSTER, MENINGOCOCCO e HPV

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per i seguenti vaccini:

- 15.1. vaccino per Herpes Zoster per i soggetti cronici debilitati;**
- 15.2. vaccino per Meningococco.**
- 15.3. vaccino per HPV**

Per l'attivazione della garanzia l'Assicurato dovrà inoltrare copia della ricevuta fiscale, accompagnata dalla prescrizione medica.

Ogni rimborso verrà effettuato nel limite massimo di € 30,00 per singolo vaccino.

16. 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 **06 82958295** 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 **specificata patologia.**

17. SINDROME METABOLICA

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà **compilare il questionario** raggiungibile cliccando su www.unisalute.it e "confermare il suo invio" alla Società.

La stessa provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all'Assicurato l'esito della valutazione tramite e-mail mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password

La Società fornirà all'assicurato, indipendentemente dallo stato risultante dal questionario alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

La Società comunicherà l'esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assicurato verrà contattato dalla Società (via email, sms o telefono) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Solo nel caso in cui l'assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, la Società provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da **effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.**

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Al fine di incentivare l'Assicurato ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online personale in cui egli potrà registrare questi parametri.

La presente garanzia verrà prestata fino alla scadenza della polizza, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito Unisalute.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari **potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie convenzionate con Unisalute**. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle assicurate con la presente polizza, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui al relativo articolo contrattuale. Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle assicurate con la presente polizza, all'Assicurato verrà fornito un servizio di "fax-assistito" che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate con la Società a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.

18. PACCHETTO SALUTE

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

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

Prestazione previste per gli uomini e le donne:

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

Prestazione previste per gli uomini e per le donne una volta ogni due anni:

- Visita specialistica cardiologica con elettrocardiogramma di base (ECG)

Prestazione previste per gli uomini a partire dal compimento dei 45 anni:

- PSA (Specifico antigene prostatico)
- PSA Free

Prestazione previste per gli uomini a partire dal compimento dei 50 anni:

- Visita urologica

Prestazione previste per le donne a partire dal compimento dei 24 anni:

- Visita ginecologica
- Pap test

Prestazione previste per le donne a partire dal compimento dei 40 anni:

- Mammografia con prescrizione
- Visita senologica

19. PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 6, la Società rimborsa all'Assicurata le spese extra-ospedaliere sostenute per procreazione medico assistita.

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.

La garanzia è operante per le sole dipendenti donne.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.000,00 per persona.

20. SERVIZIO MONITOR SALUTE

Il Servizio Monitor Salute è offerto da UniSalute in collaborazione con Unisalute Servizi S.r.l., società controllata da Unisalute S.p.A., che commercializza servizi sanitari integrativi.

Si tratta di un servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di malattie croniche quali diabete tipo 2, ipertensione, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), rivolto agli Assicurati con età maggiore o uguale a 40 anni.

Per attivare il Servizio, l'Assicurato dovrà compilare l'adesione presente sul sito www.unisalute.it, reperibile nell'Area Riservata nella quale ogni Assicurato può accedere tramite proprie credenziali di accesso.

L'Assicurato dovrà quindi collegarsi al sito dedicato all'iniziativa, inserire il proprio codice fiscale e compilare il questionario oppure caricare un certificato medico che attesti la presenza di una delle patologie sopra citate.

Nel caso in cui l'Assicurato presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio, Unisalute Servizi S.r.l. provvederà all'invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all'attivazione degli stessi.

Unisalute, che interviene in qualità di Centro Servizi ai sensi della normativa sulla Telemedicina, provvederà a monitorare a distanza la malattia cronica e all'occorrenza contatterà telefonicamente l'Assicurato, per verificare i valori rilevati dai dispositivi medici.

L'Assicurato avrà inoltre a disposizione un massimale aggiuntivo per **visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti la sua condizione di cronicità, da poter eseguire nelle strutture convenzionate con UniSalute o poter ottenere il rimborso delle spese sostenute nel Servizio Sanitario Nazionale come indicato nell'Art. "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche".**

Per risolvere problemi di carattere tecnico e per richiedere invece informazioni sul servizio, l'Assicurato potrà contattare il numero verde dedicato **800-169009**.

La presente garanzia è prestata per l'intera annualità assicurativa sempre che l'Assicurato presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio.

20.1. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PER PATOLOGIE CRONICHE

Per gli Assicurati che sono entrati a far parte del programma di monitoraggio della cronicità, secondo i parametri indicati nell'Art. "Servizio Monitor Salute", la Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli Assicurati, con le modalità sotto indicate.

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 senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società, potrà rivolgersi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, 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 tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 200,00 per persona.

21. CRITICAL ILLNESS

21.1. OGGETTO DELLA GARANZIA

- La Società garantisce un importo una tantum nel caso in cui si manifesti in data successiva all'inizio della copertura, subiscano un intervento rientrante nell'elenco di seguito nominato "Malattie Gravi";

- venga loro diagnosticata una patologia rientrante nell'elenco di seguito nominato "Malattie Gravi";
- si trovino in una delle condizioni rientranti nell'elenco di seguito nominato "Malattie Gravi".

La somma assicurata non potrà essere corrisposta più volte a uno stesso Assicurato a seguito del ripetersi di interventi patologie o condizioni rientranti nell'elenco delle "Malattie Gravi" già indennizzate dalla Società ai sensi della presente garanzia. Differenti interventi, patologie o condizioni, ancorché correlate, potranno dar luogo a più indennizzi. Relativamente alle Neoplasie Maligne la somma assicurata non potrà essere corrisposta più volte in caso di recidive o metastasi.

Patologie o condizioni indennizzabili:

NEOPLASIE MALIGNI

In questa categoria sono ricomprese le neoplasie sia solide che liquide comportanti la crescita, invasione e diffusione incontrollata di organi o tessuti sani da parte di cellule con caratteristiche di malignità. Si esclude ogni forma tumorale della pelle con esclusiva diffusione superficiali differenti dal melanoma.

INFARTO MIOCARDICO ACUTO

Si intende un evento acuto che comporti la necrosi (morte cellulare) di una porzione del muscolo cardiaco quale conseguenza di una alterazione acuta dell'irrorazione sanguigna del muscolo stesso. L'evento deve essere testimoniato attraverso cartella clinica ospedaliera che documenti la diagnosi di infarto miocardico acuto secondo i criteri medico-scientifici accreditati per tale diagnosi. Viene espressamente esclusa da tale definizione l'angina.

ICTUS

Si intende un danno neurologico permanente per compromissione della fisiologica perfusione ematica delle strutture nervose del sistema nervoso centrale. Il danno deve essere testimoniato da idonei reperti neuroradiologici e da cartella clinica ospedaliera che documenti la diagnosi di ictus/ stroke sia ischemico che emorragico e le relative sequele neurologiche secondo i criteri diagnostici medico scientifici accreditati per tale diagnosi. In tale definizione sono specificamente esclusi gli attacchi ischemici transitori.

TRAPIANTO DI ALCUNI ORGANI E TESSUTI

Si intende l'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto di organi o tessuti di un altro individuo con lo scopo di sostituire organi o tessuti assenti o non correttamente funzionanti.

Ai fini della presente polizza si intendono compresi unicamente i seguenti trapianti: cuore, fegato, polmone, rene, pancreas e midollo osseo (usando le cellule staminali ematopoietiche preceduta da ablazione totale del midollo osseo).

Il riconoscimento della garanzia avviene a seguito della presentazione di idonea documentazione clinica dalla quale sia evidente che il trattamento con trapianto fosse ritenuto clinicamente indispensabile per il trattamento dell'insufficienza irreversibile dell'organo trapiantato.

Sono espressamente esclusi: Il trapianto di altre cellule staminali rispetto le emopoietiche e il trapianto di parti di un organo o di organi e tessuti differenti da quelli in elenco.

ANGIOPLASTICA CORONARICA

Gli interventi chirurgici, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, finalizzati alla correzione di stenosi o altre anomalie emodinamicamente significative di uno o più vasi coronarici. La Società richiederà la documentazione clinica relativa all'evento e la prova angiografica a supporto della necessità delle operazioni suddette.

INTERVENTO CHIRURGICO A CARICO DELLE VALVOLE CARDIACHE

Si intendono interventi chirurgici con tecnica a torace aperto e circolazione extracorporea, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, utili alla riparazione o alla sostituzione di una o più valvole cardiache che presentino anomalie o malfunzionamenti.

INTERVENTI CHIRURGICI A CARICO DELL'AORTA

Si intendono gli interventi chirurgici relativi alla necessità di correggere patologie a carico dell'aorta per stenosi, dissezione o aneurisma della stessa.

MALATTIA DI PARKINSON

Malattia neurodegenerativa per la quale, ai fini del riconoscimento, la diagnosi deve essere testimoniata attraverso idonea documentazione clinica che descriva i test, le valutazioni diagnostico-strumentali e relativi risultati coerenti con i criteri medico scientifici di diagnosi accreditati nelle linee guida internazionali specificatamente per la malattia di Parkinson. Nella definizione sono escluse altre sindromi neurologiche degenerative e malattie extrapiramidali (parkinsonismi).

MORBO DI ALZHEIMER

Malattia neurodegenerativa per la quale, ai fini del riconoscimento, la diagnosi deve essere testimoniata attraverso idonea documentazione clinica che descriva i test, le valutazioni diagnostico-strumentali e relativi risultati che siano previsti dai criteri medico scientifici di diagnosi accreditati nelle linee guida internazionali.

Ai fini della valutazione di tale condizione è richiesta, se non già presente nella documentazione clinica, la relazione di un medico specialista in neurologia o geriatria, redatta successivamente all'esame dei risultati di test psicotecnici (test Mini Mental Status Esame di Folstein), di tomografia assiale computerizzata (TC) e/o Risonanza Magnetica (RM).

PERDITA DELLA VISTA

Si intende la perdita permanente della vista in entrambi gli occhi come conseguenza di una malattia o infortunio nella misura in cui l'acuità visiva risulti minore o uguale ad 1/10 in entrambi gli occhi o nella misura in cui il campo visivo sia ridotto di arco a 20 gradi o meno a prescindere dalla corretta acuità visiva. Ai fini del riconoscimento è richiesta la presentazione di idonea documentazione clinica comprensiva degli esami diagnostico strumentali eseguiti. La società potrà richiedere per tale condizione approfondimenti ed eventuali altri esami ritenuti necessari dalla compagnia (es. potenziali visivi corticali etc.).

SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA)

Si intende la diagnosi di malattia neurodegenerativa del motoneurone nota in nella letteratura medica con il nome di Sclerosi Laterale Amiotrofica. Ai fini del riconoscimento la patologia deve essere testimoniata da idonea documentazione clinica riportante gli esiti dei test ed esami diagnostico strumentali previsti dalle attuali raccomandazioni internazionali contenute nelle linee guida medico scientifiche sulla materia.

INSUFFICIENZA RENALE CRONICA SEVERA CON NECESSITA' DI TRATTAMENTO DIALITICO

Si intende con tale condizione l'insufficienza renale severa ed irreversibile di entrambi i reni che ha imposto all'assicurato l'avvio del trattamento dialitico secondo la valutazione del medico nefrologo. Ai fini del riconoscimento della condizione è necessaria idonea documentazione clinica comprovante l'inserimento dell'assicurato in un programma di emodialisi renale periodica e continuativa. Non sono inserite in tale definizione le insufficienze renali acute reversibili che richiedano un trattamento dialitico temporaneo.

21.2. CARENZA

Relativamente agli stati patologici insorti precedentemente alla data di efficacia della copertura e non conosciuti dall'Assicurato, la garanzia sarà efficace per gli eventi che si manifestino decorsi 180 giorni dalla decorrenza contrattuale.

21.3. SOMMA ASSICURATA

La somma assicurata € 500,00.

21.4. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato o i suoi aventi causa devono presentare denuncia alla Società entro 60 giorni dalla data in cui è stata diagnosticata la patologia o dalla data in cui si è verificato l'evento in elenco, corredata dalla relativa documentazione medica in loro possesso, nonché sciogliere da ogni riserbo i medici curanti.

Nella fase di accertamento dell'indennizzabilità della garanzia, l'Assicurato o i suoi aventi causa, sotto pena di decadenza della relativa prestazione, si impegnano a fornire con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società, ai fini del predetto accertamento, nonché a presentare le eventuali prove utili alla Società per stabilire cause ed effetti della patologia o evento indennizzabile.

La Società, infine, nei casi dubbi, si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare la diagnosi di della patologia denunciata con propri medici di fiducia, i cui costi saranno a totale carico della Società medesima.

21.5. TERMINE PER L'INDENNIZZO

La Società verserà l'indennizzo se l'Assicurato si trova ancora in vita dopo 30 giorni dalla data della diagnosi o dalla data dell'intervento o dalla data di insorgenza della condizione presenti nell'elenco delle "Malattia Gravi".

22. COUNSELING PSICOLOGICO

La Società offre un servizio di Counseling Psicologico tramite Centro di Ascolto telefonico attivo 24 ore su 24, 7 giorni su 7, 365 gg/anno.

Ogni dipendente ha la possibilità di telefonare e parlare con uno psicologo.

La garanzia è operante per un massimo di 3 telefonate, elevate a 6 per le donne che hanno subito violenza.

I presenti servizi vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al **numero verde 06 82958295**.

23. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Qualora per una delle prestazioni appartenenti a una delle garanzie sopra indicate non sia attivabile la copertura nel piano sanitario per esaurimento del massimale o prestazione inferiore alla franchigia e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere alla struttura sanitaria convenzionata, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Si precisa che l'appuntamento potrà essere concordato direttamente tra l'Assicurato e la struttura stessa e successivamente comunicato ad Unisalute, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.

24. SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **06 82958295** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

In Centrale Operativa è inoltre sempre presente, anche di notte e nei giorni festivi, almeno un medico pronto a fornire consulenze telefoniche urgenti agli Assicurati i quali ne abbiano necessità.

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**.

c) Pareri medici

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.

SEZIONE SECONDA

25. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE

25.1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Quando l'Assicurato si trova in uno stato di **non autosufficienza consolidata/permanente**, come indicato al successivo punto **"Definizione dello stato di non autosufficienza"**, la Società garantisce, fintanto che l'assicurato sarà in vita, l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria oppure eroga un massimale a risarcimento del danno subito e a rimborso delle eventuali spese sanitarie sostenute. La scelta tra le suddette opzioni alternative tra loro deve essere effettuata dall'Assicurato al momento della denuncia del sinistro.

25.2. DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATO/PERMANENTE

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza permanente l'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 il questionario di valutazione funzionale 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 "Questionario di valutazione dell'accertamento dell'insorgenza di non autosufficienza").

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELL'ACCERTAMENTO DELL'INSORGENZA DI NON AUTOSUFFICIENZA:

ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA

LAVARSI**PUNTEGGIO****1° grado**

L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente Autonomo

0

2° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno

5

3° grado

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**

L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo

0

2° grado

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

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

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):

(1) andare in bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno

0

2° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)

5

3° grado

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

L'Assicurato è completamente continente

0

2° grado

L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno

5

3° grado

L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici

come catetere o colostomia

10

NUTRIRSI

PUNTEGGIO

1° grado

L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti

0

2° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività

preparatorie:

- sminuzzare/tagliare cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere

5

3° grado

L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal

piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale

10

25.3 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 limitazioni 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 medicinali ipertensivi,

mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 medicinali.

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

25.4 MASSIMALE MENSILE ASSICURATO

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al precedente articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza consolidato/permanente", il massimale mensile garantito per il complesso delle garanzie sotto indicate, corrisponde a € 900,00, di cui almeno € 100,00 devono essere obbligatoriamente utilizzate per l'erogazione diretta delle prestazioni di assistenza per mezzo di strutture e/o personale convenzionato con Unisalute.

25.5 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.

25.6 MODALITÀ DI RICONOSCIMENTO DEL RISARCIMENTO/ DELL'EROGAZIONE DI SERVIZI DI ASSISTENZA

Il riconoscimento dello **Stato di non autosufficienza consolidata/permanente** da parte della Società dà diritto all'Assicurato a richiedere - entro i limiti previsti al punto "**Massimale assicurato**" - l'erogazione delle prestazioni nelle forme di seguito indicate e dettagliate ai successivi punti 24.6.1, 24.6.2.

- **erogazione diretta delle prestazioni di assistenza**, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato con Unisalute e costruzione del Piano Assistenziale Individualizzato (di seguito P.A.I.);
- **risarcimento del danno in via posticipata con cadenza quadrimestrale** previa presentazione del certificato di esistenza in vita emesso dal medico curante o dall'ufficio anagrafico di residenza o rimborso delle eventuali spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza (su presentazione di copia fotostatica delle fatture/ ricevute, da cui risulti il relativo quietanzamento, oppure documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro).

L'erogazione della prestazione decorrerà 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.

25.6.1. Erogazione diretta della prestazione di assistenza e costruzione del Piano Assistenziale Individualizzato (di seguito PAI)

Si prevede la presa in carico totale dell'assicurato e l'erogazione dei seguenti servizi:

- **un servizio di Consulenza Organizzativa Socio Assistenziale:** il Case Manager effettua un'intervista telefonica al cliente non autosufficiente per raccogliere informazioni sanitarie, sociali, ed economiche ed individuare le competenze assistenziali necessarie sia pubbliche che private. Fornisce anche informazioni a carattere generale in merito alle principali gestioni burocratiche;
- **Valutazione sanitaria/clinica dell'assistito direttamente a domicilio** e raccolta di indicazioni di tipo familiare e socio/economico per la costruzione concertata del P.A.I.: ha lo scopo di valutare la persona dal punto di vista clinico, assistenziale, sociale ed economico per elaborare un piano di assistenza integrato che soddisfi tutte le necessità riscontrate:
 - viene fornita un'informativa generale valida su tutto il territorio nazionale che illustra le prestazioni messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale e i diritti a fronte di uno stato di non autosufficienza certificata;
 - Viene fornita una consulenza specifica del territorio di appartenenza del cliente realizzata attraverso un'intervista telefonica, atta a indirizzare il cliente e i famigliari verso i servizi preposti per le persone in stato di non autosufficienza.
- **Gestione ed organizzazione del P.A.I.:** permetterà l'attivazione delle prestazioni assistenziali/mediche che sono state valutate di concerto e ritenute necessarie e concordate con l'assicurato/familiari dell'assicurato rispetto anche alle reali esigenze assistenziali;
- **Erogazione dei servizi assistenziali:** la Centrale Operativa farà da tramite tra l'assicurato e il fornitore (ad es. Casa di Cura convenzionata con la Società) per creare un calendario delle prestazioni attivate e controllerà l'andamento del P.A.I. insieme al Case Manager.

Qualora l'Assicurato richieda l'erogazione diretta delle prestazioni di assistenza avvalendosi quindi di una struttura sanitaria convenzionata con la Società, la stessa provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

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 dalla Società.

In caso di ricovero, l'Assicurato dovrà inoltre sottoscrivere:

- al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura, la lettera d'impegno;
- all'atto delle dimissioni, i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extra-ricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

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

Qualora l'erogazione delle prestazioni in forma di assistenza diretta non raggiunga l'importo quadrimestrale di spettanza dell'Assicurato nel limite indicato al punto "Massimale Assicurato",

l'assicurato ha diritto di attivare per la parte di importo di cui non ha beneficiato della garanzia alle modalità indicate al successivo punto **"Richiesta del risarcimento"**.

25.6.2. Richiesta di risarcimento del danno subito

La richiesta del risarcimento del danno dovrà pervenire alla Società mediante presentazione da parte dell'Assicurato del modulo di denuncia del sinistro con allegata dichiarazione espressa di volersi avvalere della facoltà di usufruire del risarcimento, nel limite del massimale garantito indicato all'art. "Massimale assicurato", erogato in tre (3) rate quadrimestrali posticipate, su presentazione del certificato di esistenza in vita rilasciato dal medico curante o dall'ufficio anagrafico di residenza.

26. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA PER ASSICURATI CON ETA' MINIMA 18 ANNI

26.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

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

26.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

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

1. Avere limitazioni per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:
 - a) spostarsi,
 - b) lavarsi,
 - c) vestirsi,
 - d) nutrirsi.
2. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%
3. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di medicinali ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 medicinali.
4. Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica

26.3 SOMMA ASSICURATA

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

26.4 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA

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

- soddisfare la propria igiene personale (La capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo).
- nutrirsi (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire).
- spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio).
- vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente).

e necessari temporaneamente ma in modo costante:

- o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
o di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di ricovero.

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

26.5 PIANO ASSISTENZA 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. "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 **06 82958295** (o dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e fornire le informazioni richieste per poter fruire, nell'ambito del massimale mensile previsto all'art. "Massimale mensile assicurato" 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 "Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi". 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 sottoelencate, la Società, nei limiti del massimale mensile di cui all'art. "Massimale mensile assicurato", 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. "Massimale mensile assicurato", esclusivamente la retta mensile.

27. GRAVE INABILITA' DETERMINATA DA INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO SUL LAVORO OPPURE DA GRAVI PATOLOGIE

Limitatamente al massimale di € 7.000,00, la Società rimborsa le spese sanitarie e/o l'erogazione di servizi di assistenza (come indicati al punto "PIANI ASSISTENZIALI PER NON AUTOSUFFICIENZE") per stati di grave inabilità causati da infortunio (sul lavoro) che determina un'invalidità permanente superiore al 50% (tabella di riferimento I.N.A.I.L) oppure causati da una delle seguenti gravi patologie:

- Ictus;
- Sclerosi Multipla;
- Paralisi;
- Trapianto cuore, fegato, polmone, rene, midollo sp. o pancreas;
- Fibrosi cistica;
- Ischemia arterie vertebrali.

Si precisa che la garanzia è operante solamente qualora:

- l'infortunio sul lavoro deve essere documentato da certificato di Pronto Soccorso e deve essere avvenuto durante l'operatività del contratto;
- le gravi patologie elencate devono essere insorte durante l'operatività del contratto;

Si precisa che nel computo della percentuale di invalidità permanente verranno prese in considerazione solo le conseguenze dirette dell'infortunio, senza tener conto del maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Massimale pari a € 7.000,00 (settemila/zerozero). Tale massimale è da intendersi contrattuale e quindi fruibile nel corso dell'intera durata del contratto stesso.

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, fatta eccezione per gli interventi di correzione dei vizi di rifrazione, come previsto dalla garanzia "Interventi per la correzione dei difetti visivi";
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, compresi nell'elenco degli Interventi Chirurgici, resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto e salvo gli interventi di chirurgia plastica eseguiti sui neonati come previsto all'art. "Neonati");
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, salvo quanto previsto al punto "Procreazione Medicalmente Assistita";
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 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;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
12. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
13. 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;
14. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
15. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale;
16. le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Limitatamente alle garanzie a carattere odontoiatrico espressamente previste in copertura, l'assicurazione non è operante per:

- protesi estetiche;
- trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto "Stati di non autosufficienza Consolidata/Permanente" e "Stati di non autosufficienza temporanea per assicurati con età minima 18 anni" in aggiunta alle esclusioni sopraelencate, 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;
- l) di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici

B.3 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 74 anno di età dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza, al compimento del 75 anno d'età da parte dell'Assicurato.

C – SINISTRI

SEZIONE PRIMA

C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente chiedere la prenotazione o comunicare l'appuntamento delle prestazioni extraricovero sul sito www.unisalute.it utilizzando la funzione "Fai una nuova prenotazione" disponibile nella Home Page all'interno dell'Area Servizi Clienti.

È possibile inoltre accedere ai servizi di prenotazione delle prestazioni extraricovero, attraverso l'app "UniSalute Up" che si può scaricare direttamente su App Store e Play Store.

I servizi presenti sul sito www.unisalute.it e in Unisalute Up, permettono inoltre di visualizzare l'agenda degli appuntamenti per poterli modificare o disdire.

In caso di ricovero, o nel caso in cui non possa accedere ad internet o non possa scaricare la app "UniSalute Up", l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde gratuito 06 82958295 (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**, senza avere preventivamente contattato la Società, 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 – Via Larga 8 - 40138 Bologna BO, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite Corrieri) 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;
- nel caso di colonscopie e gastroscopie operative, copia del referto operatorio;
- in caso di Interventi per la correzione dei difetti visivi, copia completa della documentazione clinica anche precedente l'intervento e referto operatorio, conformi all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante, in caso di prestazioni del "Pacchetto maternità" la prescrizione deve attestare lo stato di gravidanza;
- 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 Assicuratrici 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 di cui al punto "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società" per le garanzie di ricovero e con le modalità riportate nei singoli punti delle garanzie di specialistica, 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 a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti – Via Larga 8 - 40138 Bologna BO, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite Corrieri) 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 Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere certificato, e di eventuali scoperti e franchigie previsti alle singole garanzie.

C.2.1 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti “Sinistri in strutture non convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie diverse dall'odontoiatria/ortodonzia)”, “Sinistri in strutture non convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie odontoiatria/ortodonzia)”, “Sinistri in strutture convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie diverse dall'odontoiatria/ortodonzia)” o “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, l'Assicurato dovrà fornire copia della cartella clinica conforme all'originale.

C.2.1 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.

In caso di ricovero e/o di colonscopia e/o gastroscopia e/o Interventi per la correzione dei difetti visivi 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 verranno liquidate con le modalità previste ai punti "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie diverse dall'odontoiatria/ortodonzia)" o "Sinistri nel servizio sanitario nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

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.2.1 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 verranno liquidate con le modalità previste ai punti "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie odontoiatria/ortodonzia)" o "Sinistri nel servizio sanitario nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

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.2 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 06 82958295** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389046) 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 mediche.

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. "Definizione dello stato di non autosufficienza", **se l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.**

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. "Definizione dello stato di non autosufficienza", **se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, 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 "Modalità di rimborso/Richiesta di erogazione di servizi" e "Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali" 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.2.1 EROGAZIONE DIRETTA DELLA PRESTAZIONE DI ASSISTENZA E COSTRUZIONE DEL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (di seguito PAI)

Qualora l'Assicurato richieda l'attivazione del servizio di assistenza, anche domiciliare, la Società provvederà a liquidare direttamente le strutture e/o il personale sanitario convenzionato con la Società nel limite della somma assicurata mensile prevista.

Si prevede la presa in carico totale dell'assicurato e l'erogazione dei seguenti servizi:

- un servizio di Consulenza Organizzativa Socio Assistenziale;
- Valutazione sanitaria/clinica dell'assistito direttamente a domicilio e raccolta di indicazioni di tipo familiare e socio/economico per la costruzione concertata del P.A.I.;
- Viene fornita un'informativa specifica del territorio di appartenenza del cliente realizzato attraverso un'intervista telefonica per facilitare l'accesso dello stesso alla richiesta e al disbrigo della parte burocratica;
- Gestione ed organizzazione del P.A.I.;
- Erogazione dei servizi assistenziali.

Qualora l'Assicurato richieda l'erogazione diretta delle prestazioni di assistenza avvalendosi quindi di una struttura sanitaria convenzionata con la Società, la stessa provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate nel limite della somma assicurata.

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 dalla Società.

In caso di ricovero, l'Assicurato dovrà inoltre sottoscrivere:

- al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura, la lettera d'impegno;
- all'atto delle dimissioni, i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extra-ricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

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

Qualora l'erogazione delle prestazioni in forma di assistenza diretta non raggiunga l'importo quadrimestrale di spettanza dell'Assicurato nel limite della somma assicurata, l'assicurato ha diritto di attivare la richiesta di risarcimento per la parte di importo di cui non ha beneficiato della garanzia alle modalità indicate al successivo punto "Richiesta del risarcimento".

C.2.2 RICHIESTA DEL RISARCIMENTO DEL DANNO SUBITO

La richiesta del risarcimento del danno dovrà pervenire alla Società mediante presentazione da parte dell'Assicurato del modulo di denuncia del sinistro con allegata dichiarazione espressa di volersi avvalere della facoltà di usufruire del risarcimento, nel limite del massimale garantito indicato all'art. "Massimale assicurato", erogato in tre (3) rate quadrimestrali posticipate, trasmettendo alla Società, ogni 4 mesi, il certificato di esistenza in vita rilasciato dal medico curante o dall'ufficio anagrafico di residenza

C.2.3 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 di inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data della richiesta della Società.

C.3 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:

- a) chiamare il **numero verde gratuito 06 82958295** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389046) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre alla Società ai fini della valutazione medica finale;
- b) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: UniSalute S.p.A. - servizi di liquidazione – Via Larga, 8 - 40138 Bologna - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

Tale fascicolo deve contenere:

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

suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

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

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Assicurato, dovrà essere inviata 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 EROGAZIONE DIRETTA DELLA PRESTAZIONE DI ASSISTENZA e RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione dello Stato di non autosufficienza temporaneo dell'Assicurato.

C.3.1 MODALITA' DI RIMBORSO/RICHIESTA DI EROGAZIONE DI SERVIZI DI ASSISTENZA

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

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

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

C.3.1.1 EROGAZIONE DIRETTA DELLA PRESTAZIONE DI ASSISTENZA

Qualora l'Assicurato richieda l'attivazione del servizio di assistenza, anche domiciliare, avvalendosi quindi di strutture e/o di personale sanitario convenzionati con la Società, la stessa provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate.

La struttura e/o il personale sanitario convenzionati non potranno comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale Assicurato o non autorizzate dalla Società.

C.3.1.2 RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE

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

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

Dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria. Nel caso in cui l'Assicurato sia assistito in modo continuativo da una badante, dovrà essere prodotta la documentazione idonea a comprovare l'esistenza del rapporto di lavoro.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato su presentazione 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.3.2 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 necessaria per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo o di inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data della richiesta della Società.

C.4 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:

1. **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e valutate nel corso del mese;
2. **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.5 INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS 41/2018

Il 1 luglio 2020 sono entrate in vigore le nuove disposizioni del Regolamento dell'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni n. 41/2018 (di seguito, il "Regolamento") 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 Regolamento IVASS 41/2018" 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.

ALLEGATO A - ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale (Contiene anche: Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali per via endocranica; Craniotomia per ematoma extradurale; Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali; Craniotomia a scopo decompressivo/esplorativo; Epilessia focale, intervento per; Tumori della base cranica, intervento per via transorale; Talamotomia pallidotomia ed altri interventi simili; Malformazione aneurismatica o angiomatosa intracranica, terapia chirurgica diretta.)
- Interventi di cranioplastica (Contiene anche: Cranioplastica; Craniostenosi.)
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale (Contiene anche: Ipofisi, intervento per neoplasie per via transfenoidale)
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/ o extramidollari) (Contiene: Tumori intramidollari, extramidollari, intradurali, intervento di lami-nectomia per)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale
- Trapanazione cranica per PIC e/o drenaggio ventricolare
- Ernia del disco dorsale, intervento per via trans-toracica
- **Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica**
- Deviazione liquorale diretta e indiretta, intervento di
- Traumi vertebro-midollari, intervento per via anteriore o posteriore
- Cerniera atlanto occipitale, intervento per malformazioni
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi
- Ascesso o ematoma intracranico, intervento per
- Mielomeningocele, intervento per
- Encefalomeningocele, intervento per
- Fistole artero-venose terapia chirurgica diretta
- Malformazioni e/o fistole vascolari cerebrali, embolizzazione e/o Gamma-Knife

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare (Contiene anche: Enucleazione globo oculare con impianto di protesi)
- Intervento di enucleazione del globo oculare (Contiene anche: Enucleazione globo oculare con impianto di protesi)
- Trapianto corneale a tutto spessore
- Intervento cataratta

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale (Contiene anche: Labbro e guancia, intervento di asportazione di neoplasie maligne con svuotamento della loggia sottomascellare; Lingua e pavimento orale, intervento di asportazione di neoplasie maligne con svuotamento latero-

cervicale)

- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale) (Contiene anche: Laringectomia totale o parziale con o senza svuotamento laterocervicale monolaterale; Laringectomia totale o parziale con svuotamento laterocervicale bilaterale; Laringofaringectomia totale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico (Contiene anche: Neurinoma dell'ottavo paio di nervi cranici)
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
- Atresia auris congenita
- Tumori maligni dell'orecchio, asportazione di
- Mastoidectomia radicale
- Otosclerosi, intervento completo
- Tonsillectomia con adenoidectomia

CHIRURGIA GENERALE

- Intervento per ernia femorale

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale (Contiene anche: Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale; Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale)
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Fistole e cisti congenite del collo, asportazione di
- Fistola esofago-tracheale, intervento per
- Paratiroidectomia totale
- Tiroidectomia parziale solo per patologia neoplastica maligna
- Linfadenectomia monolaterale e/o bilaterale (come unico intervento)
- Tracheostomia con tracheotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici (Contiene anche: Pleuro-pneumonectomia, intervento di; Pleurectomia per neoplasia maligna della pleura; Trachea, resezione e plastica per neoplasie maligne)
- Interventi per fistole bronchiali (Contiene anche: Fistole esofago-bronchiali, intervento per; Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi, intervento per)
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale (Contiene anche: Resezione segmentaria polmonare tipica; Resezione segmentaria polmonare atipica; Lobectomia, intervento di; Pneumonectomia, intervento di)
- Interventi per cisti o tumori del mediastino (Contiene anche: Mediastino, interventi per tumori e

cisti del; Linfadenectomia mediastinica)

- Cisti polmonari, asportazione di
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Timectomia

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica (Contiene anche: By-pass aorto-coronarico singolo; Sezione e legatura del dotto arterioso di Botallo; Pericardiectomia)
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Bypass vascolare extracranico-intracranico (EC-IC)
- Correzione chirurgica malformazioni congenite cardiache e dei grossi vasi
- Cardiocirurgia in C.E.C.
- Aneurismi aorta toracica e/o addominale, interventi per
- Aneurismi arterie viscerali e tronchi sovraortici, interventi per
- Aneurismi aorta addominale e tronchi sovraortici, intervento con posizionamento endovascolare di protesi
- By-pass aorto-iliaco o aorto-femorale, femoro-tibiale, femoro-femorale, femoro-popliteo, axillo-femorale
- By-pass aorto-renale o aorto-mesenterico con eventuale TEA
- By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavio
- Tromboendarteriectomia di carotide e vasi epiaortici (by-pass, patch, embolectomia, trapianto)
- Rivascolarizzazione miocardica, qualsiasi metodica
- Angioplastica coronarica percutanea con eventuale applicazione di stents
- Sostituzione valvolare singola
- Sostituzione valvolare multipla
- Valvuloplastica cardiocirurgica
- Commissurotomia per stenosi mitralica
- Difetto interatriale, correzione percutanea
- Ablazione transcatetere vie elettriche anomale (CARTO)

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago (Contiene anche: Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, con linfadenectomia; Esofago cervicale, resezione con esofagostomia; Esofago, resezione parziale con esofagostomia; Esofago-gastrectomia totale per via toracolaparotomica ed eventuale linfadenectomia)
- Interventi con esofagoplastica (Contiene anche: Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, con linfadenectomia; Esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonoplastica, sostitutiva o palliativa)
- Intervento per mega-esofago (Contiene anche: Megaesofago, intervento per; Megaesofago,

reintervento per)

- Resezione gastrica totale (Contiene anche: Esofago-gastrectomia totale per via toracolaparotomica ed eventuale linfadenectomia; Gastrectomia totale con linfadenectomia)
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia) (Contiene anche: Colectomie totali con eventuale stomia; Emicolectomia dx; Emicolectomia sx ed eventuale colostomia (Hartmann e altre); Procto-colectomia totale; Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale stomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano (Contiene anche: Retto, amputazione del, per neoplasia dell'ano con linfadenectomia inguinale bilaterale; Amputazione addomino-perineale sec. Miles, trattamento completo)
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale (Contiene anche: Megacolon, intervento per; Megacolon, colostomia per)
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale (Contiene anche: Tumore retroperitoneale, exeresi di)
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche (Contiene anche: Resezioni epatiche maggiori; Resezioni epatiche minori)
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale (Contiene anche: Varici esofagee, intervento transtoracico o addominale; Anastomosi porto-cava o spleno-renale mesenterica-cava)
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica (Contiene anche: Pancreatite acuta, intervento demolitivo)
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche (Contiene anche: Cefaloduodenopancreasectomia compresa eventuale linfadenectomia; Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per; Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia)
- Appendicectomia con peritonite diffusa
- Splenectomia totale (Contiene anche: Splenectomia)
- Diverticoli nell'esofago cervicale, intervento per
- Dumping syndrome, interventi di riconversione per
- Resezione gastroduodenale
- Resezione gastroduodenale per UPPO
- Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per
- Morbo di Crohn, resezione intestinale per
- By-pass gastrointestinali e intestinali per patologie maligne
- By-pass intestinali per il trattamento dell'obesità patologica
- Colectomia segmentaria con eventuale stomia
- Reinterventi addominali, di qualunque tipo, per ripetizioni di neoplasie comprese nel presente elenco
- preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità
- Atresia dell'ano: abbassamento addomino-perineale
- Occlusione intestinale del neonato (qualunque tipo di intervento)

- Piloro, stenosi congenita del
- Omentectomia per neoplasie maligne
- Deconnessione azygos-portale per via addominale
- Ascessi epatici, cisti epatiche di qualsiasi natura, angiomi cavernosi, intervento chirurgico per
- Colecistostomia per neoplasie non resecabili
- Derivazione pancreatico-Wirsung digestive
- Pancreatectomia totale con eventuale linfadenectomia
- Pancreasectomia sinistra senza splenectomia
- Interventi per fistole pancreatiche conseguenti ad altri interventi

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale (Contiene anche: Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di; Nefroureterectomia radicale più trattamento trombocavale ed eventuale surrenectomia; Tumore di Wilms, asportazione)
- Surrenectomia (Contiene anche: Surrenectomia)
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia (Contiene anche: Neovesica continente ortotopica)
- Cistoprostatovesicuclectomia (Contiene anche: Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia)
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
- Terapia della calcolosi urinaria
- Tumori renali, nefrectomia allargata, con e senza surrenectomia
- Ureteroileoanastomosi mono-bilaterale
- Ureteroenteroplastiche con tasche continenti, mono-bilaterale, intervento di
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con neovesica rettale compresa
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia o uretero-cutaneostomia
- Estrofi a vescicale (trattamento completo)
- Prostatectomia radicale con linfadenectomie
- Ipospadi e epispadi, trattamento completo con plastica
- Pene, amputazione totale con linfadenectomia
- Pene, amputazione totale con creazione di neovagina
- Orchietomia mono-bilaterale

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia e Isterectomia radicale con linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica (Contiene anche: Vulvectomia allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di)

- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
- Eviscerazione pelvica
- - D13 Localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali, intervento chirurgico demolitivo mono-bilaterale per via laparotomica
- Aplasia della vagina, ricostruzione per
- Annessiectomia bilaterale

MAMMELLA

- Quadrantectomia con biopsia del linfonodo sentinella ed eventuale svuotamento cavo ascellare nello stesso ricovero
- Ricostruzione mammaria postmastectomia radicale o semplice per cancro, comprensivo di protesi
- Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate
- Mastectomia semplice totale con eventuali linfadenectomie

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei (Contiene anche: Coste e sterno, interventi per neoplasie maligne)
- Interventi per sindrome del tunnel carpale
- Intervento per dito a scatto
- Riduzione cruenta di lussazione dell'anca
- Metastasi ossee, svuotamento ed armatura con sintesi e cemento
- Emipelvectomy interna con salvataggio dell'arto
- Amputazione di grandi segmenti di arti
- Reimpianti di arto o suo segmento, escluso dita
- Asportazione di neoplasie maligne dei muscoli
- Frattura piatto tibiale, osteosintesi con placca
- Frattura del bacino: intervento chirurgico di osteosintesi
- Tumori ossei e forme pseudotumorali grandi segmenti o articolazioni, asportazione di
- Tumori ossei e forme pseudotumorali della colonna vertebrale, asportazione di

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in copertura solo in caso di neonati iscritti dal momento della nascita)

- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite (Contiene anche: Atresia esofagea, trattamento completo)
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti (Contiene anche: Trapianto di cuore, polmoni, fegato, pancreas, grandi segmenti addominali, reni)
- Trapianto di midollo osseo (compreso autotrapianto)

- Omotrapianto ed autotrapianto di cellule staminali per affezioni ematologiche
- Prelievo organi per omotrapianto
- Prelievo midollo osseo per omotrapianto

ORO - MAXILLO - FACCIALE

- Massiccio facciale, intervento demolitivo per neoplasie maligne con svuotamento dell'orbita
- Lingua, pavimento orale, ghiandole sottomascellari, intervento di asportazione di neoplasie maligne con svuotamento latero-cervicale
- Mandibola, resezione per neoplasie maligne con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale
- Mascellare superiore, resezione per neoplasie maligne con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale
- Parotidectomia totale
- Tumori misti ghiandole salivari, asportazione completa della ghiandola
- Maxillo-facciale, interventi di ricostruzione conseguenti a traumi (con esclusione fratture ossa nasali)
- Labiopalatoschisi, intervento correttivo

GRANDI USTIONI E APPARATO TEGUMENTARIO

- Grandi ustioni - trattamento chirurgico per
- Osteo-odontocheratoprotesi (per tutte le fasi)
- Melanoma cutaneo: allargamento chirurgico con biopsia del linfonodo sentinella contestuale ed eventuale svuotamento linfonodale.

ALLEGATO B – INTERVENTI DI ARTROPROTESI E ARTRODESI

I seguenti interventi sono fruibili esclusivamente tramite servizio sanitario nazionale con rimborso della diaria giornaliera

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale (Contiene anche: Artrodesi vertebrale)
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio (Contiene anche: Artroprotesi anca, totale; Artroprotesi spalla, totale; Artroprotesi ginocchio; Artroprotesi gomito, totale)
- Artroprotesi totale di polso
- Artroprotesi totale di caviglia
- Scoliosi, intervento per
- Pott, intervento focale con o senza artrodesi vertebrale

ALLEGATO C – ELENCO PATOLOGIE DI IMPORTANZA RILEVANTE -gravi eventi morbosi

- Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) - Fase di riacutizzazione
- Sindromi influenzali in fase di complicanza e/o di superinfezione batterica dopo 7 giorni di cure domiciliari
- Infezioni febbrili di qualsiasi organo o apparato che richiedano certezza diagnostica o siano resistenti alle terapie antibiotiche dopo 7 giorni di cure domiciliari
- Patologie infiammatorie in acuzie dei distretti centrali Cuore e Grandi vasi e periferici venoso ed arterioso ed eventuali complicanze (Embolia Stenosi etc)
- Anemia acuta con Hb <8 gr/dl
- Fasi acute di malattie reumatiche, immunologiche, autoimmuni
- Patologie infiammatorie acute dell'intero distretto addomino pelvico
- Tiroiditi acute con interessamento cardiaco
- Infarto miocardico
- Insufficienza cardiorespiratoria scompensata
- Neoplasia maligna in trattamento con aggravamento delle condizioni generali e necessità di accertamenti o cure; terapia del dolore e cure palliative terminali
- Diabete scompensato in trattamento insulinico
- Politraumatismi gravi che non necessitano di intervento chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato.

PARTE B - GESTIONE DIRETTA FASDA

1. VISITE SPECIALISTICHE

Il Fondo FASDA provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Le visite ostetriche rientrano esclusivamente nel pacchetto maternità. Rientra in copertura, annualmente, esclusivamente una sola visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Modalità di erogazione gestite direttamente dal Fondo Fasda per il tramite di SiSalute

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con SiSalute per il Fondo FASDA Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASDA, per il tramite di SiSalute, alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'iscritto. Ove previsto, rimane a carico dell'iscritto l'importo della marca da bollo pari a € 2,00. L'iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione elettronica del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Solo nel caso in cui l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con SiSalute La presente modalità di erogazione delle prestazioni è operante esclusivamente qualora l'iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate. Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente dal Fondo Fasda previa autorizzazione da parte di SiSalute. La procedura di richiesta rimborso deve essere effettuata dall'iscritto direttamente sul sito del Fondo FASDA www.fasda.it nella propria "Area Riservata/Portale rimborsi~ Rimborso/ Provincia Scoperta"

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale non convenzionato con la SiSalute/Rimborso visite private.

Dal 1° gennaio 2025 per le visite effettuate fuori la rete convenzionata il Fondo FASDA rimborsa fino ad un massimo importo di € 60,00. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo FASDA, è necessario che l'iscritto allegghi la copia della prescrizione elettronica del medico curante, antecedente alla data della prestazione, contenente la patologia presunta o accertata e la copia della fattura emessa dalla struttura. 33 www.fasda.it La procedura di richiesta rimborso deve essere effettuata dall'iscritto direttamente sul sito del Fondo FASDA www.fasda.it nella propria "Area Riservata/Portale rimborsi/ Rimborsuale Visite Private". Il termine ultimo per l'invio delle richieste di rimborso è il 31 marzo dell'anno successivo all'erogazione della prestazione

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.200,00 per persona.

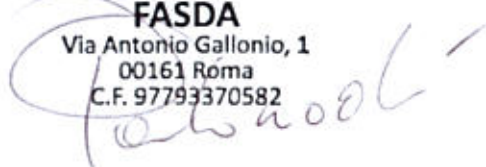
2. TICKET SANITARI

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale o di strutture private accreditate dal SSN, il Fondo FASDA rimborsa integralmente tutti i ticket sanitari a carico dell'iscritto, ad esclusione dei ticket per prestazioni mediche aventi finalità estetiche. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo FASDA, è necessario che l'iscritto alleggi la copia della fattura e la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata. La procedura di richiesta rimborso deve essere effettuata dall'iscritto direttamente sul sito del Fondo FASDA www.fasda.it nella propria "Area Riservata/Portale rimborsi".

Non è previsto un limite annuo di rimborso spesa

Le condizioni del presente allegato sono comunque vincolate alla Convenzione assicurativa, attualmente in essere, tra il Fondo Fasda e Unisalute.

FASDA
Via Antonio Gallonio, 1
00161 Roma
C.F. 97793370582



Firmato digitalmente da:
ANDREA CANCELLATO
Data: 15/07/2026 16:12:09