

Piano Sanitario Enmoa in convenzione con

UNISALUTE 



**Iscritti
ENMOA
Ente Nazionale di Mutualità
delle Organizzazioni Autonome**



GUIDA AL PIANO
SANITARIO

Servizio di consulenza ai clienti

**Numero Verde
800-**

dall'estero: prefisso per l'Italia
+ 051.....

orari:
8,30 – 19,30 dal lunedì al venerdì

Per tutte le prestazioni dell'Area Ricovero
è OPPORTUNO contattare
preventivamente il numero sopra
indicato.

In applicazione delle nuove disposizioni del Decreto Legislativo 209/2005 art.185 "Informativa al contraente" la Società informa che:

- la legislazione applicata al contratto è quella italiana;
- eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

**Unisalute S.p.A. - Funzione Reclami Via del Gomito, 1 - 40127 Bologna
fax 051- 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'ISVAP, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.....

I reclami indirizzati all'ISVAP contengono:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- 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 Iscritti ENMOA Ente Nazionale di Mutualità delle Organizzazioni Autonome

Questo manuale è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo; in nessun caso può sostituire la polizza di assicurazione, della quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali.

La polizza resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

1. Sommario

2.	BENVENUTO TRA GLI ASSICURATI UNISALUTE.....	5
3.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	5
3.1.	Per prima cosa contatta Unisalute	5
3.2.	Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	6
3.3.	Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	7
3.4.	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	8
3.5.	Professione intramuraria	9
4.	SERVIZI ON LINE RISERVATI AI CLIENTI.....	9
5.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	12
6.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	12
6.1.	Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio	13
6.2.	Trasporto sanitario a seguito di grande intervento chirurgico	15
6.3.	Trapianti a seguito di malattia e infortunio	15
6.4.	Rimpatrio della salma a seguito di grande intervento chirurgico	15
6.5.	Indennità sostitutiva a seguito di grande intervento chirurgico	15
6.6.	Il massimale dell'area ricovero per grande intervento chirurgico	15
6.7.	Prestazioni di Alta specializzazione	16
6.8.	Visite specialistiche	17
6.9.	Ticket sanitari per accertamenti diagnostici	18
6.10.	Pacchetto maternità	18
6.11.	Cure dentarie da infortunio	19
6.12.	Prestazioni odontoiatriche particolari	20
6.13.	Prestazioni diagnostiche particolari	20
6.14.	Diagnosi comparativa	22
6.15.	Servizi di consulenza	23
7.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO.....	24
8.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	25
8.1.	Inclusioni/esclusioni	25
8.2.	Estensione territoriale	26
8.3.	Limiti di età	26
8.4.	Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)	27
8.5.	Informative sui rapporti con l'Assicurato	27
9.	PREMI.....	27
10.	ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	28

MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO E INFORMATIVA PRIVACY AL CENTRO GUIDA

2. Benvenuto tra gli assicurati Unisalute

Con la “Guida al piano sanitario” intendiamo offrirti un utile supporto per la comprensione e l’utilizzo del Piano.

Il nostro obiettivo è di fornirti un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della tua collaborazione.

All’interno della guida troverai quindi l’indicazione delle modalità da seguire qualora tu debba utilizzare il Piano.

Ti consigliamo di attenerti a queste modalità, così da poterti assistere con la sollecitudine che ci è propria.

www.unisalute.it: i nuovi servizi on line

Da oggi essere Cliente di UniSalute ti permette di accedere a tanti comodi servizi on line, creati apposta per te, per semplificare e velocizzare al massimo tutte le tue operazioni: dalle tue richieste di rimborso alla prenotazione delle prestazioni sanitarie, dall’aggiornamento dei tuoi dati alla visualizzazione delle prestazioni del tuo piano. E tanto altro ancora. Per saperne di più consulta il capitolo 4 della presente guida.

3. Come utilizzare le prestazioni del Piano Sanitario

3.1. Per prima cosa contatta Unisalute

In caso di **ricovero per grande intervento chirurgico** occorre contattare il più presto possibile la Centrale Operativa di UniSalute al **numero verde gratuito indicato a inizio guida**. Gli Operatori e i Medici della Centrale Operativa sono sempre a disposizione per verificare la compatibilità delle prestazioni richieste con il Piano Sanitario.

Qualora la prestazione richiesta non fosse compresa nella garanzia assicurativa i medici sono a disposizione per aiutare il Cliente a scegliere percorsi di diagnosi e cura alternativi ed egualmente soddisfacenti.

Nel caso in cui motivi di urgenza impediscano il preventivo ricorso alla Centrale Operativa sarà bene farlo al più presto, avendo cura, nel frattempo, di raccogliere la maggior documentazione possibile sugli eventi relativi a quello specifico iter di cura (prescrizioni mediche, cartelle cliniche, fatture).

E’ bene chiarire che le prestazioni previste dal Piano Sanitario, che verranno successivamente illustrate in modo dettagliato, prevedono differenti modalità di utilizzo qui di seguito riportate.

In caso di **visita o esame** in una struttura sanitaria convenzionata con Unisalute ti consigliamo di effettuare la **prenotazione on line sul sito www.unisalute.it** come indicato nel capitolo 4 della presente guida. E' molto più semplice e ti permette di risparmiare tempo.

Se non hai modo di collegarti a internet puoi comunque telefonare al numero verde della Centrale Operativa indicato nel retro della copertina.

3.2. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute

UniSalute ha predisposto un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private.

L'elenco, sempre aggiornato, è disponibile su www.unisalute.it nell'area riservata ai clienti o telefonando alla Centrale Operativa.

Tutti i centri garantiscono un'ottima offerta in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.

L'Assicurato utilizzando le strutture convenzionate gode di vantaggi rilevanti:

- non deve sostenere alcun esborso di denaro (fatto salvo quanto previsto dal tuo piano) poiché i pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra UniSalute e la struttura convenzionata;
- può utilizzare, per le prenotazioni delle prestazioni garantite dal Piano Sanitario, la Centrale di Assistenza Clienti UniSalute contattabile mediante il numero verde gratuito indicato nel retro della copertina;
- l'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi e in presidi sanitari che garantiscono alti livelli di qualità e di efficienza.

All'atto dell'effettuazione della prestazione (che deve essere preventivamente autorizzata dalla Centrale Operativa), l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata 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 per grande intervento chirurgico** dovrà inoltre sottoscrivere il modulo contenente gli impegni da lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e, all'atto delle dimissioni, la documentazione di spesa (fatture e ricevute).

All'atto della dimissione dall'istituto di cura non dovrà far altro che firmare un modulo contenente l'elenco dei servizi ricevuti e lasciare la richiesta del suo medico di fiducia, così che possa essere unita alla documentazione. Sarà UniSalute ad occuparsi del

pagamento e di ogni altra questione che dovesse presentarsi (escluse le spese non strettamente relative alla degenza: come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc. che vengono pagate direttamente dal Cliente).

UniSalute provvederà a pagare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie **autorizzate** con i limiti sopra enunciati.

- **In caso di prestazione extraricovero**, l'Assicurato dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

L'Assicurato dovrà 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, argomento che affronteremo in dettaglio più avanti.

Attenzione

Prima di avvalersi delle prestazioni in una struttura convenzionata, occorre accertarsi sempre, tramite gli operatori della Centrale Operativa, che i medici scelti all'interno della struttura abbiano aderito alla convenzione con UniSalute. E' sufficiente contattare la Centrale Operativa per avere quest'informazione o il nominativo di medici in alternativa.

3.3. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute

Per garantire al Cliente la più ampia libertà di scelta, il Piano Sanitario prevede anche la facoltà di avvalersi di strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute.

In questo caso il rimborso delle spese sostenute avverrà con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni.

Indichiamo di seguito la documentazione generalmente richiesta per il rimborso delle spese sanitarie sostenute, salvo quanto previsto nelle singole garanzie del piano sanitario.

All'atto delle dimissioni l'Assicurato dovrà saldare le fatture e le note spese. **Per richiederne il rimborso**, l'Assicurato deve inviare direttamente alla sede di UniSalute (Via del Gomito, 1 - 40127 Bologna) la documentazione necessaria:

- il modulo di denuncia del sinistro compilato e sottoscritto, che si trova allegato alla presente guida oppure sul sito www.unisalute.it al termine della procedura di Denuncia del sinistro on line (vedi capitolo 4);
- in caso di **ricovero per grande intervento chirurgico**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera

(SDO), conforme all'originale. Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero e ad esso connessa, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

- in caso di **prestazioni extraricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- documentazione di spesa (distinte e ricevute) in COPIA in cui risulti il quietanziamento. **Non è quindi necessario inviare i documenti in originale a meno che non venga esplicitamente richiesto da Unisalute.**

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.

E' bene sapere che l'Assicurato dovrà consentire controlli medici eventualmente disposti da Unisalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente alla malattia denunciata, anche mediante il rilascio di una specifica autorizzazione che serve per superare il vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

3.4. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

Avvalersi di strutture sanitarie private vuol dire godere di notevoli vantaggi, in termini di professionalità, comfort e qualità del servizio. Ma non bisogna dimenticare che in Italia il servizio pubblico mette a disposizione dei cittadini ottime soluzioni di cura, alcune delle quali veramente convenienti e all'avanguardia.

Nel caso in cui l'Assicurato decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., il Piano Sanitario predispone due soluzioni, tra loro in alternativa, per il recupero delle spese che dovessero essere comunque effettuate all'interno delle strutture pubbliche, salvo quanto previsto nelle singole garanzie del piano sanitario.

- Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero - in caso di ricovero per grande intervento chirurgico- o per ticket sanitari, il Piano Sanitario rimborsa integralmente quanto anticipato dall'Assicurato;

- Corresponsione in alternativa di un' indennità sostitutiva giornaliera in caso di ricovero per grande intervento chirurgico, le cui modalità descriveremo più avanti.

In entrambi i casi per richiedere il rimborso occorre seguire le modalità descritte nel punto precedente (3.3).

3.5. Professione intramuraria

Se il ricovero avviene in un reparto a pagamento all'interno di un ospedale pubblico si parla di professione intramuraria e il costo rimane a carico del paziente. UniSalute, però, liquiderà i sinistri con modalità varianti a seconda che il reparto a pagamento della struttura pubblica sia o meno convenzionato con UniSalute. Nei due casi valgono le norme appena esposte (3.2 e 3.3).

4. Servizi on line riservati ai clienti

L'utilizzo di internet ti permette di accedere a comodi servizi per velocizzare e semplificare al massimo tutte le tue operazioni di rimborso e di aggiornamento dei tuoi dati. In questa sezione ti presentiamo i servizi on-line a tua disposizione sul sito.

Tutte le informazioni che riguardano il rapporto assicurativo con UniSalute sono disponibili *on-line* sul sito www.unisalute.it, dove è possibile accedere ad una **serie di funzionalità riservate agli assicurati UniSalute**, pensate appositamente per agevolarli nell'utilizzo del Piano sanitario.

- Prenotare direttamente on line presso le strutture convenzionate le visite o gli esami non connessi ad un ricovero
- verificare e aggiornare i propri dati e le proprie coordinate bancarie
- denunciare i sinistri e stampare il modulo di richiesta rimborso
- verificare lo stato di lavorazione dei sinistri inviatici
- consultare l'estratto conto on line
- consultare le prestazioni del proprio piano sanitario
- consultare l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate
- ottenere pareri medici on line

4.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area Clienti riservata?

E' semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata alla Registrazione Clienti che trovi sul sito www.unisalute.it.

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.

4.2. Come faccio a prenotare on-line le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?

Attraverso il sito puoi prenotare presso le strutture convenzionate solo visite e/o esami. In caso di ricovero è sempre necessario contattare preventivamente la Centrale Operativa al numero verde indicato a inizio guida.

Una volta effettuato il log-in al sito, basta cliccare sul Pulsante Blu **“Prenotazione visite/esami”**. In base alle tue esigenze puoi:

- prenotare direttamente la prestazione compilando l’apposito form;
- richiedere a UniSalute l’autorizzazione ad eseguire la prestazione dopo che l’hai prenotata autonomamente;
- visualizzare tutti i dettagli relativi alla tua prenotazione;
- disdire o cambiare una prenotazione;

4.3. Come faccio ad aggiornare on-line i miei dati?

Effettua il log-in al sito cliccando su Entra/Login e clicca sul pulsante **VERDE “aggiorna i tuoi 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

Potrai infatti ricevere **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** che ci ha inviato per il rimborso; **richiesta del codice IBAN**, se mancante; **conferma dell’avvenuto pagamento del sinistro**.

4.4. Come faccio a chiedere on-line il rimborso di un sinistro?

Effettua il log-in al sito cliccando su Entra/Login e clicca sul pulsante **ROSSO "sinistri/rimborsi"**.

La procedura è semplice e ti consente di **velocizzare i tempi di elaborazione dei documenti e quindi di rimborso**. Per permetterti un rapido e corretto caricamento dei documenti relativi ai sinistri puoi consultare la guida on-line "come caricare i documenti" ed utilizzare le note posizionandoti con il puntatore del mouse sopra il simbolo 

Alla fine la procedura propone di stampare il Modulo di richiesta rimborso/denuncia del sinistro.

Per ottenere il rimborso ricordati di stamparlo e di inviarlo a UNISALUTE S.p.A - Via del Gomito, 1 40127 Bologna, unitamente a copia di tutta la documentazione relativa al sinistro.

4.5. Come faccio a consultare l'estratto conto on-line e quindi lo stato dei miei sinistri?

Esegui il Login al sito cliccando su Entra/Login e clicca sul pulsante **ROSSO "sinistri/rimborsi"**.

L'estratto conto on-line è stato realizzato per fornirti 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 tuo sinistro, visualizzare per quali sinistri devi inviare documentazione mancante, accelerando così la procedura di rimborso, oppure le motivazioni del mancato pagamento.

Puoi visualizzare tutte le informazioni di tuo interesse:

- quelle personali;
- quelle di tutta la famiglia;
- quelle dell'anno passato per necessità fiscali;
- quelle in corso;

E' inoltre possibile visualizzare lo stato dei sinistri:

- pagati;
- non rimborsabili;
- in fase di lavorazione;

Inoltre per ogni documento tuo e dei tuoi familiari vengono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo che abbiamo rimborsato e quello rimasto a tuo carico.

La quota che non ti viene rimborsata, rappresenta il valore che puoi detrarre dalla dichiarazione dei redditi tra le spese mediche. Tutte le pagine visualizzate sono stampabili. In questo modo non devi aspettare che ti venga recapitato per posta l'estratto conto, e puoi evitare così possibili inconvenienti legati ai disguidi postali.

4.6. 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 clicca sul pulsante **ARANCIO “le prestazioni del tuo piano e le strutture sanitarie convenzionate”**. Seleziona la funzione di tuo interesse per visualizzare le prestazioni del tuo piano sanitario o l’elenco delle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

4.7. Come posso ottenere pareri medici on-line?

Nell’Area Clienti hai a disposizione la funzione “il medico risponde”, attraverso la quale puoi ottenere pareri medici on-line, 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.

5. Le persone per cui è operante la copertura

L’assicurazione è prestata a favore degli iscritti all’**ENMOA - Ente Nazionale di Mutualità delle Organizzazioni Autonome** in data 31/12/2009 che abbiano accettato entro la data di effetto indicata in polizza l’attivazione della presente copertura.

Qualora un iscritto decida di non aderire alla copertura nei termini di cui al precedente capoverso, non gli sarà più possibile l’attivazione della stessa in un momento successivo.

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo premio a carico dell’iscritto, al coniuge o al convivente “more uxorio” e ai figli tutti risultanti dallo stato di famiglia. In questo caso dovranno essere incluse tutte le persone come sopra indicate risultanti dallo stato di famiglia.

6. Le prestazioni del Piano sanitario

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto durante l’operatività del contratto per le seguenti garanzie:

- **ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio;**
- **prestazioni di alta specializzazione;**
- **visite specialistiche;**

- ticket per accertamenti diagnostici;
- pacchetto maternità;
- cure dentarie da infortunio;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- diagnosi comparativa;
- servizi di consulenza.

6.1. Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infotunio

→ Per grandi interventi chirurgici si intendono quelli elencati al successivo punto 10.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora il Cliente Assicurato venga ricoverato per effettuare un grande intervento chirurgico può godere delle seguenti prestazioni:

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.
Intervento chirurgico	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
Assistenza medica, medicinali, cure	Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.
Rette di degenza	Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.
Accompagnatore	Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

<p style="text-align: center;">Assistenza infermieristica privata individuale</p>	<p>Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.</p>
<p style="text-align: center;">Post-ricovero</p>	<p>Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.</p>

- **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 stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione della garanzia "Assistenza infermieristica privata individuale " che prevede specifici limiti.

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

Le prestazioni vengono rimborsate nella misura dell'80% con il minimo non indennizzabile di € 1.000,00, ad eccezione delle garanzie "Retta di degenza" , "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale " che prevedono specifici limiti.

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

Tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate in forma rimborsuale da UniSalute con l'applicazione dello scoperto previsto per il ricovero in strutture non convenzionate.

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

UniSalute rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari rimasti a carico dell'Assicurato. In questo caso, però, l'assicurato non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva (par. 6.5).

6.2. Trasporto sanitario a seguito di grande intervento chirurgico

Il Piano sanitario 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.

6.3. Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti 6.1 "Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio" e 6.2 "Trasporto sanitario per grande intervento chirurgico" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

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

6.4. Rimpatrio della salma a seguito di grande intervento chirurgico

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.500,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

6.5. Indennità sostitutiva a seguito di grande intervento chirurgico

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 € 90,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero. Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere € 90,00 per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

6.6. Il massimale dell'area ricovero per grande intervento chirurgico

In termini assicurativi con *massimale* si intende una cifra oltre la quale il prodotto assicurativo o una sua parte non possono rimborsare.

Il Piano sanitario prevede quindi un massimale che ammonta a € 200.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni. La copertura riprenderà l'anno successivo e con il nuovo pagamento di premio, per gli eventi che accadessero nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente.

6.7. Prestazioni di Alta specializzazione

<p>Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angiografia • Artrografia • Broncografia • Cisternografia • Cistografia • Cistouretrografia • Clisma opaco • Colangiografia intravenosa • Colangiografia percutanea (PTC) • Colangiografia trans Kehr • Colecistografia • Dacriocistografia • Defecografia • Fistelografia • Flebografia • Fluorangiografia • Galattografia • Isterosalpingografia • Linfografia • Mielografia • Retinografia • Rx esofago con mezzo di contrasto • Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto • Rx tenue e colon con mezzo di contrasto • Scialografia 	<ul style="list-style-type: none"> • Splenoportografia • Urografia • Vesciculodeferentografia • Videoangiografia • Wirsunggrafia <p>Accertamenti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amniocentesi • Densitometria ossea computerizzata (MOC) • Ecocardiografia • Elettroencefalogramma • Elettromiografia • Mammografia o Mammografia Digitale • PET • Prelievo dei villi coriali • 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 alcuno scoperto o franchigia.. Il cliente 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 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 da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

<p>La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 7.000,00 per nucleo familiare.</p>

6.8. Visite specialistiche

Il piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche. Rientra in garanzia 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 ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Il cliente 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. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato allegghi alla fattura la 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 da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato allegghi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 2.000,00 per nucleo familiare.

6.9. Ticket sanitari per accertamenti diagnostici

Il piano sanitario provvede al rimborso dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio, effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale.

➔Le spese sostenute verranno rimborsate integralmente.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 700,00 per nucleo familiare.

6.10. Pacchetto maternità

Il Piano sanitario prevede le prestazioni di seguito elencate.

Durante la gravidanza

A) Le seguenti prestazioni sono previste esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati.

- Ecografie di controllo;
- Amniocentesi;
- Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza;
- Visite specialistiche di controllo sull'andamento della gravidanza.
- In caso di aborto avvenuto dopo il primo trimestre di gravidanza, rientra in copertura l'eventuale successivo trattamento psicoterapico che si renda necessario, fino ad un massimo di **15** sedute per evento.

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

B) Le seguenti prestazioni sono previste sia in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati sia in caso di utilizzo di strutture sanitarie/medici non convenzionati con Unisalute.

- Visite specialistiche di controllo sull'andamento della gravidanza.

Durante il ricovero per parto

- Corresponsione di un'indennità di **€ 60,00** per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero.

<p>La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 600,00 per anno assicurativo e per persona</p>

6.11. Cure dentarie da infortunio

In deroga a quanto previsto al paragrafo 7 "Casi di non operatività del piano" al punto 3, il Piano sanitario, 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 sottoindicate.

- **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 con l'applicazione di uno scoperto del **15%**. Tale importo dovrà essere versata direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione..

- **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 **€ 100,00** per fattura.

→ 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.

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

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

➔ Per l'operatività della garanzia è necessaria la presenza di un certificato di **Pronto Soccorso** da allegare alla copia delle fatture.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 1.500,00 per nucleo familiare.

6.12. Prestazioni odontoiatriche particolari

In deroga a quanto previsto al paragrafo 7 “Casi di non operatività del piano” al punto 3, il Piano sanitario 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.

6.13. 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.

Prestazione previste per gli uomini

- 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
- PSA

Prestazione previste per le donne

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

6.14. Diagnosi comparativa

Il Piano sanitario dà la possibilità all'Assicurato di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto.

Telefonando al numero verde della Centrale Operativa UniSalute **800-822436**, l'Assicurato verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

La Società mette a disposizione dell'Assicurato i seguenti servizi:

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

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

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Perdita della vista
- Cancro
- Coma

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

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà contattare Unisalute e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare alla Società la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata dalla Società, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

6.15. Servizi di consulenza

In Italia

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

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + **051.....**

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, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

c) Pareri medici

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

7. Casi di non operatività del piano

Il Piano sanitario, come tutti i prodotti assicurativi, non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di garanzia prevista; nel nostro caso non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dalla polizza.

Non sono garantite dal Piano sanitario le spese sostenute per i seguenti eventi:

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. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;

9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
12. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
14. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

* 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.**

8. Alcuni chiarimenti importanti

8.1. Inclusioni/esclusioni

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per gli iscritti e per i loro relativi familiari, i quali non abbiano aderito alla stessa entro i termini di cui al punto 5 “Le persone per cui è operante la copertura”, le movimentazioni all'interno della presente polizza sono regolate dai punti di seguito indicati.

1) Inclusione del coniuge o del convivente “more uxorio” e dei figli tutti risultanti dallo stato di famiglia

Per gli iscritti inseriti in garanzia dalla data di effetto del contratto, il coniuge o il convivente “more uxorio” e i figli tutti risultanti da stato di famiglia, possono essere inclusi mediante pagamento del relativo premio ed invio dell'apposito modulo tassativamente entro la data di effetto del contratto; oltre detto termine, potranno essere inseriti esclusivamente il coniuge o il convivente “more uxorio” e i figli di neo-iscritti sempreché risultanti dallo stato di famiglia.

Alle scadenze annuali del contratto i familiari suindicati inseriti nella

copertura potranno essere esclusi; in questo caso, non potranno più essere reinseriti.

2) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per gli iscritti in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari come definiti al punto 5 "Le persone per cui è operante la copertura", secondo capoverso, in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo premio; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società, sempreché sia stato pagato il relativo premio.

3) Inserimento di nuovi iscritti in data successiva all'effetto di polizza

Le inclusioni in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove adesioni all'ente ENMOA. La garanzia per l'iscritto e i familiari indicati al punto 5 "Le persone per cui è operante la copertura", primo capoverso, decorre dal giorno dell'iscrizione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni. Qualora l'iscrizione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Qualora l'iscritto intenda inserire l'eventuale coniuge o il convivente "more uxorio" e i figli tutti risultanti dallo stato di famiglia, dovrà includerli nella copertura all'atto dell'assunzione e non potrà inserirli successivamente. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo premio.

4) Perdita del diritto di usufruire delle prestazioni erogate dall'ente ENMOA

Nel caso di perdita del diritto di usufruire delle prestazioni erogate dall'ente ENMOA, l'ex-iscritto e gli eventuali familiari assicurati vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

8.2. Estensione territoriale

Il Piano sanitario ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia.

8.3. Limiti di età

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del **75esimo** anno di età del titolare, cessando

automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

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

8.4. Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

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 in originale viene conservata dalla Società e inviata all'Assicurato con cadenza mensile.

8.5. Informative sui rapporti con l'Assicurato

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.

Su detto documento, gli importi residui a carico dell'Assicurato e gli eventuali documenti di spesa non liquidati, vengono indicati espressamente come spese detraibili dalla dichiarazione dei redditi.

9. Premi

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

- | | |
|--|-----------------|
| a) coniuge o convivente "more uxorio" | € 180,00 |
| b) ogni figlio | € 160,00 |

L'attivazione delle opzioni **a)** e **b)** comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari, intesi come coniuge o convivente "more uxorio" o figli, risultanti dallo stato di famiglia.

10. 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 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
- 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