

Guida al Piano sanitario

**Copertura
Facoltativa
Agenti Operativi
Iscritti G.A.A.T.**

Edizione Giugno 2018

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, 356 giorni l'anno

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

**Numero Verde
800-009644**

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 nuove disposizioni del Decreto Legislativo 209/2005 art.185 "Informativa al contraente" si informa che:

- La legislazione applicata al contratto è quella italiana;

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

UniSalute S.p.A. - Funzione Reclami Via Larga, 8 - 40138 Bologna

fax 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

Copertura facoltativa Agenti Operativi

Iscritti al G.A.A.T.

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

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



1. SOMMARIO

2.	BENVENUTO.....	6
3.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	6
3.1.	Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	6
3.2.	Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	7
3.3.	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	9
4.	SERVIZI ONLINE E MOBILE	9
4.1.	Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?	10
4.2.	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenvenzionate?	10
4.3.	Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	11
4.4.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	11
4.5.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	12
4.6.	Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenvenzionate?	12
4.7.	Come posso ottenere pareri medici?	12
4.8.	Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	13
5.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA.....	13
6.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	14
6.1.	Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio	16
6.1.1.	Trasporto sanitario	18
6.1.2.	Day-hospital a seguito di malattia e infortunio	19
6.1.3.	Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio	19
6.1.4.	Trapianti a seguito di malattia e infortunio	19
6.1.5.	Parto e aborto terapeutico e spontaneo	20
6.1.5.1.	Parto cesareo	20
6.1.5.2.	Parto non cesareo e aborto terapeutico e spontaneo	20
6.1.6.	Rimpatrio della salma	21
6.1.7.	Indennità sostitutiva	21
6.1.8.	Ospedalizzazione domiciliare	21
6.1.9.	Neonati	22
6.1.10.	Il limite di spesa annuo dell'area ricovero	22
6.2.	Assistenza infermieristica domiciliare	22
6.3.	Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	23
6.4.	Trattamenti fisioterapici riabilitativi e cure termali	24
6.4.1.	Trattamenti fisioterapici riabilitativi e terapie mediche	24
6.4.2.	Cure termali	25
6.5.	Protesi ortopediche e acustiche	26
6.6.	Odontoiatria/ortodonzia	26
6.7.	Prestazioni diagnostiche particolari	27
6.8.	Servizio Monitor Salute per Over 50	28
6.8.1.	Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche	29
6.9.	Servizi di consulenza	30
7.	CONTRIBUTI	31

8.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	32
9.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	34
9.1.	Inclusioni/esclusioni	34
9.2.	Validità territoriale	35
9.3.	Limiti di età	35
9.4.	Gestione dei documenti di spesa	36
9.5.	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	36

MODULO DI ADESIONE, 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: invia 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 **ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di **intervento chirurgico ambulatoriale**, copia completa della documentazione clinica;
- in caso di **indennità giornaliera per ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;

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

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

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

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

3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

Se utilizzi il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., puoi chiedere il rimborso dei ticket su www.unisalute.it 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.

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. 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.

4.2. 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!**

4.3. 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**.

4.4. 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: **invia i documenti in formato elettronico (upload) e risparmi tempo!**

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

4.5. 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.

4.6. 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.

4.7. 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.

4.8. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

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

AREA RISERVATA AI CLIENTI

Accedi con le stesse credenziali che utilizzi per entrare nell'Area clienti su www.unisalute.it e consulta ovunque ti trovi le tue funzioni riservate.

PREVENZIONE ONLINE

Utili test per la salute:

- test visivo;
- test audiometrico;
- qualità del sonno;
- prevenzione dentale: uno strumento "per grandi e piccoli" per una corretta igiene orale.

5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano sanitario è prestato a favore degli Agenti iscritti al GAAT – Gruppo Agenti di Assicurazione Toro -, dei familiari dell'Agente intendendo per tali il coniuge o la persona con lui convivente 'more uxorio e i figli fino al compimento del 30° anno di età senza limitazione alcuna. Dopo Il compimento del 30° anno potranno essere inseriti solo i

figli che siano conviventi e fiscalmente a carico. Le variazioni del nucleo familiare devono essere comunicate entro 91 gg da quando si sono verificate. Trascorso tale periodo gli aventi diritto non potranno più essere Inseriti in copertura.

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:

- ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio;
- day-hospital a seguito di malattia e infortunio;
- intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio;
- parto e aborto terapeutico e spontaneo;
- neonati;
- ospedalizzazione domiciliare;
- assistenza infermieristica domiciliare;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi e cure termali;
- protesi ortopediche e acustiche;
- odontoiatria/ortodonzia;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- servizio monitor salute;
- servizi di consulenza.

La copertura è attiva anche per le conseguenze di condizioni patologiche preesistenti alla stipula del Piano.

Si specifica che per i difetti fisici e/o le malformazioni la copertura è operante unicamente secondo quanto di seguito indicato ai punti A) e B) – punti 1 e 2

- a. la presenza di una patologia attuale associata è la discriminante per erogare o meno la correzione di un difetto fisico/malformazione preesistente.

- b. in riferimento ad eventuali situazioni incompatibili con la vita o che possono essere aggravate da gravi patologie quali

1. Patologie/difetti fisici cardiaci:

La malformazione cardiaca può essere di vario tipo: si va da anomalie che riguardano una singola parte del cuore (per es., una valvola) ad anomalie molto complesse, caratterizzate da importanti alterazioni dell'architettura cardiaca.

I difetti cardiaci vengono distinti in:

Gravi: quando già alla nascita o entro i primi mesi di vita sono responsabili di una condizione di grave malattia

Moderati: forme che non richiedono un trattamento cardiologico intensivo alla nascita, oppure che vengono diagnosticate soltanto dopo i primi mesi di vita.

Lievi: presenti in soggetti privi di sintomi, che spesso si risolvono spontaneamente (soffio vibratorio del bambino)

Nell'ambito dei difetti congeniti del cuore, i più frequenti sono:

- il difetto interventricolare (che rappresenta il 28-32% di tutte le cardiopatie congenite),
- il difetto interatriale (circa 9%),
- il dotto di Botallo pervio e
- la coartazione aortica (circa 8%),
- la Tetralogia di Fallot (circa 6%),
- la trasposizione completa delle grandi arterie (circa 5%).

Classificazione delle valvulopatie:

- Patologia della valvola mitrale Malattia reumatica
 - Prolasso mitralico
 - Stenosi mitralica
 - Insufficienza mitralica
 - Cardiopatia ischemica
- Patologia della valvola aortica Stenosi aortica
 - Insufficienza aortica
 - Alterazione nel numero delle cuspidi

- Alterazioni degenerative delle valvole
- Endocardite infettiva

2. Le malformazioni vascolari cerebrali sono conosciute come MAV
(anomalie vascolari caratterizzate da una comunicazione diretta, patologica, tra arterie e vene)

Manifestazioni cliniche: Crisi epilettiche, Cefalea, Deficit neurologici (perdita di forza o riduzione della sensibilità oppure parestesie, ovvero sensazioni cutanee anomale), emorragie

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

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Qualora l'Isritto venga ricoverato per effettuare cure mediche o chirurgiche può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Spese sostenute nei 150 giorni precedenti il ricovero per esami, accertamenti diagnostici, onorari medici (incluse terapie mediche), medicinali e trattamenti fisioterapici effettuati nei giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
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, trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.
Rette di degenza	Non sono comprese in copertura 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 copertura è prestata nel limite di € 110,00 al giorno per un massimo di 120 giorni per ricovero.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 110,00 al giorno per un massimo di 120 giorni per ricovero.
Post-ricovero	Spese sostenute nei 180 giorni successivi al ricovero per 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 correlati al ricovero. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura. Si includono gli le protesi ortopediche e acustiche

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

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Iscritto, ad eccezione delle coperture "Pre-ricovero" e

“Assistenza infermieristica privata individuale” che prevedono specifici limiti.

Viene fatta ulteriore eccezione per le prestazioni di “Post ricovero”, qualora queste siano effettuate presso centri convenzionati con Unisalute da medici convenzionati esclusivamente per le prestazioni di ricovero e non per le prestazioni elencate alla voce post-ricovero. Tali spese verranno infatti rimborsate integralmente.

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

Le prestazioni vengono rimborsate nella misura del **85%** con il minimo non indennizzabile di **€ 750,00**, ad eccezione delle coperture “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 le modalità previste per il ricovero in strutture non convenzionate.

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

UniSalute rimborsa integralmente, nei limiti previsti ai diversi punti, le eventuali spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari rimasti a carico dell’Iscritto durante il ricovero. In questo caso, però, l’Iscritto non potrà beneficiare dell’indennità sostitutiva.

6.1.1. Trasporto sanitario

Il Piano sanitario rimborsa le spese di trasporto dell’Iscritto 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 **€ 25.000,00** per anno associativo e per nucleo.

6.1.2. Day-hospital a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di day-hospital (degenze diurne in Istituto di cura che non prevedono il pernottamento nella struttura sanitaria), il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al paragrafo “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” e “Trasporto sanitario” con i relativi limiti in essi indicati.

La copertura è operante anche nel caso di day-hospital a fine esclusivamente diagnostico, il cui limite di spesa è quello previsto al punto “Visite specialistiche e accertamenti diagnostici”.

6.1.3. Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al paragrafo “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” punti “Pre-ricovero”, “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Post-ricovero” e al punto “Trasporto sanitario”, con i relativi limiti in essi indicati.

6.1.4. Trapianti a seguito di malattia e infortunio

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

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

6.1.5. Parto e aborto terapeutico e spontaneo

6.1.5.1. Parto cesareo

In caso di parto cesareo, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al paragrafo “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” punti “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Retta di degenza”, “Accompagnatore”, “Post-ricovero”, e “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La copertura è prestata fino ad un massimo di **€ 10.000,00** per anno associativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole coperture, ad eccezione di quanto previsto per la sola copertura “Trasporto sanitario”.

6.1.5.2. Parto non cesareo e aborto terapeutico e spontaneo

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico e spontaneo, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al paragrafo “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” punti “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Retta di degenza”; relativamente alle prestazioni “Post-ricovero” vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al paragrafo “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”, punto “Post-ricovero”, e “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

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

6.1.6. Rimpatrio della salma

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

6.1.7. Indennità sostitutiva

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso a UniSalute, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **€ 150,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **90** giorni per 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 l'importo di cui sopra per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

Tale indennità non verrà corrisposta in caso di ricovero in Istituto di cura per parto non cesareo e per aborto volontario; nel caso di aborto terapeutico sarà corrisposta fino ad un massimo di 5 giorni.

6.1.8. Ospedalizzazione domiciliare

Il Piano sanitario, per un periodo di **120** giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile dal Piano stesso e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, prevede la copertura per servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, tendente al recupero della funzionalità fisica.

- **La presente copertura è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Iscritto. Unisalute concorderà il programma

medico/riabilitativo con l'Isritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

**La disponibilità annua per la presente copertura
è di € 10.000,00 per persona.**

6.1.9. Neonati

I neonati sono iscritti dal momento della nascita per le identiche coperture previste per la madre, con decorrenza immediata, sempreché vengano inclusi nel Piano entro 30 giorni dalla nascita mediante comunicazione alla Società. In tal caso, per i neonati sono compresi in copertura gli interventi e le cure per la correzione di malformazioni e di difetti fisici nei primi 180 giorni di vita, nel limite di **€ 5.500,00** per anno associativo e per nucleo familiare sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti ai singoli punti, ad eccezione di quanto previsto al punto "Trasporto sanitario".

6.1.10. Il limite di spesa annuo dell'area ricovero

Con limite di spesa annuo si intende una cifra oltre la quale il Piano sanitario o una sua parte non possono rimborsare. Il Piano sanitario prevede quindi un limite di spesa annuo che ammonta a **€ 500.000,00** per anno associativo e per nucleo familiare. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di vedersi liquidati o rimborsati ulteriori importi.

6.2. Assistenza infermieristica domiciliare

Il Piano sanitario rimborsa le spese di assistenza infermieristica domiciliare nel limite di **€ 25,00** al giorno per un massimo di **60** giorni per nucleo familiare e anno associativo.

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'Iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 15,00** per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico, che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Iscritto 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 del **75%** con il minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Iscritto allegghi 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'Iscritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto allegghi

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 € 3.500,00 per nucleo familiare.

6.4. Trattamenti fisioterapici riabilitativi e cure termali

Il limite di spesa annuo a disposizione per l'insieme delle prestazioni di cui al presente paragrafo "Trattamenti fisioterapici riabilitativi e cure termali" è di € 3.000,00 per nucleo familiare.

Se ci si rivolge a strutture sanitarie non convenzionate, il rimborso viene però effettuato nel limite di € 2.000,00 per nucleo familiare

6.4.1. Trattamenti fisioterapici riabilitativi e terapie mediche

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

Sono altresì comprese tutte le terapie mediche - compresa l'agopuntura – effettuate a fini riabilitativi o 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'Isritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di un minimo non

indennizzabile di **€ 30,00** per ogni ciclo di terapia, che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Iscritto 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 del **75%** con il minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per ogni ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia come sopra riportato e copia del certificato di Pronto Soccorso.

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

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia come sopra riportato e copia del certificato di Pronto Soccorso.

6.4.2. Cure termali

Il Piano sanitario provvede al rimborso delle spese sostenute per cure termali (sono comunque escluse le spese di natura alberghiera) conseguenti a malattia o a infortunio, sempreché siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato o presso Istituti autorizzati all'esercizio delle attività sanitarie termali.

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.

Per la presente copertura non è operante la modalità liquidativa in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **75%** con il minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per ogni ciclo di terapia. L'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia.

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

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. L'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia.

6.5. Protesi ortopediche e acustiche

Il Piano sanitario rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche.

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **75%** con il minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per fattura/persona.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 2.000,00 per nucleo familiare.

6.6. Odontoiatria/ortodonzia

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Piano sanitario 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 prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico.

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

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di uno scoperto del

10% che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata all'atto dell'emissione della fattura.

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

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **30%** e di un minimo non indennizzabile di **€ 250,00** per fattura/persona. Nelle distinte e ricevute dovranno essere riportate in modo analitico le prestazioni effettuate e il relativo costo.

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

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

**Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente
copertura è di:**

€ 1.100,00 per nucleo familiare composto da 1 persona.

€ 1.600,00 per nucleo familiare composto da 2 persone

€ 2.200,00 per nucleo familiare composto da 3 persone

€ 2.700,00 per nucleo familiare composto da 4 persone

€ 3.250,00 per nucleo familiare composto da 5 persone

6.7. Prestazioni diagnostiche particolari

UniSalute provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate 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.

- 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

6.8. Servizio Monitor Salute per Over 50

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 bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) **rivolto agli Iscritti con età maggiore o uguale a 50 anni.**

Per attivare il Servizio, l'Iscritto dovrà compilare il "Questionario Monitor – Salute" presente sul sito www.unisalute.it, reperibile nell'Area Riservata nella quale ogni Iscritto può accedere tramite proprie credenziali di accesso. L'Iscritto 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'Iscritto al fine di concludere la procedura di attivazione del servizio.

Nel caso in cui l'Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di tele-monitoraggio, SiSalute provvederà all'invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all'attivazione degli stessi, previo contatto telefonico con l'Iscritto.

Unisalute, attraverso il suo personale qualificato, provvederà a monitorare a distanza la malattia cronica e all'occorrenza contatterà telefonicamente l'Iscritto, per verificare i valori rilevati dai dispositivi medici. Quest'ultimo **avrà inoltre a disposizione un limite di spesa aggiuntivo per visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti la sua condizione di cronicità**, da poter eseguire nelle strutture convenzionate con UniSalute o per 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'Iscritto potrà contattare il **numero verde dedicato 800169009**, per richiedere invece informazioni sul servizio, l'Iscritto potrà contattare il **numero verde dedicato 800244262**.

La presente copertura è prestata per l'intera annualità associativa sempre che l'Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di tele-monitoraggio.

6.8.1. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche

Per gli Iscritti che sono entrati a far parte del programma di monitoraggio della cronicità, secondo i parametri indicati nel precedente punto, UniSalute provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente

connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli Iscritti , 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 non convenzionate con UniSalute**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

Nel solo caso in cui l'Iscritto sia domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società, potrà rivolgersi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcun importo a carico dell'Iscritto.

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

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 300,00 per persona.
--

6.9. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-009644** 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.

c) Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Iscritto 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. CONTRIBUTI

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

a) Nucleo con solo Agente	€ 1.616,12
b) Nucleo di 2 persone	€ 2.936,17
c) Nucleo di 3 persone	€ 3.985,63
d) Nucleo di 4 persone	€ 5.098,56

- e) Nucleo di 5 persone
f) Per ogni persona in più

€ 6.032,06
€ 774,02

8. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

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

Il Piano sanitario non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fanno eccezione i casi segnalati al punto "Le prestazioni del piano sanitario", punti A e B. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la copertura opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni

fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

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

Limitatamente alle prestazioni odontoiatriche previste nel presente fascicolo, l'assicurazione non è operante per:

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

* 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 Iscritti per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in merito a situazioni di non immediata definibilità.

9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

9.1. Inclusioni/esclusioni

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

1. Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per gli agenti in copertura alla data di effetto del Piano, l’inclusione di familiari come definiti al capitolo “Le persone per cui è operante la copertura” in un momento successivo alla decorrenza della copertura è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell’apposito modulo.

La copertura decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 90 giorni dalla variazione stessa. Trascorso tale periodo gli aventi diritto non potranno più essere inseriti in copertura.

2. Inserimento di nuovi agenti in data successiva all’effetto di copertura

Le inclusioni di agenti in data successiva a quella di effetto della copertura sono possibili solo nel caso di nuove collaborazioni.

La copertura per l’agente e i familiari indicati al capitolo “Le persone per cui è operante la copertura”, primo capoverso, decorre dal giorno della collaborazione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 90 giorni.

Qualora la collaborazione venga comunicata successivamente, la copertura decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

3. Variazione del requisito di carico fiscale sui figli con più di 30 anni

Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte del figlio con più di 30 anni, la copertura cesserà dal momento di accadimento dell'evento e dovrà essere immediatamente comunicata alla Società.

4. Cessazione del rapporto di collaborazione

Nel caso di cessazione del rapporto di collaborazione, l'ex-agente e gli eventuali familiari assicurati vengono mantenuti nella copertura sino alla prima scadenza annuale successiva.

9.2. Validità territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo. Se ti trovi all'estero e hai bisogno di un ricovero, devi contattare il più presto possibile la Centrale Operativa per avere l'autorizzazione ad effettuare la prestazione e farti indicare la struttura sanitaria convenzionata a te più vicina. Potrai così usufruire di un servizio garantito e scelto per te da UniSalute che ti assisterà nell'affrontare una situazione di necessità in un Paese straniero.

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

9.3. Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **75°** anno di età dell'Isritto, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano, al compimento del **76°** anno d'età da parte dello stesso.

9.4. 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'Iscritto.

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'Iscritto la produzione degli originali verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

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

Ritenendo di soddisfare in questo modo le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli Iscritti 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'Iscritto.

