

# Fascicolo Informativo

Contratto di assicurazione sanitaria

## Piano Integrativo Iscritti ENPAM

Edizione 2014

Il presente Fascicolo Informativo contenente

- a) Nota Informativa comprensiva del Glossario;
- b) Condizioni di assicurazione;
- c) Informativa privacy,

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.



## INDICE

<b>INDICE</b> .....	<b>2</b>
<b>NOTA INFORMATIVA</b> .....	<b>4</b>
<b>A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE</b> .....	<b>4</b>
1. Informazioni generali .....	4
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa .....	4
<b>B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO</b> .....	<b>4</b>
3. Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni .....	4
4. Termini di aspettativa .....	6
5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio .....	6
6. Aggravamento del rischio .....	6
7. Termini di prescrizione .....	6
8. Legislazione applicabile .....	6
9. Regime fiscale .....	6
10. Premi .....	7
<b>C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI</b> .....	<b>7</b>
11. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo .....	7
12. Reclami .....	8
13. Mediazione per la conciliazione delle controversie .....	9
14. Arbitrato irrituale .....	9
<b>GLOSSARIO</b> .....	<b>10</b>
<b>CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE</b> .....	<b>12</b>
1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE .....	12
2. PERSONE ASSICURATE .....	12
3. RICOVERO .....	12
3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CON INTERVENTO CHIRURGICO DIVERSO DA GRANDE INTERVENTO (come da allegato A) E SENZA INTERVENTO CHIRURGICO NON CONSEGUENTE A GRAVE EVENTO MORBOSO (come da Allegato B) A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO .....	12
3.2 TRASPORTO SANITARIO .....	13
3.3 DAY-HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO .....	13
3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO .....	13
3.5 INDENNITA' SOSTITUTIVA .....	13
3.6 PARTO E ABORTO .....	13
3.6.1 PARTO CESAREO .....	13
3.6.2 PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO .....	14
3.7 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI .....	14
3.8 NEONATI .....	14
3.9 MASSIMALE ASSICURATO .....	15
4. CURE ONCOLOGICHE .....	15
5. PRESTAZIONI DI ODONTOIATRIA .....	15
5.1 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO .....	15
5.2 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI .....	15
5.3 CURE DENTARIE DA INFORTUNIO .....	16
5.4 PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE .....	16
6. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA .....	16
6.1 OGGETTO DELLA GARANZIA .....	16
6.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ' .....	16
6.3 SOMMA ASSICURATA .....	17
6.4 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA .....	17
8. SERVIZI DI CONSULENZA .....	17
9. PREMI .....	18
<b>A - CONDIZIONI GENERALI</b> .....	<b>18</b>
A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE .....	18
A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE / TACITA PROROGA DELL'ASSICURAZIONE .....	18
A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE .....	19
A.4 ONERI FISCALI .....	19
A.5 FORO COMPETENTE .....	19
A.6 TERMINI DI PRESCRIZIONE .....	19
A.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE .....	19
A.8 ALTRE ASSICURAZIONI .....	19
A.9 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO .....	19

B	- LIMITAZIONI .....	19
B.1	ESTENSIONE TERRITORIALE .....	19
B.2	ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE .....	19
B.2.1	ESCLUSIONI SPECIFICHE PER GARANZIA "STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA" .....	20
B.3	LIMITI DI ETÀ .....	20
B.4	TERMINI DI ASPETTATIVA .....	20
C	- SINISTRI .....	20
C1.	DENUNCIA DEL SINISTRO .....	21
C.1.1	SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE DIVERSE DALL'ODONTOIATRIA/ORTODONZIA) .....	21
C.1.2	SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE ODONTOIATRIA/ORTODONZIA) .....	21
C.1.3	SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE DIVERSE DALL'ODONTOIATRIA/ORTODONZIA) .....	22
C.1.4	SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE ODONTOIATRIA/ORTODONZIA) .....	23
C.1.5	SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE .....	23
C.1.6	RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA DA PARTE DELLA SOCIETÀ .....	23
C.1.7	MODALITÀ DI RIMBORSO / RICHIESTA DI EROGAZIONE DI SERVIZI DI ASSISTENZA .....	24
C.1.7.1	EROGAZIONE DIRETTA DELLA PRESTAZIONE DI ASSISTENZA .....	24
C.1.7.2	RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE .....	25
C.1.8	GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA .....	25
C2.	CONTROVERSIE .....	25
C.2.1	COMMISSIONE PARITETICA .....	25
C.2.2	ARBITRATO IRRITUALE .....	25
C3.	COASSICURAZIONE E DELEGA .....	27
C4.	GESTIONE DEL CONTRATTO .....	27
	ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI .....	28
	ELENCO DEI GRAVI EVENTI MORBOSI .....	30
	INFORMATIVA PRIVACY .....	31

## NOTA INFORMATIVA

Nota Informativa relativa al contratto di assicurazione sanitaria "Piano Integrativo iscritti ENPAM" (Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010).

Gentile Cliente,

siamo lieti di fornirLe alcune informazioni relative a UniSalute S.p.A. ed al contratto che Lei sta per concludere.

Per maggiore chiarezza, precisiamo che:

- la presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS;
- il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

Le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni che riguardano limitazioni ed esclusioni sono identificate nella presente Nota in questo modo **Avvertenze** e nelle Condizioni di assicurazione in **grassetto**, e sono da leggere con particolare attenzione.

Per consultare gli aggiornamenti delle informazioni contenute nella presente Nota Informativa e nel Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative si rinvia al sito internet: [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it).

UniSalute S.p.A. comunicherà per iscritto al contraente le modifiche derivanti da future innovazioni normative.

La Nota Informativa si articola in tre sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO
- C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

### A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

#### 1. Informazioni generali

- a. UniSalute S.p.A. ("la Società"), soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046.
- b. Sede legale e Direzione Generale Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia).
- c. Recapito telefonico +39 051 6386111 - fax +39 051 320961 - sito internet [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) - indirizzo di posta elettronica [segreteria@unisalute.it](mailto:segreteria@unisalute.it)
- d. La Società è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 20-11-1989 n. 18340 (G.U. 4-12-1989 n. 283), D.M. 8-10-1993 n. 19653 (G.U. 25-10-1993 n.251), D.M. 9-12-1994 n.20016 (G.U. 20-12-1994 n. 296) e Prov. Isvap n.2187 dell' 8-05-2003 (G.U. 16-05-2003 n.112). Numero di iscrizione all'Albo delle Imprese Assicurative: 1.00084.

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

Le informazioni che seguono sono inerenti all'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2012.

Patrimonio netto: milioni di € 82,058

Capitale sociale: milioni di € 17,5

Totale delle riserve patrimoniali: milioni di € 64,558

Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: 1,42; tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

### B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Si precisa che il contratto è stipulato con clausola di tacita proroga.

**Avvertenza:** In mancanza di disdetta, l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno.

L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata all'altra Parte a mezzo raccomandata, almeno trenta giorni prima della scadenza del contratto.

#### 3. Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni

Le coperture offerte dal contratto, con le modalità ed esclusioni specificate nelle Condizioni di assicurazione sono le seguenti:

**A) RICOVERO:** La Società indennizza le spese mediche per ricovero con interventi chirurgico, diverso da Grande Intervento di cui all'allegato A, e senza intervento chirurgico (compreso parto e aborto), non conseguente a Grave Evento Morboso di cui all'allegato B, day hospital e intervento chirurgico ambulatoriale. Sono inoltre comprese le spese sostenute nei giorni precedenti e successivi, attinenti all'evento stesso.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

**B) CURE ONCOLOGICHE:** La Società indennizza le spese per terapie mediche (ovvero non chirurgiche), quali chemioterapia, cobaltoterapia e radioterapia, per la cura dei tumori maligni. Sono inoltre comprese le visite specialistiche e gli accertamenti per la diagnosi e il monitoraggio degli stessi.

Le presente garanzia non viene erogata in regime di ricovero o day hospital.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

**C) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI:** La Società provvede al pagamento di prestazioni odontoiatriche effettuate per monitorare e prevenire l'insorgenza di stati patologici.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

**D) CURE DENTARIE DA INFORTUNIO:** la Società indennizza le spese sostenute per cure dentarie conseguenti ad infortunio, in presenza di certificato di pronto soccorso

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

**E) PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE**

La Società rende disponibile per gli assicurati l'utilizzo delle proprie tariffe convenzionate per prestazioni odontoiatriche, non comprese nelle garanzie di polizza.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

**F) INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO:** La Società indennizza le spese sostenute per interventi chirurgici odontoiatrici.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

**G) STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA:** La Società liquida le spese sostenute nel caso in cui l'Assicurato si trovi temporaneamente in uno stato di non autosufficienza tale da non consentirgli di compiere almeno tre dei quattro atti ordinari della vita quotidiana.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

**H) TRATTAMENTI FISIOTERAPICI PER GRAVI PATOLOGIE**

La Società provvede al pagamento delle spese sostenute per trattamenti fisioterapici riabilitativi conseguenti a gravi patologie specificamente indicate.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

**I) SERVIZI DI CONSULENZA:** La Società fornisce servizi di consulenza telefonica quali

- Informazioni sanitarie
- Prenotazione di prestazioni sanitarie
- Pareri medici immediati

**Avvertenza:** le coperture assicurative sono soggette a limitazioni ed esclusioni della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo. Si rinvia alle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

**Avvertenza:** le suddette coperture sono prestate con specifiche franchigie, scoperti e massimali. Si rinvia agli articoli delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Per facilitarne la comprensione da parte del Contraente/Assicurato, di seguito s'illustra il meccanismo di funzionamento di franchigie, scoperti e massimali mediante esemplificazioni numeriche:

**Meccanismo di funzionamento della franchigia:**

**1° esempio**

Somma assicurata € 10.000,00

Richiesta di rimborso € 1.500,00

Franchigia € 250,00

Indennizzo € 1.500,00 - 250,00 = € 1.250,00

**2° esempio**

Somma assicurata € 10.000,00

Richiesta di rimborso € 200,00

Franchigia € 250,00

Nessun rimborso è dovuto perché l'importo richiesto è inferiore alla franchigia.

**Meccanismo di funzionamento dello scoperto:**

**1° esempio**

Somma assicurata € 50.000,00  
Richiesta di rimborso € 10.000,00  
Scoperto 10% con il minimo di € 500,00  
Indennizzo € 10.000,00 - 10% = € 9.000,00 (perché lo scoperto del 10% del danno è superiore al minimo non indennizzabile).

**2° esempio**

Somma assicurata € 50.000,00  
Richiesta di rimborso € 3.000,00  
Scoperto 10% con il minimo di € 500,00  
Indennizzo € 3.000,00 - 500,00 = € 2.500,00 (perché lo scoperto del 10% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile).

**Meccanismo di funzionamento del massimale:**

Somma assicurata € 50.000,00  
Richiesta di rimborso € 60.000,00  
Indennizzo € 50.000,00.

**Meccanismo di funzionamento della garanzia "Stati di non autosufficienza temporanea"**

**1° esempio**

Come conseguenza di una malattia un nostro Assicurato si debilita in modo tale da essere impedito all'esercizio della propria professione:

- A. la malattia debilitante non gli impedisce di continuare a compiere in maniera autonoma almeno due delle attività ordinarie della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, spostarsi, nutrirsi). Questa condizione pertanto non giustifica l'attivazione della copertura assicurativa per stati di non autosufficienza;
- B. la malattia debilitante gli impedisce di compiere in maniera autonoma almeno tre delle quattro attività ordinarie della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, spostarsi, nutrirsi). Questa condizione pertanto giustifica l'attivazione della copertura assicurativa per stati di non autosufficienza

**2° esempio**

L'Assicurato rimane vittima di un infortunio particolarmente grave:

- A. la condizione clinica non gli impedisce di continuare a compiere autonomamente almeno due delle quattro attività ordinarie della vita (lavarsi, vestirsi, spostarsi, nutrirsi). Tale condizione non giustifica l'attivazione della copertura assicurativa per stati di non autosufficienza;
- B. la condizione clinica gli impedisce temporaneamente di compiere autonomamente almeno tre delle quattro attività ordinarie della vita (lavarsi, vestirsi, spostarsi, nutrirsi). Tale condizione giustifica l'attivazione della copertura assicurativa per stati di non autosufficienza.

**4. Termini di aspettativa**

Per gli aspetti di dettaglio riguardanti il periodo di non copertura per la malattia/parto, si rimanda all'articolo indicato nelle Condizioni di assicurazione.

**5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio**

Non è prevista la compilazione del questionario sanitario.

**6. Aggravamento del rischio**

Il Contraente deve comunicare alla Società l'eventuale aggravamento del rischio legato al trasferimento della sede operativa o della sede legale dell'Azienda assicurata, ai sensi dell'art. 1898 c.c..

**7. Termini di prescrizione**

I diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. (art. 2952, comma 2, del codice civile).

**8. Legislazione applicabile**

La legislazione applicata al contratto è quella italiana.

**9. Regime fiscale**

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

Il contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo l'aliquota attualmente in vigore pari al 2,5%

## 10. Premi

Il premio deve essere pagato in via anticipata alla Direzione della Società oppure all'**agenzia/intermediario assicurativo**, qualora presente, al quale è stato assegnato il contratto della Società, tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente.

La Società può concedere il pagamento frazionato del premio annuale in rate anticipate senza oneri aggiuntivi:  
Annuale

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

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

## C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

### 11. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

#### *Denuncia del sinistro*

#### ***Sinistri in strutture convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati***

In caso di sinistro, l'Assicurato deve preventivamente contattare la Centrale Operativa UniSalute per prenotare la prestazione o il ricovero presso una struttura sanitaria convenzionata con la Società.

Per prestazioni non riguardanti un ricovero, l'Assicurato può effettuare la prenotazione attraverso la funzione on-line disponibile all'interno dell'Area Clienti del sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it), o, in alternativa, contattare la Centrale Operativa UniSalute al numero verde indicato nelle Condizioni di assicurazione.

In caso di ricovero è necessario contattare la Centrale Operativa di UniSalute, per prenotare direttamente il ricovero nella struttura sanitaria convenzionata più indicata per la specifica necessità.

All'atto della prestazione l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata i documenti attestanti la propria identità, oltre alla prescrizione medica, qualora richiesta.

Le prestazioni autorizzate da UniSalute, saranno liquidate dalla Società direttamente alla struttura convenzionata, salvo eventuali scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

Per le modalità e termini riferiti all'attivazione del servizio di denuncia del sinistro, si rimanda all'art. C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO del capitolo C - SINISTRI nelle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

Qualora siano erogati servizi non previsti dal Piano sanitario e/o non autorizzati da UniSalute, l'Assicurato provvederà al pagamento degli stessi direttamente al centro sanitario convenzionato.

#### ***Sinistri in strutture non convenzionate con la Società o effettuati da medici non convenzionati***

Le prestazioni previste dal Piano sanitario eseguite in strutture non convenzionate, sono rimborsate secondo i limiti contrattuali indicati nelle Condizioni di assicurazione.

Per richiedere il rimborso di quanto speso, l'Assicurato può utilizzare la funzione disponibile nella sezione "Sinistri/rimborsi" - "Vuoi denunciare un sinistro?" all'interno dell'Area Clienti del sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it). Al termine della procedura si ottiene il modulo di denuncia di sinistro/rimborso che dovrà essere firmato e inviato alla Società, unitamente a copia della documentazione medica e di spesa indicata nelle Condizioni di assicurazione.

In alternativa, l'Assicurato può utilizzare il modulo cartaceo che trova nella sezione "Modulistica" del sito UniSalute. Il modulo di rimborso, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato via posta alla Società, unitamente a copia della documentazione sanitaria e di spesa indicata nelle Condizioni di assicurazione, all'indirizzo: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO.

#### ***Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale***

Le prestazioni previste dal Piano sanitario eseguite nel Servizio Sanitario Nazionale, sono rimborsate secondo i limiti contrattuali indicati nelle Condizioni di assicurazione.

Per richiedere il rimborso di quanto speso, l'Assicurato può utilizzare la funzione disponibile nella sezione "Sinistri/rimborsi" - "Vuoi denunciare un sinistro?" all'interno dell'Area Clienti del sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it). Al termine della procedura si ottiene il modulo di denuncia di sinistro/rimborso che dovrà essere inviato firmato alla Società, unitamente a copia della documentazione medica e di spesa indicata nelle Condizioni di assicurazione.

In alternativa, l'Assicurato può utilizzare il modulo cartaceo che trova nella sezione "Modulistica" del sito UniSalute. Il modulo di rimborso, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato via posta alla Società, unitamente a copia della documentazione sanitaria e di spesa indicata nelle Condizioni di assicurazione, all'indirizzo: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO.

In caso di ricovero a completo carico del SSN, l'Assicurato potrà richiedere, in alternativa al rimborso, l'erogazione dell'indennità sostitutiva.

*In caso di garanzia Stati di non autosufficienza*

#### **Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo**

##### *Denuncia del sinistro*

##### **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 contattare la Centrale Operativa di Unisalute e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato.

Per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza temporanea l'Assicurato dovrà produrre idonea documentazione, sia nel caso in cui sia mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, sia nel caso in cui sia ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, per il quale dovrà presentare un certificato medico da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero.

La documentazione verrà valutata dalla Società, la quale 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, decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione dell'esordio e termine dello Stato di non autosufficienza temporanea dell'Assicurato.

##### **Modalità di rimborso/richiesta di erogazione di servizi di assistenza**

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza dà diritto all'Assicurato a richiedere l'erogazione diretta della prestazione di assistenza, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato e al 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), per un valore corrispondente alla somma garantita.

##### **Erogazione diretta della prestazione di assistenza**

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.

##### **Richiesta di rimborso spese**

In caso di rimborso spese il fascicolo che l'Assicurato invierà alla Società, oltre alla documentazione sopra indicata, dovrà contenere le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato su presentazione alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata.

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

La Società ha la facoltà di procedere a controlli presso l'Assicurato, di farlo esaminare da un Medico di sua scelta, anche in presenza del Medico curante dell'Assicurato.

La Società può inoltre richiedere ulteriore documentazione che ritiene necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato comprese certificazioni di esistenza in vita emesse da organi pubblici, in caso di rifiuto da parte dell'assicurato, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data di richiesta della società.

Si rinvia alla sezione "GLOSSARIO" per gli aspetti riguardanti la terminologia usata.

## **12. Reclami**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Funzione Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892 - e-mail reclami@unisalute.it** Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

- 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 descrizione del motivo di lamentela;



- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Compagnia: [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it).

**Avvertenza:** 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.

### 13. Mediazione per la conciliazione delle controversie

Il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Tale decreto ha previsto la possibilità, per la risoluzione di controversie civili anche in materia di contratti assicurativi, di rivolgersi prioritariamente ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. Nel caso in cui il Contraente intenda avvalersi di tale possibilità, potrà far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali organismi, alla sede legale di UniSalute S.p.A., Ufficio Liquidazione Rimborsuale e Recuperi, Via Larga, 8 - 40138 Bologna, fax n. 0517096904.

Il tentativo di mediazione è obbligatorio cioè deve essere attivato prima dell'instaurazione della causa civile come condizione di procedibilità della stessa.

**Avvertenza:** resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

### 14. Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo tra i primi due, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio medico sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

**Avvertenza:** resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

### 15. Modalità delle comunicazioni agli assicurati

Poiché il presente piano sanitario è in forma cumulativa (quindi ad adesione volontaria di ogni Assicurato), ogni aderente alla polizza prende atto che eventuali comunicazioni comunque ad essa relative (sia da parte del Contraente, sia della Società,) saranno a lui rese conoscibili mediante almeno uno dei seguenti mezzi:

- a. Avviso Enpam pubblicato sul periodico cartaceo ("Il Giornale della Previdenza") o sul suo sito web ([www.enpam.it](http://www.enpam.it));
- b. Posta ordinaria o posta elettronica inviata all'indirizzo postale o email dell'Assicurato.
- c. Avviso pubblicato sul sito web di Previdenza popolare spa ([www.previdenzapopolare.com](http://www.previdenzapopolare.com))

## GLOSSARIO

### **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

### **Assicurato**

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

### **Assicurazione**

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

### **Contraente**

Il soggetto che stipula la polizza.

### **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.

### **Difetto fisico**

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

### **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.

### **Indennità sostitutiva**

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero e di day hospital, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero e di day hospital stessi.

### **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.

### **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.

### **Lettera di Impegno** (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

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.

### **Malattia**

Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non 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 dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

**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** (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Comunicazione della Società al Centro Odontoiatrico convenzionato in ordine alle prestazioni contenute nel piano terapeutico 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.

**Retta di degenza**

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

**Ricovero**

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

**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**

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

**Sinistro**

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

**Società**

UniSalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

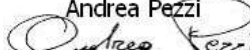
**Stato di salute "temporaneo"** (definizione relativa a "Stati di non autosufficienza temporanea")

Situazione reversibile, relativa alla salute dell'assicurato, suscettibile di completa guarigione.

**Struttura sanitaria convenzionata**

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui UniSalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

**UniSalute S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.**

UniSalute S.p.A.  
Il Direttore Generale  
Andrea Pezzi  


## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### 1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico, diverso da Grande Intervento di cui all'Allegato A, reso necessario da malattia e da infortunio;
- ricovero in Istituto di cura senza intervento chirurgico non conseguente a Grave Evento Morboso di cui all'Allegato B, reso necessario da malattia e infortunio;
- parto e aborto terapeutico;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- cure oncologiche;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- cure dentarie da infortunio;
- prestazioni a tariffe agevolate Unisalute;
- stati di non autosufficienza temporanea;
- trattamenti fisioterapici per gravi patologie;
- servizi di consulenza.

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 può essere stipulata dai titolari che abbiano aderito alla polizza Base Fondazione Enpam/Unisalute. Può essere estesa ai componenti il proprio nucleo familiare per i quali sia stata resa operante la Convenzione ("Piano Base") di Fondazione ENPAM. In questo caso dovranno essere inclusi tutti i familiari inseriti nella Convenzione ("Piano Base") ENPAM.

### SEZIONE PRIMA

### 3. RICOVERO

#### 3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CON INTERVENTO CHIRURGICO DIVERSO DA GRANDE INTERVENTO (come da allegato A) E SENZA INTERVENTO CHIRURGICO NON CONSEGUENTE A GRAVE EVENTO MORBOSO (come da Allegato B) 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 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Le prestazioni possono essere attivate in strutture convenzionate con la Società, esclusivamente alle modalità indicate al punto C.1.1 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società"; diversamente la garanzia verrà prestata in forma rimborsuale.

#### b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, 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, 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 €. 200,00 al giorno, compreso il caso di ricovero in terapia intensiva.

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 €. 100,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

f) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche 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.

Le prestazioni possono essere attivate in strutture convenzionate con la Società, esclusivamente alle modalità indicate al punto C.1.1 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società"; diversamente la garanzia verrà prestata in forma rimborsuale.

### 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 € 1.000,00 per ricovero.

### 3.3 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 3.1 "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico diverso da Grande Intervento (di cui all'allegato A) e senza intervento chirurgico, non conseguente a Grave Evento Morboso (di cui all'Allegato B), a seguito di malattia e infortunio" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

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

### 3.4 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 3.1 "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico diverso da Grande Intervento (di cui all'allegato A) e senza intervento chirurgico, non conseguente a Grave Evento Morboso (di cui all'Allegato B), a seguito di malattia e infortunio" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico, c) "Assistenza medica, medicinali, cure", f) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

### 3.5 INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di €. 65,00 per ogni giorno di ricovero con pernottamento per un periodo non superiore a 30 giorni per ogni ricovero.

### 3.6 PARTO E ABORTO

#### 3.6.1 PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico diverso da Grande Intervento (di cui all'allegato A) e senza intervento chirurgico non conseguente a Grave Evento Morboso (di cui all'Allegato B), 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 3.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

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

### 3.6.2 PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico diverso da Grande Intervento (di cui all'allegato A) e senza intervento chirurgico non conseguente a Grave Evento Morboso (di cui all'Allegato B) 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 3.1 "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico diverso da Grande Intervento (di cui all'allegato A) e senza intervento chirurgico non conseguente a Grave Evento Morboso (di cui all'Allegato B) a seguito di malattia e infortunio", lettera f) "Post-ricovero", e 3.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 4.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

### 3.7 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 ad eccezione di una franchigia di € 1.000,00 che verrà versata dall'Assicurato alla struttura al momento di effettuazione della prestazione; nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale la franchigia viene ridotta a € 500.

Le prestazioni di cui al punto 3.2 "Trasporto sanitario" vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti al punto medesimo e quelle di cui al punto 3.5 "Parto e aborto" vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti al punto medesimo.

#### 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 35%, con il minimo non indennizzabile di €. 3.000,00 ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico diverso da Grande Intervento ( di cui all'allegato A) e senza intervento chirurgico, non conseguente a Grave Evento Morboso ( di cui all'allegato B), a seguito di malattia e infortunio":

– lett. d) "Retta di degenza";

– lett. e) "Accompagnatore";

punto 3.2 "Trasporto sanitario";

punto 3.5 "Parto e aborto";

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

#### c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.5 "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".

### 3.8 NEONATI

I neonati sono assicurati dal momento della nascita per le identiche garanzie e per le medesime somme previste per la madre, con decorrenza immediata, sempreché vengano inclusi in garanzia entro 30 giorni dalla nascita mediante comunicazione alla Società. In tal caso, per i neonati sono compresi in garanzia gli interventi e le cure per la correzione di malformazioni e di difetti fisici.

La copertura per il neonato si intenderà gratuita fino alla prima scadenza annua di polizza.

### 3.9 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 200.000,00 per nucleo familiare.

### 4. CURE ONCOLOGICHE

Nei casi di malattie oncologiche la Società liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (se non effettuate in regime di ricovero o day hospital), con massimale autonomo.

Si intendono inclusi in garanzia le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie (anche farmacologiche).

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 con l'applicazione di uno scoperto del 25%.

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 8.500,00 per nucleo familiare.

### 5. PRESTAZIONI DI ODONTOIATRIA

#### 5.1 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare

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 medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari;

Le spese sostenute vengono liquidate nel limite annuo di € 3.000,00 per assicurato.

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 con l'applicazione di uno scoperto del 20%.

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

#### 5.2 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento di un sinistro costituito da una visita specialistica e da una seduta di igiene orale professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni 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. Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale. La Società provvederà al pagamento della prestazione fino ad un massimo di € 60,00;
- Visita specialistica odontoiatrica.

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

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Società provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

### 5.3 CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, liquida all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sotto indicate.

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 15% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata 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 uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 100,00 per fattura.

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle suddette prestazioni corrisponde a €. 1.000,00 per nucleo familiare.

### 5.4 PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Qualora, nel corso di una prestazione di prevenzione odontoiatrica, venga accertata l'esigenza di un successivo piano di cure, la Società, essendo le prestazioni necessarie non comprese nella garanzia, rende disponibile l'applicazione delle proprie tariffe agevolate per il relativo piano di cura concordato con l'odontoiatra convenzionato.

## SEZIONE SECONDA

### 6. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA

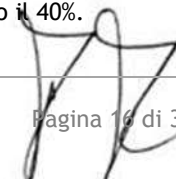
#### 6.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita all'Assicurato quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo articolo 7.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza".

#### 6.2 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 attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti : spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi.
2. Avere limitazioni funzionali nel compiere uno o più dei seguenti atti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi.
3. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.





4. 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 farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.
5. Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.
6. Essere di età superiore ad anni 70.
7. Essere di età inferiore ad anni 18.

### 6.3 SOMMA ASSICURATA

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo 7.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a € 500 da corrispondersi per una durata massima di 10 mesi.

### 6.4 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

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

- soddisfare la propria igiene personale (La capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali; cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo. Una persona, per esempio, che abbia bisogno di aiuto unicamente per lavarsi i capelli non verrà riconosciuta nell'incapacità di lavarsi).
- nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile. La capacità di nutrirsi implica di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire e non quella di tagliarli o aprire delle confezioni).
- spostarsi (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio. Se una persona ad esempio può spostarsi da sola con l'aiuto di un bastone, di una stampella o di qualsiasi altro ausilio, viene considerata in grado di spostarsi da sola. Nel caso di utilizzo di sedia a rotelle il soggetto, per essere considerato autonomo, deve essere in grado di eseguire da solo i passaggi posturali quali poltrona/sedia a rotelle, sedia a rotelle/letto).
- vestirsi (La capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente. Il solo handicap di allacciarsi le scarpe o il solo fatto di non potere indossare o togliere le calze non viene considerato incapacità di vestirsi).

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 prestati in regime di ricovero.

### 7. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI PER GRAVI PATOLOGIE

La Società provvede, esclusivamente presso strutture o centri convenzionati con Unisalute, al pagamento delle spese per trattamenti fisioterapici a fini riabilitativi resi necessari dalle seguenti patologie:

- Ictus cerebrale e forme neoplastiche invalidanti
- Forme neurologiche degenerative e neuro miopatiche.

I trattamenti riabilitativi devono essere prescritti dal medico di base o da specialista la cui specializzazione sia inerente la patologia denunciata.

Il massimale annuo per questa garanzia corrisponde a € 2.000 per nucleo familiare.

### 8. SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-822444** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

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

**a) Informazioni sanitarie telefoniche**

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

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

**b) Prenotazione di prestazioni sanitarie**

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

**c) Pareri medici immediati**

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

## 9. PREMI

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

Fascia di età	Premio
0-35	€ 420
36-45	€ 515
46-55	€ 795
56-70	€ 895
71-80	€ 1.095

Nel caso di estensione della copertura al nucleo familiare come definito al punto 2 "Persone assicurate" n.5), alla somma complessiva dei premi come sopra indicati corrispondenti a ogni singolo componente del nucleo familiare, viene applicata una percentuale di sconto in ragione del numero dei familiari secondo la seguente tabella:

a) iscritto + 1 familiare	sconto 5%
b) iscritto + 2 familiari	sconto 10%
c) iscritto + 3 familiari	sconto 20%
d) iscritto + 4 familiari e oltre	sconto 25%

Si precisa che l'età di riferimento per l'applicazione del premio per ogni componente del nucleo familiare è quella effettiva della persona assicurata.

### A - CONDIZIONI GENERALI

#### A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00 del giorno indicato nella polizza, se il premio o la prima rata sono stati pagati, diversamente ha effetto dalle ore 00 del giorno dell'avvenuto pagamento.

I premi devono essere pagati alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 00 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 00 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

#### A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE / TACITA PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

La polizza ha durata annuale e scade alle ore 00 del 1/1/2015.

In mancanza di disdetta, l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno.

L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata all'altra Parte a mezzo raccomandata, almeno trenta giorni prima della scadenza del contratto.

### A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

### A.4 ONERI FISCALI

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

### A.5 FORO COMPETENTE

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

### A.6 TERMINI DI PRESCRIZIONE

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

### A.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

### A.8 ALTRE ASSICURAZIONI

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

### A.9 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve comunicare alla Società l'eventuale aggravamento del rischio legato al trasferimento della sede operativa o della sede legale dell'Azienda assicurata, ai sensi dell'art. 1898 c.c..

## 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. 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 paradontopatie, 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. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
9. 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;

10. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
11. 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;
12. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
13. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

#### **B.2.1 ESCLUSIONI SPECIFICHE PER GARANZIA "STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA"**

Limitatamente alle prestazioni previste al punto 7. "Stati di non autosufficienza temporanea", l'assicurazione non è operante per le conseguenze dirette o indirette:

- 1) di fatti volontari o intenzionali dell'Assicurato, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti;
- 2) di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni
- 3) 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;
- 4) Dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- 5) 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, le immersioni subacquee, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno
- 6) Malattie mentali e disturbi psichici in genere
- 7) 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);
- 8) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato
- 9) le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

#### **B.3 LIMITI DI ETÀ**

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento dell'80° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza, al compimento dell'81° 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 l'81° anno di età, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assicurato.

#### **B.4 TERMINI DI ASPETTATIVA**

La garanzia decorre dalle ore 24:

- dal giorno di effetto dell'assicurazione per le malattie manifestatesi in un momento successivo alla decorrenza della copertura e per gli infortuni;
- del 90° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di malattie e infortuni preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione; relativamente alle malattie, il termine di aspettativa opera per le conseguenze di stati patologici manifestatisi anteriormente alla decorrenza dell'assicurazione;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto e l'aborto terapeutico.

I termini di aspettativa sopraindicati non vengono applicati qualora la persona risulti essere stata assicurata con il "Piano Integrativo" nell'annualità 2013.

#### **C - SINISTRI**

## SEZIONE PRIMA

### **C1. DENUNCIA DEL SINISTRO**

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di Unisalute al numero verde gratuito 800-822444 (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.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti C.1.1 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società", C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o C.1.3 "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate ai punti C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e 3.7 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società".

#### **C.1.1 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 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 C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o C.1.3 "Sinistri nel servizio sanitario nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

Anche le prestazioni di cui ai punti a) Pre-Ricovero e g) Post- Ricovero di cui all'art. 3.1 "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico diverso da Grande Intervento (di cui all'allegato A) e senza intervento chirurgico non conseguente a Grave Evento Morboso (di cui all'Allegato B), a seguito di malattia e infortunio" possono essere attivate attraverso la rete convenzionata, sempreché sia stato effettuato il passaggio preventivo con la Centrale Operativa.

In tal caso, le prestazioni di "pre-ricovero" verranno autorizzate con tariffe agevolate; l'importo di spesa sostenuto resterà comunque a carico dell'Assicurato e verrà rimborsato integralmente solo successivamente, sempreché l'Assicurato sostenga un ricovero in strutture convenzionate e con personale convenzionato con la Società.

In caso contrario, il rimborso avverrà come previsto ai punti C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o C.1.3 "Sinistri nel servizio sanitario nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

Anche le prestazioni di "post ricovero" verranno liquidate integralmente qualora siano effettuate in strutture convenzionate e con personale convenzionato con la Società. In caso contrario, il rimborso avverrà come previsto ai punti C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o C.1.3 "Sinistri nel servizio sanitario nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

#### **C.1.2 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 convenzionati/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 C.1.4 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie odontoiatria/ortodonzia)" o C.1.5 "Sinistri nel servizio sanitario nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

#### **C.1.3 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 direttamente alla sede della Società la documentazione necessaria:

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

(\*) Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero / intervento chirurgico ambulatoriale, 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 fruitive 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 3.7 "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.1.4 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE ODONTOIATRIA/ORTODONZIA)

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente alla sede della Società 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.1.5 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti C.1.1 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società" o C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.

### SEZIONE SECONDA

#### C.1.6 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 Unisalute 800-822444 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre alla Società ai fini della valutazione medica finale;
- 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 medica 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 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. 6.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza", **se l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione.**

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. 6.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza", **se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione.**

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Assicurato, dovrà essere inviata alla Società.

Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Assicurato sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza temporaneo dell'Assicurato.

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

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, con le modalità di cui agli articoli C.1.5.1 e C.1.5.2 decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione dello Stato di non autosufficienza temporaneo dell'Assicurato.

#### **C.1.7 MODALITÀ 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 14.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma assicurata - entro i limiti previsti all'articolo 6.3 "Somma assicurata" - **nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi articoli C.1.5.1 e C.1.5.2 :**

- 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.1.7.1 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.1.7.2 RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- la copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero;

ovvero

- i certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra-ricovero.

Dovrà inoltre allegare le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria, o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un 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.1.8 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

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

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

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

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

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

### C2. CONTROVERSIE

#### C.2.1 COMMISSIONE PARITETICA

E' costituita una Commissione paritetica, espressa dalle Parti, per la gestione delle controversie in relazione:

- alla liquidabilità dei rimborsi richiesti dagli assicurati;
- alla soluzione di eventuali contrasti interpretativi del contratto.

Per questi due argomenti la Commissione esamina i casi ad Essa sottoposti ed esprime il proprio parere che verrà poi comunicato dalla Società all'Assicurato.

**La Commissione avrà anche il compito di:**

- verificare la congruità e l'onere delle prestazioni e dei rimborsi conseguenti a richieste formulate dagli assicurati;
- monitorare l'utilizzo del contratto da parte degli Assicurati per un controllo costante dell'andamento della polizza;
- formulare, se necessario, indicazioni di modifiche contrattuali per l'annualità successiva alla scadenza del contratto.

#### C.2.2 ARBITRATO IRRITUALE

Per eventuali controversie che dovessero insorgere fra le Parti in ordine all'interpretazione, all'applicazione ed all'esecuzione del presente contratto, potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale irrituale composto da tre Arbitri.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Presidente del Tribunale del luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale si riunirà nel comune in cui ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

**Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo Arbitro esclusa ogni responsabilità solidale.**

Le decisioni del Collegio Arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

### C3. COASSICURAZIONE E DELEGA

L'assicurazione è ripartita fra le Società per quote in appresso indicate, ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale. Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso e alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite di

#### UNISALUTE S.p.A. - COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI - DELEGATARIA

Ogni comunicazione si intende fatta o ricevuta dalla Delegataria nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici. Ogni modifica al contratto che richieda una nuova stipulazione scritta, impegna ciascuna di esse solo dopo la firma dell'atto relativo.

La Delegataria è anche incaricata dalle Coassicuratrici dell'esazione dei premi o di importi comunque dovuti all'Assicuratore in dipendenza del contratto contro rilascio delle relative quietanze; scaduto il premio, la Delegataria può sostituire le quietanze eventualmente mancanti delle altre Coassicuratrici con altra propria rilasciata in loro nome.

Riparto di coassicurazione:

UNISALUTE	85% DELEGATARIA
UNIPOL ASSICURAZIONI	15% COASSICURATRICE

### C4. GESTIONE DEL CONTRATTO

La gestione degli aspetti assicurativi del presente contratto e l'ottemperanza agli adempimenti IVASS è demandata al broker di assicurazioni **Previdenza Popolare** (con sede in Roma, via Aureliana 2, c.a.p. 00187, iscritto al R.U.I. con n. B000014385 - ("Broker" ), cui gli Assicurati potranno rivolgersi. Pertanto i rapporti con la Società, inerenti al presente contratto, saranno tenuti per il Contraente dal Broker **Previdenza Popolare**.

Salvo che per le comunicazioni su durata e cessazione del rapporto assicurativo (riservate al Contraente) le comunicazioni del Broker alla Società per il Contraente, si intenderanno a esso riferite. (In caso di contrasto tra comunicazioni del Broker e quelle del Contraente alla Società, prevarranno queste ultime). Qualunque comunicazione sarà opponibile alla Società soltanto dal momento in cui le sia pervenuta.

Il premio dovrà essere versato da ciascun Assicurato/Aderente sul c/c vincolato (a norma dell'art. 117 del D.Lgs. 209/2005), della B N L di Roma- via Lombardia - intestato a Previdenza Popolare spa.

Il premio, pagato dal Contraente o dagli Assicurati al Broker si considera effettuato direttamente alla Società, a norma dell'art. 118 del D. Lgs. 209/2005.

Il Broker darà comunicazione delle attività sopra previste e relative condizioni e modalità, per informativa precontrattuale degli Assicurati, a norma dell' art. 120 D. Lgs. 209/05 e dell'art. 55, comma 2, Regolamento Isvap n. 5/06.

## 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
- Talamotomia, pallidotomia ed interventi similari;
- Cardiotomia, radicotomia ed altri per affezioni meningomidollari;
- Neurotomia retrogasseriana;
- Interventi per traumi vertebromidollari con stabilizzazione chirurgica;
- Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, meilemeningocele, ecc. );
- Vagotomia per via toracica;
- Simpatiectomia cervico-toracica, lombare;
- Plastica per paralisi nervo facciale;

#### OCULISTICA

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

#### OTORINOLARINGOIATRIA

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

#### CHIRURGIA DEL COLLO

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

#### CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

#### CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica

- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica o laparoscopica
- 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
- Interventi di valvuloplastica a cuore chiuso

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

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

#### **GINECOLOGIA**

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenectomia
- Intervento di mastectomia radicale
- Intervento di quadrantectomia

#### **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
  - Interventi di resezione di corpi vertebrali
  - Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni

- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

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

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

#### **TRAPIANTI DI ORGANO**

- Tutti

## **Allegato B**

<b>ELENCO DEI GRAVI EVENTI MORBOSI</b>
--

Si considerano " Grave Evento morboso " le seguenti patologie:

- a. **Infarto miocardico acuto**
- b. **Insufficienza cardio-respiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:**
  - I. dispnea
  - II. edemi declivi
  - III. aritmia
  - IV. angina instabile
  - V. edema o stasi polmonare
  - VI. ipossiemia
- c. **Neoplasie maligne con esclusione delle neoplasie in situ. (definizione di tumore maligno in situ: tumore che non ha dato metastasi o diffusione linfonodale).**
- d. **Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:**
  - I. ulcere torbide
  - II. decubiti
  - III. neuropatie
  - IV. vasculopatie periferiche
  - V. infezioni urogenitali o sovrinfezioni.
- e. **Politraumatismi gravi che non necessitino di intervento chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato**
- f. **Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo**
- g. **Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale e midollare**
- h. **Sclerosi multipla**
- i. **Sclerosi laterale amiotrofica**
- l. **Morbo di Parkinson**
- m. **Gravi miopatie**
- n. **Insufficienza renale che necessiti di dialisi**

## INFORMATIVA PRIVACY

### Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Art. 13 D. Lgs. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali e Artt. 15 e 16 del Reg. Isvap n. 34/2010 (artt. 183 e 191 del d.lgs. 209/05 - Codice Assicurazioni Private)

Gentile Cliente,

per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi in Suo favore previsti Unisalute S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento, ha necessità di utilizzare alcuni dati che La riguardano. Ove la copertura sia eventualmente estesa al nucleo familiare, il trattamento potrà riguardare anche i dati di Suoi familiari e conviventi per le finalità e nei termini di seguito indicati<sup>1</sup>.

#### QUALI DATI RACCOGLIAMO E COME LI TRATTIAMO

Si tratta di dati comuni (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione) che Lei stesso od altri soggetti<sup>(1)</sup> ci fornite; nonché di dati di natura sensibile<sup>(2)</sup>, indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il rilascio della polizza e per la gestione dell'attività assicurativa e, in alcuni casi, obbligatorio per legge<sup>(3)</sup>. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio **facoltativo** di alcuni dati comuni ulteriori (recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio ed eventualmente, ove Lei sia d'accordo, per illustrarLe nuove opportunità commerciali.

I dati così acquisiti non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato dalle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa<sup>(4)</sup>.

#### TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI (COMUNI E SENSIBILI) PER FINALITÀ ASSICURATIVE

I dati personali saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti<sup>(5)</sup>; ove necessario potranno essere forniti alle altre società del nostro Gruppo<sup>(6)</sup>.

I dati personali di natura sensibile (relativi al Suo stato di salute) potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso della persona interessata (Cliente o Suo eventuale familiare/convivente) così come richiesto nella specifica sezione della pagina precedente.

I dati personali potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi richiesti od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa<sup>(7)</sup>.

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di familiari/conviventi del "Titolare assicurato", alcuni dati anche sensibili relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore saranno messi a conoscenza anche del predetto "Titolare", ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti.

#### TRATTAMENTO DI DATI COMUNI PER LA COMMERCIALIZZAZIONE A DISTANZA DI SERVIZI ASSICURATIVI ED ALTRE FINALITÀ DI MARKETING

In una sezione separata Le chiediamo di esprimere uno specifico consenso per il trattamento dei Suoi soli dati comuni (compresi recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica); il Suo consenso permetterà esclusivamente alla nostra Società di utilizzare i Suoi dati per finalità di invio di comunicazioni commerciali a distanza relative a contratti assicurativi nostri e di altre compagnie del Gruppo Unipol, nonché ad offerte di prodotti e servizi di altre società del Gruppo<sup>(8)</sup> ed anche di società terze, nostri *partners* commerciali. In particolare, previo Suo consenso, i Suoi dati saranno utilizzati per finalità di invio di newsletter e materiale pubblicitario, di vendita diretta, di compimento di ricerche di mercato o di comunicazioni commerciali attinenti ai suddetti servizi e prodotti, mediante le seguenti tecniche di comunicazione a distanza: posta, telefono, sistemi anche automatizzati di chiamata, e-mail, fax e SMS o MMS.

Il consenso al trattamento dei Suoi dati comuni per tali finalità è facoltativo e il suo mancato rilascio non incide sui rapporti assicurativi in essere.

#### QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolare del trattamento dei Suoi dati comuni e sensibili è Unisalute S.p.A. ([www.unisalute.it](http://www.unisalute.it)), con sede in Via Larga n. 8 - 40138 Bologna.

Per ogni eventuale dubbio o chiarimento, nonché per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali comunichiamo i dati e l'elenco dei Responsabili potrà consultare i siti [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) o rivolgersi al Responsabile per il riscontro agli interessati all'indirizzo sopra indicato - e-mail: [privacy@unisalute.it](mailto:privacy@unisalute.it).

#### Note

1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.

2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.

3) Ad esempio, in materia di accertamenti fiscali, ecc.

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

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

6) Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. ed UnipolSai Assicurazioni S.p.A., cui è affidata la gestione di alcuni servizi condivisi per conto della altre società appartenenti al Gruppo Unipol.

7) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto), da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; periti, legali; società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri (quali le Centrali Operative), servizio di quietanzamento, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza; medici, strutture sanitarie o cliniche convenzionate da Lei scelti; nonché ad enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (indicati nell'elenco disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).

8) Le società facenti parte del Gruppo Unipol sono visibili sul sito di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. [www.unipol.it](http://www.unipol.it).

<sup>1</sup> In caso di polizze per nucleo familiare copia della presente informativa viene consegnata al Cliente ed ai Suoi familiari e conviventi

