

# **Guida al Piano sanitario**

## **Copertura Base e Aggiuntiva**

### **Università degli Studi di Roma**

### **“Foro Italico”**

Edizione gennaio 2024



**UniSalute**  
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

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

**[www.unisalute.it](http://www.unisalute.it)**

**24h su 24, 365 giorni l'anno**

**Per tutte le prestazioni dell'area ricovero  
contatta preventivamente il**

**Numero Verde**

**800-822499**

dall'estero: prefisso per l'Italia

**+ 051.63.89.046**

orari:

**8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì**

**I servizi UniSalute sempre con te!**

**Scarica gratis l'app UniSalute da App Store e Play Store.**

**UniSalute**  
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

# 1. SOMMARIO

<b>1. SOMMARIO</b>	<b>3</b>
<b>2. BENVENUTO</b>	<b>5</b>
<b>3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO</b>	<b>5</b>
3.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	5
3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	6
3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	8
<b>4. SERVIZI ONLINE E MOBILE</b>	<b>8</b>
4.1. Il sito di UniSalute	8
4.1.1. Come faccio a registrarmi al sito <a href="http://www.unisalute.it">www.unisalute.it</a> per accedere ai servizi nell'Area clienti?	9
4.1.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	9
4.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	10
4.1.4. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	10
4.1.5. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	11
4.1.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario?	11
4.1.7. Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?	11
4.1.8. Come posso ottenere pareri medici?	12
4.2. L'app di UniSalute	12
4.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	12
4.2.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	13
4.2.3. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	14
4.2.4. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	14
<b>5. PERSONE ASSICURATE</b>	<b>15</b>
<b>6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO</b>	<b>15</b>
SEZIONE PRIMA - Copertura "Base"	16
6.1. Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio	16
6.1.1. Trasporto sanitario	17
6.1.2. Day-hospital a seguito di malattia e infortunio	17
6.1.3. Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio	18
6.1.4. Trapianti a seguito di malattia e infortunio	18
6.1.5. Parto e aborto	18
6.1.5.1. Parto cesareo	18
6.1.5.2. Parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo	19
6.1.6. Rimpatrio della salma	19
6.1.7. Modalità di erogazione delle prestazioni	19
6.1.8. Indennità sostitutiva	21
6.1.9. Massimale assicurato	21
6.2. Protesi ortopediche	22
6.3. Cure dentarie	22
6.4. Medicina preventiva	22
6.5. Visite specialistiche, accertamenti diagnostici, ambulatoriali e domiciliari	23
6.6. Prestazioni a tariffe agevolate Unisalute	24
6.7. Servizi di consulenza	25
SEZIONE SECONDA - Copertura "Aggiuntiva"	26
6.8. Specialistiche extraospedaliere	26
6.8.1. Prestazioni di alta specializzazione	26

6.8.2. Visite specialistiche, accertamenti diagnostici, ambulatoriali e domiciliari .....	28
6.8.3. Trattamenti fisioterapici riabilitativi .....	29
6.8.4. Medicinali .....	29
6.9. Lenti e occhiali .....	30
6.10. Stati di non autosufficienza consolidata/permanente - con età minima 18 anni (garanzia operante solo per il capo nucleo e limitata a 5 anni) .....	30
6.10.1. Oggetto della garanzia .....	31
6.10.2. Definizione dello stato di non autosufficienza .....	31
6.10.3. Criteri di accertamento della perdita dell'autosufficienza .....	31
6.10.4. Indennità annua assicurata .....	33
6.10.5. Stato di non autosufficienza parziale .....	33
6.10.6. Modalità operative per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente da parte della Società .....	34
6.10.7. Modalità di erogazione dell'importo annuo .....	36
6.10.8. Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza .....	36
<b>7. CONTRIBUTI .....</b>	<b>37</b>
<b>8. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO .....</b>	<b>37</b>
<b>9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI .....</b>	<b>40</b>
9.1. Decorrenza e durata dell'assicurazione .....	40
9.2. Inclusioni/esclusioni .....	40
9.3. Validità territoriale .....	44
9.4. Limiti di età .....	44
9.5. Gestione dei documenti di spesa .....	45
9.6. Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno? .....	45
9.7. Foro competente .....	46
9.8. Reclami .....	46
9.9. INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS 41/2018 – OVE SUSSISTANO I REQUISITI .....	49
9.10. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE .....	49
<b>10. ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI .....</b>	<b>51</b>

## 2. **BENVENUTO**

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

### **I servizi online offerti da UniSalute**

Su [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it), hai a disposizione un’**area riservata con pratiche funzioni online** che rendono ancora più veloce e semplice utilizzare il Piano sanitario.

I servizi online sono **attivi 24 ore su 24 tutti i giorni dell’anno** e sono disponibili anche in versione *mobile* per smartphone e tablet! Per saperne di più consulta il **capitolo 4** della presente Guida.

## 3. **COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO**

### **3.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute**

UniSalute ha convenzionato un network di strutture sanitarie private che garantiscono elevati standard in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.

L’elenco delle strutture sanitarie convenzionate, è disponibile su [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) nell’Area clienti o telefonando alla Centrale Operativa. È sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

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



#### **Prenotazione veloce**

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

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

UniSalute, pagherà le spese per le prestazioni sanitarie autorizzate direttamente alla struttura convenzionata. Dovrai sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano sanitario.

#### **Importante**

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

### **3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute**

Per garantirti la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario può prevedere anche la possibilità di utilizzare strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute. Il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni.

Per chiedere il rimborso delle spese vai su [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) all'interno dell'Area clienti: puoi inviare i documenti direttamente dal sito.



#### **Richiesta rimborso online**

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

Se non puoi accedere a Internet invia copia della documentazione esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere) a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.

Di seguito trovi indicata la documentazione generalmente richiesta per il rimborso delle spese sanitarie sostenute, salvo quanto previsto dalle singole coperture del Piano sanitario:

- il **modulo di richiesta rimborso** compilato e sottoscritto, che si trova allegato alla Guida oppure sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it);
- in caso di **ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di **intervento chirurgico ambulatoriale**, copia completa della documentazione clinica;
- in caso di **indennità giornaliera per ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale.

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

- in caso di **prestazioni extraricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;
- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

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

UniSalute potrebbe richiedere eventuali controlli medici anche attraverso il rilascio di una specifica autorizzazione per superare il

vincolo del segreto professionale cui sono sottoposti i medici che hanno effettuato visite e cure.

### 3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

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



#### Richiesta rimborso online

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

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

## 4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

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

### 4.1. Il sito di UniSalute

Sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) all'interno dell'Area clienti puoi:

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

- ottenere **pareri medici**.

#### **4.1.1. Come faccio a registrarmi al sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) per accedere ai servizi nell'Area clienti?**

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

#### **Come faccio a registrarmi al sito e a conoscere la mia username e password?**

Nella home page del sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) clicca sul pulsante “Area riservata” in alto a destra, poi su “Registrati adesso” e compila la maschera con i dati richiesti.

Ti ricordiamo che per garantire i massimi livelli di sicurezza e di protezione delle informazioni, username e password devono essere diverse tra loro e la password deve essere almeno di 8 caratteri.

Inoltre la password va rinnovata ogni 6 mesi e un messaggio automatico ti indicherà quando sarà necessario fare la variazione.

#### **Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?**

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

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

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

Accedi all'area clienti e clicca su “**Fai una nuova prenotazione**”.

In base alle tue esigenze puoi:

- prenotare direttamente la prestazione compilando l'apposito form;
- visualizzare tutti i dettagli relativi alla tua prenotazione;
- disdire o cambiare una prenotazione nella sezione

“Appuntamenti”.



#### **Prenotazione veloce**

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

#### **4.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?**

Entra nell’Area clienti e **accedi alla sezione “Profilo”**. In base alle tue esigenze puoi:

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



#### **Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS**

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

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

Entra nell’Area clienti e clicca su **“Richiedi un nuovo rimborso”**



#### **Richiesta rimborso online**

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

**Se non puoi accedere a internet**, utilizza il modulo di rimborso allegato alla Guida e invialo insieme a copia di tutta la

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

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

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

L'estratto conto online è un rapido e comodo strumento di informazione sullo stato delle tue richieste di rimborso.

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

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

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

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

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

#### **4.1.7. Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?**

Accedi all'Area clienti e accedi alla sezione "Strutture".

Puoi visualizzare le strutture sanitarie convenzionate per il tuo specifico Piano sanitario.

#### 4.1.8. Come posso ottenere pareri medici?

Nell'Area clienti hai a disposizione la funzione "il medico risponde", attraverso la quale puoi ottenere pareri medici online, direttamente sulla tua mail. Se hai dubbi che riguardano la tua salute e vuoi un parere medico da uno specialista questo è il posto giusto per parlare di cure, per richiedere consigli e affrontare problemi e incertezze sul tuo benessere.

Entra ed invia le tue domande ai nostri medici. Ti risponderanno via e-mail, nel più breve tempo possibile. Le risposte alle domande più interessanti e sui temi di maggiore interesse vengono pubblicate sul sito a disposizione dei clienti rispettando il più assoluto anonimato.

#### 4.2. L'app di UniSalute

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

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

##### 4.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

L'app UniSalute è **disponibile per smartphone e tablet** e può essere

**scaricata gratuitamente da App Store e Play Store.** Accedi allo store e cerca “UniSalute Up” per avere sempre a portata di mano i nostri servizi.

Una volta scaricata puoi registrarti in pochi semplici passi.  
Se sei già registrato sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) puoi utilizzare le stesse credenziali di accesso!

#### **UniSalute PER TE**

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

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

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

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

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

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

#### **Tieni monitorati tutti i tuoi appuntamenti!**

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

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

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

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

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

Nell'omonima sezione puoi consultare l'estratto conto per verificare lo stato di lavorazione delle tue richieste di rimborso. È possibile infatti visualizzare lo stato dei sinistri pagati, non liquidabili o in fase di lavorazione e consultare tutti i documenti inviati.

L'aggiornamento dei dati è in tempo reale e sarai informato sull'iter del rimborso grazie a tempestive notifiche.

Per ogni documento sono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo rimborsato e quello rimasto a tuo carico. In ogni caso, per ogni importo non rimborsato, sarà indicata la motivazione della mancata liquidazione.

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

#### **Integra la documentazione mancante**

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

## 5. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei dipendenti amministrativi e docenti in servizio presso Università degli Studi di Roma "Foro Italico" alla data del 31/12/2023, e dei relativi nuclei familiari fiscalmente a carico intendendo per tali il coniuge o convivente more uxorio anche dello stesso sesso ed i figli risultanti da stato di famiglia, che abbiano accettato entro la data di effetto indicata in polizza l'attivazione della presente copertura. Sono compresi i figli non conviventi purché studenti e fino al compimento del 26° anno di età.

Alla data di decorrenza della copertura, è altresì facoltà dei dipendenti amministrativi e docenti in servizio unitamente anche al relativo nucleo familiare fiscalmente a carico di aderire alla copertura Aggiuntiva con costo a proprio carico.

Qualora un dipendente amministrativo e docente e relativo familiare decidesse di non aderire alla copertura Aggiuntiva nei termini di cui ai precedenti capoversi, non potrà più aderirvi.

## 6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

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

### Copertura "Base":

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- protesi ortopediche;
- cure dentarie;
- medicina preventiva - prestazioni diagnostiche particolari;
- prestazioni a tariffe agevolate Unisalute;
- servizi di consulenza.

### Copertura "Aggiuntiva"

Le prestazioni previste dalla copertura "Aggiuntiva" sono da

intendersi in aggiunta alla copertura "Base":

- parziale deroga al successivo punto "Ricovero";
- Specialistiche Extraospedaliere: prestazioni di alta specializzazione / visite specialistiche, accertamenti diagnostici, cure ambulatoriali e domiciliari / trattamenti fisioterapici riabilitativi / medicinali;
- lenti e occhiali;
- stati di non autosufficienza (LTC) consolidata limitata a 5 anni - operante per il capo nucleo.

## SEZIONE PRIMA - Copertura "Base"

### 6.1. Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio

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

#### **a) Pre ricovero**

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **120** giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

#### **b) Intervento chirurgico**

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

#### **c) Assistenza medica, medicinali, cure**

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

#### **d) Rette di degenza**

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

#### **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 **€ 52,00** al giorno per un massimo di **30** giorni per ricovero.

#### **f) Post ricovero**

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse carrozzelle ortopediche, effettuati nei **120** giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

### **6.1.1. Trasporto sanitario**

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza - anche all'estero in caso di intervento chirurgico, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 1.550,00** per ricovero.

### **6.1.2. Day-hospital a seguito di malattia e infortunio**

Nel caso di Day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

### **6.1.3. Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio**

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico, c) "Assistenza medica, medicinali, cure", f) "Post-ricovero" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

### **6.1.4. Trapianti a seguito di malattia e infortunio**

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

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

### **6.1.5. Parto e aborto**

#### **6.1.5.1. 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 a seguito di malattia e infortunio" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore; f) "Post-ricovero", e "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate la garanzia

è prestata fino ad un massimo di **€ 8.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare, con le modalità previste al successivo punto “Modalità di erogazione delle prestazioni” lett. b) quindi con l’applicazione dello scoperto e della franchigia ivi indicati.

#### **6.1.5.2. 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 a seguito di malattia e infortunio" 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 a seguito di malattia e infortunio", lettera f) "Post-ricovero", e "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata nel limite annuo previsto per l’area ricovero, 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".

#### **6.1.6. Rimpatrio della salma**

In caso di decesso all’estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di **€ 775,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

#### **6.1.7. 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 con uno scoperto del **15%** con il minimo non indennizzabile di **€ 500,00** ad eccezione delle seguenti:

- punto "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lett. a) "Pre ricovero";
- punto "Trasporto sanitario";
- punto "Rimpatrio della salma"

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

- punto "Parto e aborto";

che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del **20%**, con il minimo non indennizzabile di **€ 4.000,00** ad eccezione delle seguenti:

- punto "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio", lett. d) "Retta di degenza", lett. e) "Accompagnatore";
- punto "Trasporto sanitario";
- punto "Rimpatrio della salma"

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

Si precisa che:

- in caso di Day Hospital senza intervento chirurgico, le prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 10% con il minimo non indennizzabile di **€ 750,00** e massimo non indennizzabile di **€ 2.000,00**;
- in caso di Intervento chirurgico ambulatoriale il rimborso avviene con l'applicazione di una franchigia pari a **€ 250,00**.

### **c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale**

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto "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".

### **6.1.8. Indennità sostitutiva**

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per le prestazioni effettuate durante il ricovero, compreso il Day Surgery, e il Day Hospital, né per altre prestazioni ad essi connesse, ferma restando la possibilità di richiedere il rimborso per le spese di "pre" e "post ricovero" con le modalità di cui ai punti "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lett. a) Pre ricovero e lett. g) Post ricovero, avrà diritto a un'indennità, per ogni sinistro, di **€ 250,00** per i primi **10** giorni di ricovero. Per i successivi l'indennità sarà pari a **€ 150,00**. Per ogni annualità l'indennità sostitutiva sarà erogata per un massimo di **100** giorni di ricovero. Il primo l'ultimo giorno di ricovero si considerano un unico giorno.

Nel caso di ricovero in regime di Day Surgery, l'importo giornaliero della diaria è pari a **€ 200,00**.

Nel caso di ricovero in regime di Day Hospital senza intervento chirurgico, l'importo giornaliero della diaria si intende ridotto a **€ 60,00**.

### **6.1.9. Massimale assicurato**

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a **€ 160.000,00** per single/nucleo familiare.

Nel caso di "grande intervento chirurgico", intendendo per tali quelli contenuti nell'elenco A allegato alla polizza, il massimale annuo suindicato si intende aumentato di **€ 35.000,00** per single/nucleo

familiare.

## 6.2. Protesi ortopediche

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche. Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di € 26,00 per evento.

**Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 1.500,00 per single/nucleo familiare.**

## 6.3. Cure dentarie

Il numero massimo di prestazioni per relativa tipologia erogabili annualmente esclusivamente **presso strutture convenzionate** sono:

- n. 2 visite di emergenza
- n. 2 visite
- n. 2 sedute di igiene orale
- n. 2 estrazioni di dente o radice (semplice o complessa)
- n. 2 otturazioni (qualsiasi tipo di otturazione)

senza applicazione di franchigie o scoperti a carico dell'Assicurato.

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

**Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 250,00 per single/nucleo familiare.**

## 6.4. Medicina preventiva

Sono previsti due protocolli check-up per anno e nucleo familiare. Un singolo assicurato non può sottoporsi a più di un protocollo check-up annuale. Le prestazioni in elenco devono effettuarsi **in un'unica soluzione esclusivamente presso strutture convenzionate**:

- Colesterolemia

- Emocromo con formula leucocitaria
- Elettrocardiogramma a riposo
- Elettrocardiogramma da sforzo
- Glicemia
- HDL
- Rx torace
- Pap-test
- Trigliceridemia
- VES
- PSA

Prestazioni previste in aggiunta alle precedenti **solo per le donne con età pari o superiore a 30 anni:**

- Mammografia bilaterale in due proiezioni
- Sangue occulto nelle feci
- test HPV-HR

Prestazioni previste in aggiunta alle precedenti **solo per gli uomini con età pari o superiore a 40 anni:**

- Sangue occulto nelle feci
- Visita urologica con esplorazione endorettale

## **6.5. Visite specialistiche, accertamenti diagnostici, ambulatoriali e domiciliari**

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche, accertamenti diagnostici sia ambulatoriali sia domiciliari conseguenti a malattia o a infortunio. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Sono comprese le visite pediatriche in presenza di diagnosi o di sospetta patologia.

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

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture

e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

**Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società**, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di **€ 26,00** per prestazione.

**Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **20%** con il minimo non indennizzabile di **€ 70,00** per prestazione.

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

**Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 100,00 per single/nucleo familiare.**

## **6.6. Prestazioni a tariffe agevolate Unisalute**

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere alla struttura sanitaria convenzionata, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

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

## 6.7. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-822499** dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 19,30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia +39 0516389046.

### **a) Informazioni sanitarie telefoniche**

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, 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 - Copertura "Aggiuntiva"

La presente copertura opera aggiuntivamente alla copertura Base, pertanto i massimali, le somme assicurate ed ogni altra prestazione migliorativa operano, se non diversamente disciplinato/esplicitato, in aggiunta della copertura Base. Le franchigie e gli scoperti presenti nella copertura "Aggiuntiva" si applicheranno in sostituzione di quelle/i indicate/i nella copertura Base.

Si intendono operanti le prestazioni della copertura Base come disciplinate ai punti 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6 e relativi sottopunti, salvo le seguenti deroghe.

- Relativamente al sottopunto 6.1.7. "Modalità di erogazione delle prestazioni":
  - La percentuale di scoperto prevista alla lettera a) è ridotta al **5%**
  - La percentuale di scoperto prevista alla lettera b) è ridotta al **15%**, fermo restando lo scoperto previsto in caso di Day Hospital senza intervento chirurgico (**10%**)
- Il massimale del punto 6.3. "CURE DENTARIE" si intende aumentato di **€ 200,00** per anno e per single/nucleo familiare.
- Si intendono, inoltre, aggiunte le seguenti prestazioni.

### 6.8. Specialistiche extraospedaliere

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere nel limite annuo di **€ 3.000,00** per single/nucleo familiare innalzato a **€ 10.000,00**, sempre per anno e per single/nucleo familiare, in caso di malattie oncologiche.

#### 6.8.1. Prestazioni di alta specializzazione

##### Diagnostica:

- Amniocentesi dai 35 anni senza prescrizione
- Diagnostica radiologica (tutte le rx)

- Doppler
- Ecografia
- Elettrocardiografia sia a riposo che sotto sforzo
- Pancoloscopia
- Risonanza magnetica nucleare
- Scintigrafia
- TAC
- Telecuore

#### **Terapie:**

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo sia fisioterapico sia antalgico
- 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 con applicazione di una franchigia di **€ 26,00** per prestazione. Nessuna franchigia o scoperto è applicato nel caso delle terapie.

**Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società,** le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **20%** con il minimo non indennizzabile di **€ 70,00** per ogni accertamento diagnostico. Nessuna franchigia o scoperto è applicato nel caso delle terapie.

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

dell'Assicurato.

### **6.8.2. Visite specialistiche, accertamenti diagnostici, ambulatoriali e domiciliari**

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche, accertamenti diagnostici sia ambulatoriali sia domiciliari conseguenti a malattia o a infortunio. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Sono comprese le visite pediatriche in presenza di diagnosi o di sospetta patologia.

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

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

**Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società**, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di **€ 26,00** per prestazione.

**Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **20%** con il minimo non indennizzabile di **€ 70,00** per prestazione.

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

### 6.8.3. 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.

**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 applicazione di una franchigia di **€ 10,00** per prestazione.

**Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **20%** con il minimo non indennizzabile di **€ 70,00** per fattura/persona.

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

### 6.8.4. Medicinali

La Società provvede al rimborso delle spese per medicinali prescritti a seguito di malattia o infortunio.

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

Rientrano in garanzia i medicinali presenti nel prontuario farmacologico per i quali il rimborso delle spese è effettuato con l'applicazione di uno scoperto del **20%** e con minimo non indennizzabile di **€ 26,00** per ogni scontrino.

Ai fini del rimborso è necessario l'invio della seguente documentazione:

- copia delle prescrizioni mediche nominative;
- fustelle staccate dalla confezione del farmaco o parte della confezione del farmaco da cui risultino denominazione e prezzo del farmaco;
- relativi scontrini fiscali;

Non verrà, in ogni caso previsto il rimborso per medicinali quali ad esempio viagra, prodotti dietologici, anticoncezionali, prodotti di dermocosmesi e da banco.

**Il sottolimito di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 300,00 per single/nucleo familiare.**

## **6.9. Lenti e occhiali**

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

La Società provvederà al rimborso delle spese sostenute con applicazione di uno scoperto **30%** per fattura.

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

**Il sottolimito di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 100,00 per single/nucleo familiare.**

## **6.10. Stati di non autosufficienza consolidata/permanente - con età minima 18 anni (garanzia operante solo per il capo nucleo e limitata a 5 anni)**

### 6.10.1. Oggetto della garanzia

Qualora l'Assicurato capo nucleo si trovi in uno stato di non autosufficienza/LTC consolidata/permanente, come indicato al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", la Società garantisce l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria oppure eroga un importo annuo, indicato al seguente punto "Indennità annua assicurata", in via anticipata, non rivalutabile per una durata massima di 5 anni, erogato con rateizzazione mensile.

### 6.10.2. Definizione dello stato di non autosufficienza

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'assistito rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione.

### 6.10.3. Criteri di accertamento della perdita dell'autosufficienza

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'assistito rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione.

La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

Il punteggio minimo per la dichiarazione di non autosufficienza è di 40 punti.

- **Farsi il bagno:**

1° grado: l'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: **punteggio 0**

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: **punteggio 5**

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno: **punteggio 10**

- **Vestirsi e svestirsi:**

1° grado: l'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo autonomo: **punteggio 0**

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: **punteggio 5**

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: **punteggio 10**

- **Igiene del corpo:**

1° grado: l'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare al bagno

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

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

**punteggio 0**

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): **punteggio 5**

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): **punteggio 10**

- **Mobilità:**

1° grado: l'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: **punteggio 0**

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: **punteggio 5**

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: **punteggio 10**

- **Continenza:**

1° grado: l'Assistito è completamente continente: **punteggio 0**

2° grado: l'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: **punteggio 5**

3° grado: l'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: **punteggio 10**

- **Bere e mangiare:**

1° grado: l'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: **punteggio 0**

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:

- sminuzzare/tagliare il cibo;

- sbucciare la frutta;

- aprire un contenitore/una scatola;

- versare bevande nel bicchiere: **punteggio 5**

3° grado: l'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale: **punteggio 10**

#### **6.10.4. Indennità annua assicurata**

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate all'articolo "Criteri di accertamento della perdita dell'autosufficienza", l'importo annuo garantito per il complesso delle garanzie sotto indicate, corrisponde a **€ 7.200,00** erogato in via anticipata, non rivalutabile per una durata massima di **5 (cinque)** anni, con rateizzazione mensile.

#### **6.10.5. Stato di non autosufficienza parziale**

Se a seguito del verificarsi dello stato di non autosufficienza e relativo l'accertamento da parte della Società, dovesse risultare una non autosufficienza parziale almeno pari a **30** punti in base ai criteri del precedente art. "Criteri di accertamento della perdita dell'autosufficienza", la Società prevede la corresponsione di un risarcimento forfetario "una tantum" pari a all'importo annuo

garantito di cui all'articolo "Indennità annua Assicurata".

### **6.10.6. Modalità operative per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente da parte della Società**

Entro **30** giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'Assicurato, il suo amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, dovrà:

- 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 all'Assicurato 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.
- e potrà:

- chiamare il numero verde gratuito **800-822499** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia +39 0516389046) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre alla Società ai fini della valutazione medica finale e ai servizi socio/sanitari disponibili.

La Società ha la facoltà di sottoporre l'Assicurato ad una o più visite medico legali.

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

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

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti ai precedenti punti "Criteri di accertamento della perdita dell'autosufficienza" e "Stato di non autosufficienza parziale", 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 ai precedenti punti "Criteri di accertamento della perdita dell'autosufficienza" e "Stato di non autosufficienza parziale", 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.

### **6.10.7. Modalità di erogazione dell'importo annuo**

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dei punti "Criteri di accertamento della perdita dell'autosufficienza" e "Stato di non autosufficienza parziale" dà diritto all'Assicurato capo nucleo, che si trovi in Stato di non autosufficienza, di richiedere un importo annuo previsto al punto "Indennità annua assicurata", non rivalutabile per una durata massima di **5 (cinque)** anni, con rateizzazione mensile.

### **6.10.8. Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza**

La Società si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Assicurato, a controlli presso l'Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni

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

## 7. CONTRIBUTI

### COPERTURA BASE

- dipendente e nucleo familiare fiscalmente a carico  
come indicato al punto 2 "Persone assicurate" **a carico Ente**

### COPERTURA AGGIUNTIVA

Il contributo annuo, aggiuntivo rispetto al contributo previsto per la copertura Base, per il complesso delle prestazioni della copertura Aggiuntiva suindicata, comprensivi di oneri fiscali, da versare alla Mutua sanitaria, corrisponde al seguente importo:

- dipendente senza nucleo familiare fiscalmente a carico  
come indicato al punto 2 "Persone assicurate" **€ 960,00**

- dipendente con nucleo familiare fiscalmente a carico  
come indicato al punto 2 "Persone assicurate" **€ 1.960,00**

## 8. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Il Piano sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di copertura prevista, non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano stesso.

Il Piano sanitario non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici\* o di malformazioni\*\* preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto 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;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere,

compresi i comportamenti nevrotici;

3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;

4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);

5. I ricoveri 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;

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.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto “Stati di non autosufficienza” limitata a cinque anni in aggiunta alle esclusioni sopraelencate, l’assicurazione non è operante per le conseguenze:

- 1) di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
- 2) dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall’Assicurato con dolo o colpa grave;
- 3) di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 4) 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;
- 5) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell’atomo di radiazioni provocate dall’accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- 6) 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 alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- 7) 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;
- 8) 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);
- 9) di partecipazione attiva dell’Assicurato ad atti criminali;
- 10) di infortuni causati da azioni dolose compiute dall’Assicurato;

- 11) delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- 12) di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici.

\* Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

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

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

## **9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI**

### **9.1. Decorrenza e durata dell'assicurazione**

La polizza ha efficacia dalle ore 24,00 del 31/12/2023 alle ore 24,00 del 31/12/2024, con tacito rinnovo di pari periodo.

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

### **9.2. Inclusioni/esclusioni**

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per i dipendenti amministrativi e i docenti, e per i loro relativi familiari, i quali non abbiano aderito alla stessa entro i termini di cui all'art. 2 "Persone assicurate", le movimentazioni all'interno della presente polizza sono regolate dai punti di seguito indicati.

#### **COPERTURA BASE**

##### **1) Coniuge o convivente more uxorio anche dello stesso sesso e figli fiscalmente a carico risultanti dallo stato di famiglia**

Per i dipendenti amministrativi e i docenti in servizio alla data di effetto del contratto, il coniuge o convivente more uxorio anche dello stesso sesso e i figli fiscalmente a carico possono essere inclusi anche in un momento successivo al termine ultimo fissato per la consegna

della scheda di adesione.

In questo caso la garanzia decorre dal giorno di effetto del contratto sempreché l'inclusione venga comunicata alla Società prima della fine dell'annualità assicurativa. Qualora la comunicazione non pervenga entro la scadenza dell'annualità assicurativa la garanzia decorrerà dal primo giorno dell'annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione.

## **2) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia**

Per i dipendenti amministrativi e i docenti in servizio e in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari come definiti all'art. "Persone assicurate" in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo. Per i familiari fiscalmente a carico la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata prima della fine dell'annualità assicurativa; in caso contrario decorrerà dal primo giorno dell'annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione.

## **3) Inserimento di nuovi dipendenti amministrativi o docenti in data successiva all'effetto di polizza**

Le inclusioni di dipendenti amministrativi e docenti in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni. La garanzia per il dipendente o docente e i familiari indicati all'art. "Persone assicurate", primo capoverso, decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società. E qualora l'assunzione sia riferita ad un dipendente con contratto a tempo determinato, la stessa si considererà come nuova assunzione.

## **4) Variazione del requisito di carico fiscale da parte del coniuge o di**

### **un figlio**

Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio, la garanzia cesserà dal momento di accadimento dell'evento e dovrà essere immediatamente comunicata alla Società.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste ai numeri 2, 3 e 4 del presente punto, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde:

- al 100% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel primo semestre assicurativo;
- al 60% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel secondo semestre assicurativo.

### **5) Cessazione del rapporto di lavoro**

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente amministrativo o docente e gli eventuali familiari assicurati vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

## **COPERTURA AGGIUNTIVA**

### **1) Inclusione di dipendenti amministrativi e i docenti in servizio e relativi Coniuge e figli fiscalmente a carico risultanti dallo stato di famiglia nella copertura Aggiuntiva**

I dipendenti amministrativi e i docenti in servizio alla data di effetto del contratto e relativi familiari intesi come coniuge e i figli fiscalmente a carico possono aderire alla copertura "Aggiuntiva" con costo a proprio carico, previa compilazione e invio della scheda di adesione e i dipendenti amministrativi e i docenti in servizio alla data di effetto del contratto e relativi familiari intesi come coniuge o convivente more uxorio e i figli fiscalmente a carico possono aderire alla copertura facoltativa con costo a proprio carico, previa compilazione e invio della scheda di adesione e pagamento del relativo premio.

In questo caso la garanzia decorre dal giorno di effetto del contratto sempreché l'inclusione venga comunicata alla Società entro il

31/12/2023. Oltre il predetto termine non potranno più verificarsi estensioni alla copertura Aggiuntiva per dipendenti amministrativi e docenti e relativi familiari già presenti al 31/12/2023.

## **2) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia**

Per i dipendenti amministrativi e i docenti in servizio e in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari come definiti all'art. "Persone assicurate" in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo premio annuo. Per i familiari fiscalmente a carico la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata prima della fine dell'annualità assicurativa; in caso contrario decorrerà dal primo giorno dell'annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione.

## **3) Inserimento di nuovi dipendenti amministrativi o docenti in data successiva all'effetto di polizza**

Le inclusioni di dipendenti amministrativi e docenti in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni. Il neoassunto ha facoltà di aderire alla copertura "Aggiuntiva" per sé e relativi familiari fiscalmente a carico e con costo a proprio carico previa compilazione e invio alla Società della scheda di adesione e pagamento del relativo premio annuo entro 30 giorni dal giorno di assunzione.

Oltre questo termine non potranno più verificarsi estensioni alla copertura facoltativa per l'intera durata contrattuale.

## **4) Variazione del requisito di carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio**

Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio, la garanzia cesserà dal momento di accadimento dell'evento e dovrà essere immediatamente comunicata alla Società. Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo

previste ai numeri 2, 3 e 4 del presente punto, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde:

- al 100% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel primo semestre assicurativo;
- al 60% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel secondo semestre assicurativo.

### **5) Cessazione del rapporto di lavoro**

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente amministrativo o docente e gli eventuali familiari assicurati vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale.

## **9.3. Validità territoriale**

**Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo.** Prima di partire per la vacanza/trasferta, scarica il modulo che attesta la validità della tua copertura sanitaria anche all'estero e contiene anche un riepilogo dei contatti utili in caso di necessità. Trovi il **Modulo estero** all'interno della tua **Area Clienti** sul sito UniSalute nella **sezione "Polizza"**.

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

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

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

## **9.4. Limiti di età**

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al

raggiungimento del **75°** anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza, al compimento del **76°** anno d'età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il **75°** anno di età, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assicurato.

## 9.5. Gestione dei documenti di spesa

### A. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

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

### B. Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

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

## 9.6. Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?

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

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

## 9.7. Foro competente

Per le eventuali controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza le Parti possono presentare domanda congiunta, oppure la parte interessata può presentare apposita domanda, presso un Organismo di mediazione riconosciuto dal Ministero della Giustizia ed istituito presso le sedi appositamente previste, che inviterà l'altra parte ad aderire e a partecipare all'incontro di mediazione finalizzato alla conciliazione ai sensi del D.Lgs 28/2010 e s.m.i., nel rispetto del Regolamento di conciliazione da questo adottato. Detto Organismo, a scelta del Contraente o dell'Assicurato, ha sede nella medesima provincia ove gli Stessi risiedono.

In caso di più domande relative alla stessa controversia trova applicazione il criterio di priorità cronologica, e cioè la mediazione si svolgerà avanti l'organismo presso il quale è stata presentata la prima istanza di mediazione.

Qualora il tentativo di mediazione abbia esito negativo, la parte interessata potrà agire in giudizio presso il Foro competente esclusivo ove ha sede la Contraente oppure, in alternativa, l'Assicurato.

## 9.8. Reclami

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

Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it).

I reclami relativi al comportamento dell'Agente, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'Agenzia di riferimento.

Per poter dare seguito alla richiesta nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) del contraente di polizza.

I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B (Broker) e D (Banche, Intermediari Finanziari ex art. 107 del TUB, SIM e Poste Italiane – Divisione servizi di banco posta) del Registro Unico Intermediari, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. Se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), il termine massimo di riscontro è di 60 giorni.

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

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

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Società: [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste.

Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet [https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net\\_it](https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

- procedimento di mediazione innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti le controversie insorte in materia di contratti assicurativi o di risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di negoiazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;

- procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista.

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

### **9.9. INFORMATIVA “HOME INSURANCE” - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS 41/2018 – OVE SUSSISTANO I REQUISITI**

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.

### **9.10. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**

#### **1. Informazioni generali**

UniSalute S.p.A. (“la Società”), soggetta all’attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A. facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all’Albo delle società capogruppo presso l’IVASS al n. 046. Sede legale e Direzione Generale Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia).

Recapito telefonico +39 051 6386111 - fax +39 051 320961 – sito internet [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) – indirizzo di posta elettronica [unisalute@pec.unipol.it](mailto:unisalute@pec.unipol.it) o [info@unisalute.it](mailto:info@unisalute.it).

La Società è autorizzata all’esercizio delle assicurazioni con D.M. 20-11-1989 n. 18340 (G.U. 4-12-1989 n. 283), D.M. 8-10-1993 n. 19653 (G.U. 25-10-1993 n.251), D.M. 9-12-1994 n.20016 (G.U. 20-12-1994 n. 296) e Prov. Isvap n.2187 dell’ 8-05-2003 (G.U. 16-05-2003 n.112). Numero di iscrizione all’Albo delle Imprese Assicurative: 1.00084.

Per informazioni patrimoniali sulla società consulta la relazione sulla solvibilità disponibile sul sito: <https://www.unisalute.it/informazioni-societarie/informativa-pillar-solvency-2>

## **2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell’Impresa**

Con riferimento all’ultimo bilancio approvato, relativo all’esercizio 2022, il patrimonio netto dell’Impresa è pari ad € 241,1 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 102,2 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell’impresa (SFCR), disponibile sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it), ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all’esercizio 2022, è pari ad € 95,90 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 27,18 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 214,69 milioni e ad € 210,85 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2022, pari a 2,24 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l’utilizzo della Standard Formula Market Wide.

## **10. ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

### **NEUROCHIRURGIA**

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

### **OCULISTICA**

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

### **OTORINOLARINGOIATRIA**

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

### **CHIRURGIA DEL COLLO**

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

### **CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO**

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare

- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

### **CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE**

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

### **CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE**

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

### **UROLOGIA**

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale,

retropubica o trans-sacrale

- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

### **GINECOLOGIA**

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

### **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

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

### **CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sottoelencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)**

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

### **TRAPIANTI DI ORGANO**

- Tutti

