

VALORE SALUTE PIÙ
GOLD

Guida
al Piano
Sanitario

QUANDO
C'È **UNISALUTE**
C'È **TUTTO**

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

www.unisalute.it

24h su 24, 365 giorni l'anno

oppure

contatta preventivamente il

Numero Verde

800-009628

dall'estero: prefisso per l'Italia

+ 051.63.89.046

orari:

8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

I servizi UniSalute sempre con te!

Scarica gratis l'app te da App Store e Play Store.

In applicazione delle disposizioni del Decreto Legislativo 209/2005 art.185 "Nota Informativa" si informa che:

- La legislazione applicata al Piano sanitario è quella italiana;

- **Reclami:** eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per Assicurato a:

**UniSalute S.p.A. - Funzione Reclami Via Larga, 8 - 40138 Bologna
fax 051- 7096892 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 contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve 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. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione delle responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di **ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti**.

Guida al Piano sanitario Valore Salute Più GOLD

Questo manuale è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo; in nessun caso può sostituire il fascicolo informativo, del quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali.

Il fascicolo informativo resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.



1. SOMMARIO

2.	BENVENUTO	8
3.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	8
3.1.	Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	8
3.2.	Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	9
3.3.	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	10
4.	SERVIZI ONLINE E MOBILE	11
4.1.	Il sito di UniSalute	11
4.1.1.	Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?	11
4.1.2.	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	12
4.1.3.	Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	12
4.1.4.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	13
4.1.5.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	13
4.1.6.	Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?	14
4.1.7.	Come posso ottenere pareri medici?	14
4.2.	L'app di UniSalute	15
4.2.1.	Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	15
4.2.2.	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	16
4.2.3.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	16
4.2.4.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	16
5.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	17
6.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	18
6.1.	Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura	18
6.2.	Prestazioni di alta specializzazione	19
6.3.	Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	20
6.4.	Trattamenti fisioterapici riabilitativi	21
6.5.	Assistenza infermieristica domiciliare	23
6.6.	Prestazioni diagnostiche particolari	23
6.7.	Prestazioni odontoiatriche particolari	24
6.8.	Prestazioni diagnostiche e odontoiatriche particolari bambini e ragazzi	25
6.9.	Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche, ortodonzia e altre prestazioni di tipo odontoiatrico e ortodontico	26
6.10.	Cure dentarie da infortunio	27
6.11.	Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero	28
6.12.	Sindrome Metabolica	29
6.13.	Servizio Monitor Salute per Assicurati con età minima di 51 anni	31
6.13.1	Servizio Monitor Salute	31
6.13.2	Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche	33
6.14.	Stati di non autosufficienza temporanea (LTC) per Assicurati con età minima 18 anni	34
6.14.1	Oggetto della copertura	34
6.14.2	Condizioni di assicurabilità	34
6.14.3	Somma assicurata	35
6.14.4	Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea	35
6.14.5	Riconoscimento dello stato di non autosufficienza temporanea da parte della Società	36
6.14.6	Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi di assistenza	38
6.14.7	Erogazione diretta della prestazione di assistenza	39

6.14.8	Richiesta di rimborso spese	39
6.14.9	Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza	40
6.15.	Doctor Pet	41
6.15.1	Denuncia del sinistro per la garanzia Doctor Pet	43
6.16.	Servizi di consulenza e assistenza	43
7.	PREMIO.....	47
8.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	48
9.	PERSONE NON ASSICURABILI	51
10.	PERIODI DI CARENZA.....	53
11.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	54
11.1.	Inclusioni/esclusioni	54
11.2.	Validità territoriale	54
11.3.	Limiti di età	55
11.4.	Gestione dei documenti di spesa	55
11.5.	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	56
12.	ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	56

MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO E INFORMATIVA PRIVACY ALLEGATI

2. BENVENUTO

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

I servizi online offerti da UniSalute

Su www.unisalute.it, hai a disposizione un’area riservata con pratiche funzioni online che rendono ancora più veloce e semplice utilizzare il Piano sanitario.

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

3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

3.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute

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

L’elenco delle strutture sanitarie convenzionate, è disponibile su www.unisalute.it nell’Area clienti o telefonando alla Centrale Operativa. E’ sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

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



Prenotazione veloce

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

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

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

Importante

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

3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute

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

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



Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a Internet invia copia della documentazione a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO.

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

- il **modulo di richiesta rimborso** compilato e sottoscritto, che si trova allegato alla Guida oppure sul sito www.unisalute.it;
- in caso di **indennità giornaliera per ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di **prestazioni extraricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;
- in caso di **odontoiatria/ortodonzia**, scheda anamnestica redatta dal medico curante (dentista);
- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

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

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

3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

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



Valutazione rimborso in 20 giorni

Chiedi online il rimborso ticket e indennità giornaliera: segui la breve procedura guidata e **invia i documenti in formato elettronico. Risparmi tempo e ricevi la valutazione della tua richiesta entro 20 giorni!**

In alternativa, invia a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO, la documentazione necessaria.

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

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

4.1. Il sito di UniSalute

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

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

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

E' semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata alla Registrazione Clienti sul sito UniSalute.

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

Nella home page del sito www.unisalute.it accedi alla funzione "Registrati" e compila la maschera con i dati richiesti.

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

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

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?

Basta cliccare sul bottone "Non ricordi password?" sulla home page e inserire i dati richiesti. Procederemo a inviarti all'indirizzo e-mail indicato le credenziali di accesso al sito.

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

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

Accedi all'area clienti e accedi **alla funzione "Prenotazione"**.

In base alle tue esigenze puoi:

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



Prenotazione veloce

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

4.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Entra nell'Area clienti e **accedi all'area "Aggiorna dati"**. In base alle tue esigenze puoi:

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



Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

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

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

Entra nell'Area clienti, accedi alla sezione **"Rimborsi"** e seleziona la funzione di interesse.



Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a Internet, utilizza il modulo di rimborso allegato alla Guida e invialo insieme a copia di tutta la documentazione richiesta a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO**.

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

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

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

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

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

4.1.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?

Esegui il Login al sito cliccando su Entra/Login e **accedi all'area "Prestazioni e strutture convenzionate"**.

Seleziona la funzione di tuo interesse per visualizzare le prestazioni del tuo Piano Sanitario o l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

4.1.7. Come posso ottenere pareri medici?

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

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

4.2. L'app di UniSalute

Con **Unisalute Up**, la nuovissima app di UniSalute, puoi:

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

4.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

L'app UniSalute è **disponibile per smartphone e tablet** è può essere **scaricata gratuitamente da App Store e Play Store**. Accedi allo store e cerca "UniSalute Up" per avere sempre a portata di mano i nostri servizi.

Una volta scaricata puoi registrarti in pochi semplici passi.

Se sei già registrato sul sito www.unisalute.it puoi utilizzare le stesse credenziali di accesso!

UniSalute PER TE

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

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

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

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

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

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

Tieni monitorati tutti i tuoi appuntamenti!

Nella sezione APPUNTAMENTI puoi visualizzare l'agenda con i tuoi prossimi appuntamenti per le prestazioni sanitarie prenotate.

Potrai modificarli o disdirli direttamente da qui!

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

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

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

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

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

visualizzare lo stato dei sinistri pagati, non liquidabili o in fase di lavorazione.

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

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

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

Puoi ovviamente consultare tutti i documenti inviati.

Integra la documentazione mancante

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

5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano Sanitario è prestato a favore del correntista di Unipol Banca S.p.A. che intende sottoscrivere il Piano per sé e per uno o più componenti del proprio nucleo familiare (coniuge/persona unita civilmente/convivente di fatto e figli risultanti dallo stato di famiglia, non necessariamente correntista).

Il contraente della polizza deve coincidere con il primo Assicurato ed essere correntista Unipol Banca. Il contraente può decidere di estendere la polizza anche ad un solo componente del proprio nucleo familiare.

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

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

- indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi;
- assistenza infermieristica domiciliare;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- prestazioni diagnostiche e odontoiatriche particolari per bambini e ragazzi;
- cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche, ortodonzia e altre prestazioni di tipo odontoiatrico e ortodontico;
- cure dentarie da infortunio;
- interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- sindrome metabolica;
- servizio Monitor Salute;
- stati di non autosufficienza temporanea (LTC) per Assicurati con età minima 18 anni;
- servizi di consulenza e assistenza;
- Doctor Pet.

6.1. Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura

In caso di ricovero in istituto di cura, reso necessario anche da parto cesareo, parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo, l'Assicurato avrà diritto a un'indennità di **€ 200,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **90** giorni per ogni ricovero.

In caso di "Grande Intervento Chirurgico", intendendo per tali quelli elencati al successivo capitolo "Elenco grandi interventi chirurgici", l'importo dell'indennità s'intende elevato a **€ 400,00** per ogni giorno di ricovero, fermo il resto.

6.2. Prestazioni di alta specializzazione

<p>Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angiografia • Artrografia • Broncografia • Cistografia • Cistouretrografia • Clisma opaco • Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP) • Colangiografia percutanea (PTC) • Colangiografia trans Kehr • Colecistografia • Dacriocistografia/Dacriocistotac • Defecografia • Fistelografia • Flebografia • Fluorangiografia • Galattografia • Isterosalpingografia • Mielografia • Retinografia • Rx esofago con mezzo di contrasto • Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto • Rx tenue e colon con mezzo di contrasto 	<ul style="list-style-type: none"> • Scialografia • Splenoportografia • Urografia • Vesciculodeferentografia • Videoangiografia • Wirsunggrafia <p>Accertamenti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accertamenti endoscopici • Diagnostica radiologica • Doppler • Ecocardiografia • Ecografia • Elettroencefalogramma • Elettromiografia • Mammografia o Mammografia Digitale • PET • Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN) • Scintigrafia • Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale) <p>Terapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chemioterapia • Cobaltoterapia • Dialisi • Laserterapia a scopo fisioterapico • Radioterapia
--	--

• In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assicurato. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 60,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

<p>Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 10.000,00 per persona.</p>

6.3. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

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

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

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute e prestazioni effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assicurato. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 60,00** per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

**Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura
è di € 1.500,00 per persona.**

6.4. Trattamenti fisioterapici riabilitativi

Unisalute provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di malattia o infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico "di famiglia" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

È prevista l'agopuntura effettuata anche a fini antalgici.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'Assicurato. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia come sopra riportato.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**75%** con il minimo non indennizzabile di **€ 70,00** per ogni fattura/persona. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia come sopra riportato.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia come sopra riportato.

<p>Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 1.100,00 per persona.</p>
--

6.5. Assistenza infermieristica domiciliare

Il Piano sanitario rimborsa le spese di assistenza infermieristica domiciliare nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 60 giorni per anno associativo e per persona.

6.6. Prestazioni diagnostiche particolari

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

Prestazioni previste per gli uomini e le donne una volta all'anno

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

Prestazioni previste per gli uomini una volta all'anno

- Elettrocardiogramma di base

Prestazioni previste per le donne una volta all'anno

- Esame colpocitologico cervico-vaginale (pap test)

Prestazioni previste per gli uomini una volta ogni due anni a partire dal compimento dei cinquant'anni

- Ecotomografia addome superiore e inferiore (4/5 organi)
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecodoppler tronchi sovraortici
- Visita specialistica urologica

Prestazioni previste per le donne una volta ogni due anni a partire dal compimento dei cinquant'anni

- Ecodoppler tronchi sovraortici
- Ecotomografia addome superiore e inferiore (4/5 organi)
- Visita specialistica ginecologica
- Mammografia

6.7. Prestazioni odontoiatriche particolari

In deroga di quanto previsto al capitolo “Casi di non operatività del Piano”, il Piano sanitario provvede al pagamento di una visita specialistica e di 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.
- 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 UniSalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno associativo, UniSalute provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

6.8. Prestazioni diagnostiche e odontoiatriche particolari bambini e ragazzi

UniSalute provvede al pagamento delle prestazioni di prevenzione specifiche **per bambini e ragazzi dai 6 mesi ai 12 anni di età**, in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

Prestazioni da effettuare una volta l'anno:

- **Dai 6 mesi ai 4 anni** → Visita specialistica otorinolaringoiatrica.
- **Dai 4 ai 12 anni** → Visita specialistica odontoiatrica con eventuale fluorazione (applicazione topica di fluoro) e/o sigillatura dei solchi (massimo 4 elementi definitivi).

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri, in accordo con UniSalute, la necessità di effettuare una seconda visita specialistica odontoiatrica nell'arco dello stesso anno, UniSalute provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente. La seconda seduta deve essere preventivamente comunicata ed autorizzata da UniSalute.

Prestazioni da effettuare una sola volta nell'intervallo di anni specificato:

- **Dai 3 ai 6 anni** → Visita specialistica oculistica completa (tonometria, esame del fundus, stereopsi e color test, valutazione ortottica).
- **Dai 4 agli 8 anni** → Visita ortopedica.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Pagamento diretto da parte di UniSalute alla struttura per le prestazioni erogate senza applicazione di franchigie o scoperti.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Solo nel caso in cui nella provincia di residenza dell'Assicurato non fosse presente un medico convenzionato con Unisalute, sarà possibile effettuare la prestazione presso un medico specialista non convenzionato, ed ottenere il rimborso integrale delle spese sostenute.

6.9. Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche, ortodonzia e altre prestazioni di tipo odontoiatrico e ortodontico

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del Piano", Unisalute provvede al pagamento delle spese per l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribasamento di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche, per cure odontoiatriche e terapie conservative e altre prestazioni di tipo odontoiatrico e ortodontico.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'Assicurato.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **20%** con il minimo non indennizzabile di **€ 100,00** per fattura/persona.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il limite di spesa annua garantito per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 900,00 per persona.

Il sotto limite annuo in caso di utilizzo di strutture sanitarie private non convenzionate o effettuate da personale non convenzionato con UniSalute corrisponde a € 450,00 per persona.

6.10. Cure dentarie da infortunio

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del Piano", Unisalute liquida all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sotto indicate.

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

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

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno importo a carico dell'Assicurato.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **20%** con il minimo non indennizzabile di **€ 100,00** per fattura/persona.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Unisalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a Suo carico nel limite delle disponibilità annue garantite.

Il limite di spesa annuo garantito per il complesso delle suddette prestazioni corrisponde a € 2.500,00 per persona.

6.11. Interventi chirurgici odontoiatrici extracovero

In deroga a quanto previsto all'art. 8 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, Unisalute liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura purché anch'essi conseguenti alle seguenti patologie:

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

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

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, e ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma, odontoma.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime senza applicazione di alcun importo a carico dell'Assicurato.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **20%** con il minimo non indennizzabile di **€ 100,00** per fattura/persona.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Unisalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il limite di spesa annua garantito per il complesso delle suddette prestazioni corrisponde a € 5.000,00 per persona.

6.12. Sindrome Metabolica

Per attivare la copertura l'Assicurato dovrà compilare il questionario raggiungibile cliccando su www.unisalute.it e "confermare il suo invio" a Unisalute.

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

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

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

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

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Provvederà inoltre all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni da effettuarsi una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

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

- Visita cardiologia più prova da sforzo (ECG con prova da sforzo);
- Doppler carotideo
- Curva glicemica
- Ecocardiogramma

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

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano

sanitario, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito UniSalute.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle previste dal Piano sanitario, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui alla relativa copertura. Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle previste dal Piano sanitario, all'Assicurato verrà fornito un servizio di "fax-assistito" che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate con Unisalute a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.

6.13. Servizio Monitor Salute per Assicurati con età minima di 51 anni

6.13.1 Servizio Monitor Salute

Il Servizio Monitor Salute è offerto da UniSalute in collaborazione con SiSalute, divisione di UniSalute Servizi S.r.l., la nuova società controllata da UniSalute che offre servizi non assicurativi in ambito salute.

Si tratta di un servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di malattie croniche quali diabete, ipertensione e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) rivolto agli Assicurati con età maggiore di 50 anni.

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

L'Assicurato seguendo le indicazioni che verranno fornite durante la compilazione del Questionario, dovrà: inviare documentazione medica

attestante la patologia cronica, sottoscrivere e inviare il consenso al trattamento dei dati personali; sottoscrivere e inviare il Modulo di Adesione al servizio.

In caso di risposte dubbie o non definitive al Questionario, SiSalute potrà contattare telefonicamente l'Assicurato al fine di concludere la procedura di attivazione del servizio.

Nel caso in cui l'Assicurato presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio, SiSalute provvederà all'invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all'attivazione degli stessi, previo contatto telefonico con l'Assicurato. Unisalute, attraverso il suo personale qualificato, provvederà a monitorare a distanza la malattia cronica e all'occorrenza contatterà telefonicamente l'Assicurato, per verificare i valori rilevati dai dispositivi medici.

L'Assicurato avrà inoltre a disposizione una disponibilità annua per visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti la sua condizione di cronicità, da poter eseguire nelle strutture convenzionate con UniSalute o poter ottenere il rimborso delle spese sostenute nel Servizio Sanitario Nazionale come indicato al successivo punto "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche".

Per risolvere problemi di carattere tecnico, l'Assicurato potrà contattare il numero verde dedicato 800-169009, per richiedere invece informazioni sul servizio, l'Assicurato potrà contattare il numero verde dedicato 800-244262.

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

6.13.2 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche

Per gli Assicurati che sono entrati a far parte del programma di monitoraggio della cronicità, secondo i parametri indicati al punto 6.13 “Servizio Monitor Salute”, Unisalute provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli Assicurati, con le modalità sotto indicate.

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

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all’Assicurato vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime senza applicazione di alcun importo a carico dell’Assicurato.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Solo nel caso in cui nella provincia di residenza dell’Assicurato non fosse presente un medico convenzionato con Unisalute, sarà possibile effettuare la prestazione presso un medico specialista non convenzionato, ed ottenere il rimborso integrale delle spese sostenute.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Unisalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell’Assicurato.

Il limite di spesa annua garantito per il complesso delle suddette prestazioni corrisponde a € 300,00 per persona.

6.14. Stati di non autosufficienza temporanea (LTC) per Assicurati con età minima 18 anni

6.14.1 Oggetto della copertura

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

6.14.2 Condizioni di assicurabilità

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

6.14.3 Somma assicurata

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a € 1.000,00 da corrispondersi per una durata massima di 6 mesi.

6.14.4 Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea

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

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

e necessiti temporaneamente ma in modo costante:

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

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

6.14.5 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza temporanea da parte della Società

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

- a) chiamare il numero verde gratuito 800-009628 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 051 6389048) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre a Unisalute 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 a Unisalute tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

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

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

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

In risposta, Unisalute invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Assicurato o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente del malato. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto 6.14.4. "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto 6.14.4. "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

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

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

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

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

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, con le modalità di cui ai punti "Erogazione diretta della prestazione di assistenza" e "Richiesta di rimborso spese" decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione dello Stato di non autosufficienza temporaneo dell'Assicurato.

6.14.6 Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi di assistenza

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte di Unisalute secondo le condizioni del punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma garantita - entro i limiti previsti al punto 6.14.3. "Somma assicurata" - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi punti "Erogazione diretta della prestazione di assistenza" e "Richiesta di rimborso spese"

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

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

6.14.7 Erogazione diretta della prestazione 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 Unisalute, la stessa provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate.

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

6.14.8 Richiesta di rimborso spese

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

- il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la relativa data d'insorgenza. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).
- Questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato

- Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito.
- Qualora l'Assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare a Unisalute tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

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

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato su presentazione a Unisalute della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte di Unisalute, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

6.14.9 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

Unisalute si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Assicurato, a controlli presso l'Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessaria per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

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

6.15. Doctor Pet

Unisalute provvede ad erogare prestazioni di assistenza a favore dell'animale domestico da compagnia indicato in fase di adesione e riportato nel certificato di polizza.

Cane

Ai fini della copertura assicurativa e della sua identificazione l'animale deve essere:

- dotato di microchip o tatuaggio;
- in possesso di certificato d'iscrizione alla anagrafe canina;
- tenuto con cura e diligenza in conformità a quanto stabilito dalle disposizioni di Legge in materia e dai Regolamenti Comunali, qualora presenti.

Gatto

Ai fini della copertura assicurativa e della sua identificazione l'animale deve essere:

- registrato con specifico libretto Sanitario a lui dedicato;
- tenuto con cura e diligenza in conformità a quanto stabilito dalle disposizioni di Legge in materia e dai Regolamenti Comunali, qualora presenti.

Con lo stesso contratto potranno essere Assicurati più animali domestici da compagnia purché di proprietà del Contraente, **fino ad un massimo di 5.**

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800-212477. L'Assicurato dovrà specificare i dati anagrafici dell'animale per il quale si richiede l'assistenza (codice microchip o tatuaggio per il cane, nome e razza per il gatto).

a) Prestazione di urgenza per l'animale domestico da compagnia

Qualora a seguito di infortunio o di malattia improvvisa dell'animale domestico da compagnia il contraente abbia necessità di reperire urgentemente un veterinario, Unisalute provvederà a segnalare la struttura veterinaria con essa convenzionata presso la cui studio sarà possibile l'esecuzione della prestazione.

Unisalute provvederà al pagamento delle spese della visita specialistica atta a determinare l'effettivo stato di salute dell'animale.

La presente copertura, per ogni animale domestico da compagnia, è attivabile 1 sola volta per anno.

Per tutte le altre prestazioni che si dovessero rendere necessario a seguito di suddetta visita specialistica, il contraente potrà richiedere l'applicazione di tariffe riservate UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

b) Prestazioni a tariffe agevolate

Qualora una prestazione non sia derivante da urgenza dovuta a malattia o infortunio (per tutte le prestazioni sanitarie non coperte dalla polizza) è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

c) Il veterinario risponde

La Centrale Operativa di UniSalute garantisce un servizio di consulenza veterinaria, mettendo un veterinario a disposizione dell'Assicurato, a cui potersi rivolgere per informazioni o chiarimenti sulla salute del tuo animale.

d) Informazioni veterinarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione veterinaria, indipendentemente dagli eventi previsti dalla copertura, in merito a:

- Cliniche e ambulatori veterinari in zona, anche aperti 24 ore su 24.
- Farmacie con prodotti specifici per cani e gatti e loro ubicazione.

- Articoli/alimentari per cani e gatti – Negozi e loro ubicazioni
- Pensioni per cani e gatti in città e provincia
- Scuole addestramento cani
- Toelettatura cani
- Allevamenti di zona (cani e gatti)
- Info mostre/raduni
- Info spiagge / stabilimenti balneari a loro accessibili

6.15.1 Denuncia del sinistro per la garanzia Doctor Pet

Per ogni richiesta di assistenza l'Assicurato dovrà contattare immediatamente la Centrale Operativa di UniSalute S.p.A., operativa 24 ore su 24 al numero verde 800-212477 specificando i dati anagrafici dell'animale per il quale si richiede l'assistenza (codice microchip o tatuaggio per il cane, nome e razza per il gatto).

6.16. Servizi di consulenza e assistenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-009628** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + **051.6389046**.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800-212477.

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

c) Pareri medici immediati

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

d) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo la Centrale Operativa accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente

un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 500 km.

f) Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa prenderà in carico un biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo di classe economica, per permettere ad un familiare convivente di raggiungere l'Assicurato ricoverato.

Tale prestazione sarà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare.

g) Trasferimento in centro medico specializzato

Qualora l'Assicurato in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Centrale Operativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale Operativa provvederà a organizzare il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni tra quelli sottoelencati:

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

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa.

La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assicurato.

All'estero

In collaborazione con PAS Pronto Assistance Servizi S.c.r.l., UniSalute vi offre inoltre per tutto l'arco delle 24 ore i seguenti servizi telefonando dall'estero al numero: prefisso internazionale dell'Italia +39-0514161781.

h) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel limite di Euro 150 per sinistro.

i) Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia), la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo di acquisto dei medicinali.

j) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato tra quelli sottoelencati:

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

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

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

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio.

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

7. PREMIO

Il premio annuo è unico, anticipato ed il pagamento avverrà in un'unica soluzione.

Il pagamento del premio annuale potrà avvenire unicamente tramite una delle seguenti modalità:

- i) addebito sul conto corrente acceso presso Unipol Banca del Contraente;
- ii) finanziamento da parte di Finitalia.

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

a) Titolare	€ 1.595,00
b) Coniuge o persona unita civilmente o convivente di fatto	€ 1.430,00

c) Figlio con età uguale o maggiore a 13 anni	€ 1.243,00
d) Figlio con età fino a 12 anni	€ 297,00
e) Primo animale domestico	€ 16,50
f) Dal secondo al quinto animale domestico	€ 0,00

Nel caso in cui l'Assicurato decida di sottoscrivere un nuovo Piano sanitario, avrà diritto ad uno sconto del **10%** su tutti i contributi.

Qualora l'Assicurato decida di sottoscrivere, per la seconda volta, un nuovo Piano sanitario, lo sconto sarà del **20%**.

Tale scontistica verrà applicata a tutti gli ulteriori nuovi Piani sanitari.

Si precisa che, per godere degli sconti sopra riportati, i nuovi Piani sanitari dovranno essere relativi al prodotto "Valore Salute Più Gold" ed emessi tutti senza soluzione di continuità.

8. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano stesso.

Il Piano sanitario non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario);

5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.

Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
11. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
12. i sinistri causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
13. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Assicurato con dolo o colpa grave;
14. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
15. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, eventi atmosferici;
16. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto 6.9 “Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche, ortodonzia e altre prestazioni di tipo odontoiatrico e ortodontico” il Piano sanitario non è operante per:

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

Limitatamente alle prestazioni previste al punto 6.14 “Stati di non autosufficienza temporanea per Assicurati con età minima 18 anni”, il Piano sanitario non è operante per le conseguenze:

- di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
- dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall’Assicurato con dolo o colpa grave;
- di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 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;
- dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell’atomo di radiazioni provocate dall’accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici,, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l’alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l’Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- di prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da

interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario);

- di partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti criminali;
- di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.
- di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto 6.15 "Doctor Pet", il Piano sanitario non è operante per:

- Le visite, gli accertamenti e le terapie legate alla castrazione e sterilizzazione;
- Gli infortuni derivanti dalla pratica di azioni illegali (quali ad esempio lotte clandestine) o dalla pratica delle caccia;
- Le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- Malattie congenite dell'animale.

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

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

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

9. PERSONE NON ASSICURABILI

Sono definite "persone non assicurabili" coloro le quali abbiano sofferto o soffrano alla data di effetto della copertura di almeno una delle seguenti patologie, o rientrino in almeno una delle sotto elencate casistiche:

- Tumori insorti nei cinque anni precedenti alla data di sottoscrizione del Piano sanitario;

- Malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson e Parkinsonismi, sclerosi a placche o laterale amiotrofica);
- Epatopatie croniche e cirrosi epatica;
- Pancreatite acuta e cronica;
- Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione del Piano sanitario;
- Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas;
- Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione del Piano sanitario (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);
- 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;
- Essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica;
- Invalidità civile riconosciuta superiore al 60%, salvo quanto attiene l'operatività specifica della garanzia "Stati di non autosufficienza temporanea (LTC) per Assicurati con età minima 18 anni;
- Stato di non autosufficienza temporanea o permanente alla data di attivazione del presente Piano sanitario.

Il Piano sanitario cessa con il loro manifestarsi qualora sia stata stipulata in presenza di una delle malattie o condizioni sopra indicate. Si precisa che, ferma la durata annuale di ciascun contratto, è possibile acquistare il prodotto "Valore Salute Più Gold" per le annualità successive alla prima, in continuità assicurativa, senza l'applicazione del presente articolo.

Inoltre, anche nel caso di soggetti già coperti con analogo prodotto individuale di Unisalute, collocato da Unipol Banca, è possibile acquistare il prodotto “Valore Salute Più Gold” in continuità assicurativa, e il presente articolo non troverà applicazione.

10. PERIODI DI CARENZA

La garanzia decorre dalle ore 24:

- del 5° giorno successivo a quello di effetto dell’assicurazione per gli infortuni;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto dell’assicurazione per le malattie;
- del 60° giorno successivo a quello di effetto dell’assicurazione per l’aborto e le malattie dipendenti da gravidanza;
- del 180° giorno successivo a quello di effetto dell’assicurazione, per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell’assicurazione;
- del 180° giorno successivo a quello dell’assicurazione per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall’Assicurato, ma insorti anteriormente alla stipulazione della polizza;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto dell’assicurazione per il parto e le malattie da puerperio;
- del 1° giorno del VI anno assicurativo successivo a quello di effetto dell’assicurazione per le infezioni da HIV, a condizione che l’assicurato non fosse già affetto da HIV all’atto dell’attivazione del piano sanitario nel qual caso troverebbe applicazione l’art. “Persone non assicurabili”.

Si precisa che, ferma la durata annuale di ciascun contratto, è possibile acquistare il prodotto “Valore Salute Più Gold” per le annualità successive alla prima, in continuità assicurativa, senza l’applicazione del presente articolo.

Inoltre, anche nel caso di soggetti già coperti con analogo prodotto individuale di Unisalute, collocato da Unipol Banca, è possibile acquistare il prodotto “Valore Salute Più Gold” in continuità assicurativa, e il presente articolo non troverà applicazione.

11. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

11.1. Inclusioni/esclusioni

Le movimentazioni all'interno del presente Piano sanitario sono regolate dai punti di seguito indicati:

1) Inclusione di familiari

I familiari risultanti dallo stato di famiglia, definiti al capitolo. “Le persone per cui è operante la copertura”, possono essere inseriti in copertura contestualmente al titolare mediante compilazione dell'apposito modulo di adesione e pagamento del relativo contributo; diversamente, i familiari potranno essere inseriti solo alla prima scadenza utile del Piano sanitario.

In caso di variazioni dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite, l'inclusione dei nuovi familiari decorrerà alla prima scadenza utile del Piano sanitario, mediante compilazione dell'apposito modulo.

2) Esclusioni dalla copertura

Nel caso di esclusioni in corso d'anno dalla copertura, il titolare e gli eventuali familiari Assicurati vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

11.2. Validità territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo. Se ti trovi all'estero devi contattare il più presto possibile la Centrale Operativa per avere l'autorizzazione ad effettuare la prestazione e farti indicare la struttura sanitaria convenzionata a te più vicina.

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

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

11.3. Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **75°** anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso al compimento del **76°** anno di età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare il Piano sanitario cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

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

11.4. Gestione dei documenti di spesa

A. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

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

B. Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

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

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

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

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

12. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

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

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)

- Interventi demolitivi 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 echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica

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

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia

- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi 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

Le prestazioni sono garantite da:

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

Unipol
BANCA

Questo opuscolo è stato predisposto in modo da costituire uno strumento di sintesi e in nessun caso può sostituire il Fascicolo Informativo del quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali. Per avere maggiori informazioni e per la sottoscrizione della polizza richiedere il Fascicolo Informativo agli sportelli di Unipol Banca.

