

Condizioni di Assicurazione

Contratto di assicurazione sanitaria

Fasi Rai

Dipendenti Attivi e Contrattisti

Versione del 02/12/2021



INDICE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.....	4
GLOSSARIO	4
1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	11
2. PERSONE ASSICURATE.....	12
2.1 PERSONE ASSICURATE.....	12
3. RICOVERO.....	13
3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA anche in regime di degenza diurna (Day-Hospital), con o senza intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un Pronto Soccorso, resi necessari per infortunio, malattia o parto cesareo (compreso aborto terapeutico spontaneo o post traumatico comportante il ricovero anche in regime di DH).....	13
3.2 TRASPORTO SANITARIO.....	14
3.3 DAY-HOSPITAL	14
3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE	14
3.5 TRAPIANTI	14
3.6 RIMPATRIO DELLA SALMA	15
3.7 INTERVENTI PER LA CORREZIONE DEI DIFETTI VISIVI	15
3.8 NEONATI.....	15
3.9 ANTICIPO	15
3.10 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	15
3.11 INDENNITA' SOSTITUTIVA CON PRE E POST RICOVERO	17
3.12 MASSIMALE ASSICURATO.....	17
4. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO	17
5. RICOVERO.....	18
5.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA anche in regime di degenza diurna (Day-Hospital), con o senza intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un Pronto Soccorso, resi necessari per infortunio, malattia o parto cesareo (compreso aborto terapeutico spontaneo o post traumatico comportante il ricovero anche in regime di DH).....	18
5.2 TRASPORTO SANITARIO.....	19
5.3 DAY-HOSPITAL	19
5.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE	19
5.5 TRAPIANTI	19

5.6	PARTO NON CESAREO	20
5.7	RIMPATRIO DELLA SALMA	20
5.8	INTERVENTI PER LA CORREZIONE DEI DIFETTI VISIVI	20
5.9	NEONATI.....	20
5.10	ANTICIPO	20
5.11	MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	21
5.12	INDENNITA' SOSTITUTIVA CON PRE E POST RICOVERO.....	22
5.13	MASSIMALE ASSICURATO.....	22
6.	PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	23
7	VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	24
8.	APPARECCHI PROTESICI E TERAPEUTICI	25
9.	LENTI	25
10.	DIAGNOSTICA PREVENTIVA GINECOLOGICA	26
11.	VISITE DI CONTROLLO	26
12.1	PRESTAZIONI ODONTOATRICHE PARTICOLARI	27
12.2	CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE E PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE ODONTOIATRICHE DIVERSE DA PROTESI E ORTODONZIA	27
12.3	ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ODONTOIATRICI.....	27
13.	CURE DENTARIE DA INFORTUNIO	28
14.	PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE	28
17.	SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA.....	30
18.	PREMIO	33
19.	DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA	34
20.	INCLUSIONI / ESCLUSIONI.....	34
21.	MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO.....	36
24.	LIVELLI DI SERVIZIO MINIMI GARANTITI E PENALE.....	36
A -	CONDIZIONI GENERALI.....	38
A.1	EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	38
A.2	DURATA DELL'ASSICURAZIONE	38
A.2.1.	CLAUSOLA DI BONUS MALUS	38
	Monitoraggio sull'utilizzo del piano sanitario.....	38
A.3	MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	39

A.4	ONERI FISCALI/MODIFICHE LEGISLATIVE	39
A.5	FORO COMPETENTE	39
A.6	PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO	39
A.7	RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	39
A.8	OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE	39
A.9	ALTRE ASSICURAZIONI	40
A.10	AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO	40
A.11	OBBLIGHI E MODALITA' DI CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	40
A.12	DIRITTO DI RECESSO	40
A.13	LEGISLAZIONE APPLICABILE	40
A.14	REGIME FISCALE	40
A.15	RECLAMI	41
A.17	CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE	42
A.18	COMMISSIONE PARITETICA	42
B	LIMITAZIONI	43
B.1	ESTENSIONE TERRITORIALE	43
B.2	ESCLUSIONI DALL' ASSICURAZIONE	43
B.3	LIMITI DI ETÀ	43
C	SINISTRI	44
C.1	DENUNCIA DEL SINISTRO	44
C.1.1	SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE DIVERSE DA ODONTOIATRIA/ORTODONZIA)	44
C.1.2	SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	45
C.1.3	SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ	45
C.1.4	SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE ODONTOIATRIA/ORTODONZIA)	47
C.1.6	PAGAMENTO DEL SINISTRO	48
C.1.7	GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA	48
C.2	INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS 41/2018	48
C.3	INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	49

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Versione del 02/12/2022

GLOSSARIO

Aborto

Interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente.

Aborto spontaneo

Interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno.

Aborto terapeutico

Interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni al feto.

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo

Anno

Periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessantasei giorni in caso di anno bisestile.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Assistenza

L'aiuto in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito.

Assistenza Infermieristica

Attività relativa all'assistenza sanitaria atta a mantenere o recuperare lo stato di salute, operata da infermiere professionista

Associato

F.A.S.I. RAI – Fondo di Assistenza Sanitaria Interna per i dipendenti RAI associato alla Cassa



Azienda

Società del gruppo RAI

Cartella clinica

documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Cassa: CASPIE – Cassa di Assistenza Sanitaria con sede in Roma regolarmente iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al DM del 27/10/2009;

Centrale Operativa/Struttura organizzativa

E' la struttura di UniSalute costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni previste dalla polizza.

La Centrale Operativa con linea telefonica "verde" provvede a:

1. organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate;
2. fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.

Contraente

Il soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o di chi spetta e che è responsabile del versamento del premio:- CASPIE – Cassa di Assistenza Sanitaria

Cure a carattere sperimentale

Insieme di tecniche terapeutiche ancora in fase di studio il cui scopo è quello di conoscerne l'efficacia, la sicurezza e la tolleranza.

Day-hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica. Si considera Day Hospital anche il Regime MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

Diagnosi comparativa

Consulenza di elevato profilo medico specialistico erogata, sulla base della documentazione fornita dall'Assicurato, da una struttura di medici specialisti internazionali.

Difetto fisico

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



Documentazione sanitaria

Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei medicinali).

Evento/Data evento

- **Prestazioni Ospedaliere** - il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie). La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio.
- **Prestazioni Extraospedaliere** - tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente. La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.
- **Prestazioni Odontoiatriche** - la prestazione. La data evento è quella in cui è eseguita la prestazione relativa allo specifico evento.

FIN-NET

La rete per la risoluzione extragiudiziale delle liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari nello Spazio economico europeo, istituita sulla base della Raccomandazione della Commissione europea 98/257/CE del 30 marzo 1998, riguardante i principi applicabili agli organi responsabili per la risoluzione extragiudiziale delle controversie in materia di consumo.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Grandi interventi chirurgici

Interventi chirurgici e patologie riportati nelle Condizioni di assicurazione.

Imprese di assicurazione

Le imprese di assicurazione autorizzate in Italia e le imprese di assicurazione comunitarie che svolgono la loro attività in Italia in regime di libertà di prestazione di servizi o in regime di stabilimento.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per prestazioni di pre e di post ricovero, per le quali si prevede comunque il rimborso a termini di polizza.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

The image shows three handwritten signatures in black ink. The first signature on the left is a large, stylized cursive signature. The second and third signatures on the right are smaller and more compact, also in cursive.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici con l'esclusione delle iniezioni/infiltrazioni effettuate per la somministrazione di medicinali.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Intervento di piccola chirurgia eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio medico chirurgico, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia; biopsia, endoscopia con biopsia.

Istituto di Cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Ivass

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da Isvap dal 1° gennaio 2013.

Lettera di Impegno

Documento con cui l'Assicurato si impegna a far fronte agli oneri che rimarranno a proprio carico e a dare la liberatoria per la privacy alla Società.

Libera professione intramuraria

L'attività che il personale medico alle dipendenze dell' SSN esercita in forma individuale o di equipe, al di fuori dall'orario di lavoro, in favore e su libera scelta dell'Assicurato e con oneri a carico dello stesso.

Lite transfrontaliera

La controversia tra un contraente di uno Stato membro ed un'impresa di assicurazione avente sede legale in un altro Stato membro.

Lungodegenza

Ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in un istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa)

Modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata; pertanto consente l'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportino la necessità del ricovero ordinario e che per loro natura o complessità di esecuzione richiedano che sia garantito un regime di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in ambiente ambulatoriale. Le attività della MAC



non sono di tipo chirurgico, possono essere prescritte solamente dagli specialisti della struttura in cui vengono effettuate.

Malattia

Qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, e non sia dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

Malattia Mentale

Tutte le patologie mentali (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9ª revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS).

Malformazione

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

Massimale

L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti delle persone assicurate per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Medicina Alternativa o Complementare

Le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia, chiropratica.

Medicina non ufficiale

Insieme di tecniche terapeutiche non riconosciute dalla Medicina Ufficiale o Accademica.

Medicinale

Sostanza o associazione di sostanze che possa essere usata sull'uomo o somministrata allo stesso allo scopo di ripristinare, correggere o modificare, funzioni fisiologiche, esercitando un'azione farmacologica, immunologica o metabolica, ovvero di stabilire una diagnosi medica, che sia ritenuta idonea dall'Agenzia Italiana del Farmaco alla cura della patologia per la quale è stata prescritta.

Network

Rete convenzionata direttamente dalla Società, costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, Centri termali, Residenze psichiatriche, Operatori di assistenza domiciliare, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura.

Nucleo familiare



il coniuge o il convivente more-uxorio o la persona unita civilmente ai sensi della L 20 maggio 2016 n. 76 ss.mm, i figli risultanti dallo stato di famiglia e/o i figli del convivente purché risultanti dallo stato di famiglia. Sono altresì inclusi i figli fino al 32° anno di età non conviventi, purché sia assicurato tutto il nucleo familiare del dipendente al completo, con corresponsione del relativo premio previsto dal contratto.

Optometrista

Professionista sanitario, non medico, laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi e/o soggettivi strumentali lo stato refrattivo del soggetto, al fine di determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica al soggetto

Pandemia

Manifestazione collettiva d'una malattia con tendenza a diffondersi rapidamente

Piano terapeutico (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Documento sottoscritto dall'Assicurato contenente l'insieme delle prestazioni che il dentista convenzionato e lo stesso concordano di effettuare. Tale documento deve essere comunicato alla Società per rendere possibile la successiva "presa in carico". Eventuali successive variazioni al piano terapeutico concordato dovranno essere sottoposte ad una nuova presa in carico da parte della Società.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

I mezzi di pagamento consentiti dalla Società sono quelli previsti dalla normativa vigente.

Presa in carico

Comunicazione della Società al centro convenzionato in ordine alle prestazioni che la Società stessa si impegna a pagare, in toto o in parte, direttamente allo stesso. La liquidazione degli oneri contenuta nella presa in carico è subordinata al rispetto di quanto riportato nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nel presente contratto.

Protesi ortopediche

Sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio le ortesi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).

Reclamante

Un soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del reclamo da parte dell'impresa di assicurazione, dell'eventuale intermediario assicurativo, ad esempio il contraente, l'assicurato, il beneficiario e il danneggiato.

Reclamo



Una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di un'impresa di assicurazione, dell'eventuale intermediario assicurativo o di un intermediario assicurativo o di un intermediario iscritto nell'elenco annesso, relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Regime di assistenza diretta

L'accesso, tramite preventiva autorizzazione da parte della Società, alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network, con pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assicurato, al netto di eventuali somme che rimangano a suo carico, nei limiti ed alle condizioni prestabiliti dalle Condizioni di Assicurazione.

Regime rimborsuale

Il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte e non rientranti nell'ambito del Network, nei limiti ed alle condizioni prestabiliti dalle Condizioni di Assicurazione.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.

Rischio

La probabilità del verificarsi del sinistro.

Scoperto

Percentuale applicabile all'ammontare delle spese sostenute dall'Assicurato che, per ogni sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro

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

Società

UniSalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

Terapie mediche

Insieme di prestazioni non chirurgiche con finalità terapeutiche, di mantenimento o prevenzione, praticate con l'utilizzo fra gli altri di farmaci o altri presidi medici analoghi.



Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza, effettuate esclusivamente presso Centri Medici, ed eseguiti da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa. Non rientrano nella definizione, e pertanto sono in ogni caso escluse dalla copertura assicurativa, tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

Visita Specialistica: la prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria, nonché da altre tipologie di professionisti (quali a titolo esemplificativo il Biologo Nutrizionista).

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE



L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute dall'Assicurato per le garanzie riportate nel seguente documento.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società
- c) Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. PERSONE ASSICURATE

2.1 PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore degli iscritti al F.A.S.I. RAI che risultino:

- Dipendenti delle Società del Gruppo RAI in servizio, assunti a tempo indeterminato;
- Dipendenti delle Società del Gruppo RAI in servizio a tempo determinato facenti parte dei "bacini di reperimento" di cui all'accordo Aziendale del 28/6/2005 e successivi accordi Sindacali (Contrattisti).

L'assicurazione è altresì prestata ai relativi familiari degli iscritti al F.A.S.I. RAI identificati nel comma precedente fermo restando quanto previsto nel glossario.

Il dipendente potrà includere i propri familiari, mediante compilazione e sottoscrizione dell'apposita adesione nei termini previsti dal contratto e con il pagamento di un premio aggiuntivo indicato nell'apposito articolo "Premi".

Opzione Base (solo dipendenti - No Contrattisti - nuovi iscritti, mai stati iscritti al Fasi Rai e senza nucleo familiare) → al termine della prima annualità possono aderire alla plus; in questo caso non possono più tornare indietro



3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA anche in regime di degenza diurna (Day-Hospital), con o senza intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un Pronto Soccorso, resi necessari per infortunio, malattia o parto cesareo (compreso aborto terapeutico spontaneo o post traumatico comportante il ricovero anche in regime di DH)

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

a. Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici, onorari medici (incluse terapie mediche) **effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.**

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b. Intervento chirurgico

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

c. 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.

d. Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 155,00 al giorno; l'eccedenza di tale somma verrà liquidata al 50%.

e. Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 78,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero-elevati a € 130,00 in caso di ricovero e/o intervento all'estero.

f. Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale

i. Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), **effettuati nei 90 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.**



3.2 TRASPORTO SANITARIO

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

3.3 DAY-HOSPITAL

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti "RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA anche in regime di degenza diurna (Day-Hospital) con o senza intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un Pronto Soccorso, resi necessari per infortunio, malattia o parto cesareo" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

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

3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti "RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA anche in regime di degenza diurna (Day-Hospital) con o senza intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un Pronto Soccorso, resi necessari per infortunio, malattia o parto cesareo" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico, c) "Assistenza medica, medicinali, cure", g) "Post-ricovero" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

3.5 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti "RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA anche in regime di degenza diurna (Day-Hospital) con o senza intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un Pronto Soccorso, resi necessari per infortunio, malattia o parto cesareo" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

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

3.6 RIMPATRIO DELLA SALMA

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

3.7 INTERVENTI PER LA CORREZIONE DEI DIFETTI VISIVI

La Società provvede al pagamento delle spese per gli interventi di chirurgia refrattiva, nonché i trattamenti con laser ad eccimeri, sia in strutture sanitarie convenzionate che in strutture sanitarie non convenzionate con la Società, in caso di miopia, anisometropia, ipermetropia, astigmatismo superiore a 3 diottrie.

3.8 NEONATI

La Società provvede al pagamento delle spese per assistenza medica al neonato nei primi 180 giorni di vita praticata in regime di ricovero, fino alla concorrenza del sub-limite di € 10.000,00 ed anche nei casi di parto non cesareo. Sono compresi gli interventi chirurgici sul feto purchè volti alla correzione di difetti e malformazioni dello stesso.

3.9 ANTICIPO

Nei casi di ricovero per il quale l'Istituto di Cura richiede il pagamento di un anticipo la Società corrisponde su richiesta dell'Assicurato l'importo versato a tale titolo entro il 20% della somma garantita, previo contestuale presentazione alla Società di certificazione provvisoria dell'Istituto di Cura che attesti la natura della malattia o dell'infortunio, eventualmente la necessità dell'intervento chirurgico, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare totale delle spese sanitarie (preventivo). Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di spesa, si procederà al conguaglio attivo o passivo delle somme effettivamente versate o da versare.

3.10 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

punto "Ricovero in istituto di cura anche in regime di degenza diurna (Day-Hospital) con o senza intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un Pronto Soccorso, resi necessari per infortunio, malattia o parto cesareo":

lett. a) "Pre ricovero";

lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto "Trasporto sanitario";

punto "Rimpatrio della salma"

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

punto "Neonati";

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

Per quanto riguarda la lett. a) "Pre ricovero", occorre contattare preventivamente la Centrale Operativa per la richiesta dell'applicazione delle tariffe riservate agli assicurati UniSalute, il cui rimborso avverrà con i limiti previsti al punto "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati".

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 15%, ad eccezione delle seguenti:

punto "Ricovero in Istituto di cura anche in regime di degenza diurna (Day-Hospital) con o senza intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un Pronto Soccorso, resi necessari per infortunio, malattia o parto cesareo":

lett. d) "Retta di degenza";

lett. e) "Accompagnatore";

lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto "Trasporto sanitario";

punto "Rimpatrio della salma";

punto "Neonati";

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

c) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da equipe medica non convenzionata

In caso di ricovero dell'Assicurato in una struttura sanitaria convenzionata, ma con personale medico non convenzionato, la liquidazione delle spese, nei limiti previsti dalla garanzia, avverrà nel seguente modo:

1) Le spese per le prestazioni convenzionate e autorizzate da Unisalute saranno direttamente liquidate dalla Società alla struttura sanitaria convenzionata con le modalità di cui all'Art. "SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ";

2) Le spese relative al personale medico non convenzionato, ma comprese nella garanzia, verranno rimborsate successivamente all'Assicurato dietro presentazione della documentazione richiesta con l'applicazione dei limiti previsti per le prestazioni effettuate in strutture non convenzionate con Unisalute al punto "SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ".

d) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

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



Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

3.11 INDENNITA' SOSTITUTIVA CON PRE E POST RICOVERO

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per le prestazioni effettuate durante il ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse, ferma restando la possibilità di richiedere il rimborso per le spese di "pre" e "post ricovero" con le modalità di cui ai punti "RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA anche in regime di degenza diurna (Day-Hospital) con o senza intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un Pronto Soccorso, resi necessari per infortunio, malattia o parto cesareo" lett. a) Pre ricovero e lett. g) Post ricovero, avrà diritto a un'indennità di €. 62,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 120 giorni per ogni ricovero. Le spese relative alle garanzie di "pre" e "post ricovero" in questo caso vengono prestate con l'applicazione di eventuali limiti previsti al punto "Modalità di erogazione delle prestazioni". Nel caso di Grande Intervento chirurgico l'importo giornaliero dell'indennità si intende elevato ad € 104,00.

3.12 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a €. 60.000,00 per nucleo familiare.

Nel caso di "grande intervento chirurgico", intendendo per tali quelli contenuti nell'elenco specifico, il massimale suindicato si intende raddoppiato.

4. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La Società liquida all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

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

- a. radiografie e referti radiologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica
- b. referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato tramite l'utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 10.000,00 per nucleo familiare.

Opzione Plus (nuovi e vecchi iscritti con/senza nucleo familiare, oppure gli iscritti che passano dal Piano Sanitario Opzione Base al Piano sanitario opzione Plus)

5. RICOVERO

5.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA anche in regime di degenza diurna (Day-Hospital), con o senza intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un Pronto Soccorso, resi necessari per infortunio, malattia o parto cesareo (compreso aborto terapeutico spontaneo o post traumatico comportante il ricovero anche in regime di DH)

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

a. Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici, onorari medici (incluse terapie mediche) effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b. Intervento chirurgico

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

c. 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.

d. Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 155,00 al giorno; l'eccedenza di tale somma verrà liquidata al 50%.

f. 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 € 78,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero-elevati a € 130,00 in caso di ricovero e/o intervento all'estero.



g. Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale

h. Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 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.

5.2 TRASPORTO SANITARIO

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

5.3 DAY-HOSPITAL

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti "RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA anche in regime di degenza diurna (Day-Hospital) con o senza intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un Pronto Soccorso, resi necessari per infortunio, malattia o parto cesareo" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

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

5.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti "RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA anche in regime di degenza diurna (Day-Hospital) con o senza intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un Pronto Soccorso, resi necessari per infortunio, malattia o parto cesareo" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico, c) "Assistenza medica, medicinali, cure", g) "Post-ricovero" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

5.5 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti "RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA anche in regime di degenza diurna (Day-Hospital) con o senza intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un Pronto Soccorso, resi necessari per infortunio, malattia o parto cesareo" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.




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

5.6 PARTO NON CESAREO

In caso di parto non cesareo, effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti "Ricovero in Istituto di cura anche in regime di degenza diurna (Day-Hospital) con o senza intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un Pronto Soccorso, resi necessari per infortunio, malattia o parto cesareo" lett. c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", lettera f) Assistenza infermieristica privata individuale; relativamente alle prestazioni "post-ricovero" vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto "Ricovero in istituto di cura anche in regime di degenza diurna (Day-Hospital) con o senza intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un Pronto Soccorso, resi necessari per infortunio, malattia o parto cesareo" lettera g) "Post-ricovero", con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 1.033,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.

5.7 RIMPATRIO DELLA SALMA

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

5.8 INTERVENTI PER LA CORREZIONE DEI DIFETTI VISIVI


La Società provvede al pagamento delle spese per gli interventi di chirurgia refrattiva, nonché i trattamenti con laser ad eccimeri, sia in strutture sanitarie convenzionate che in strutture sanitarie non convenzionate con la Società, in caso di miopia, anisometropia, ipermetropia, astigmatismo superiore a 3 diottrie.

5.9 NEONATI

La Società provvede al pagamento delle spese per per assistenza medica al neonato nei primi 180 giorni di vita praticata in regime di ricovero, fino alla concorrenza del sub-limite di € 10.000,00 ed anche nei casi di parto non cesareo. Sono compresi gli interventi chirurgici sul feto purchè volti alla correzione di difetti e malformazioni dello stesso.

5.10 ANTICIPO

Nei casi di ricovero per il quale l'Istituto di Cura richiede il pagamento di un anticipo la Società corrisponde su richiesta dell'Assicurato l'importo versato a tale titolo entro il 20% della somma garantita, previo contestuale presentazione alla Società di certificazione provvisoria dell'Istituto di Cura che attesti la natura della malattia o dell'infortunio, eventualmente la necessità dell'intervento



chirurgico, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare totale delle spese sanitarie (preventivo). Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di spesa, si procederà al conguaglio attivo o passivo delle somme effettivamente versate o da versare.

5.11 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

punto "Ricovero in istituto di cura anche in regime di degenza diurna (Day-Hospital) con o senza intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un Pronto Soccorso, resi necessari per infortunio, malattia o parto cesareo":

lett. a) "Pre ricovero";

lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto "Trasporto sanitario";

punto "Rimpatrio della salma"

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

punto "Parto non cesareo";

punto "Neonati";

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

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 15%, ad eccezione delle seguenti:

punto "Ricovero in Istituto di cura anche in regime di degenza diurna (Day-Hospital) con o senza intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un Pronto Soccorso, resi necessari per infortunio, malattia o parto cesareo ":

lett. d) "Retta di degenza";

lett. e) "Accompagnatore";

lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto "Trasporto sanitario";

punto "Rimpatrio della salma";

punto "Parto non cesareo"

punto "Neonati";

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

c) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da equipe medica non convenzionata



In caso di ricovero dell'Assicurato in una struttura sanitaria convenzionata, ma con personale medico non convenzionato, la liquidazione delle spese, nei limiti previsti dalla garanzia, avverrà nel seguente modo:

- 1) Le spese per le prestazioni convenzionate e autorizzate da Unisalute saranno direttamente liquidate dalla Società alla struttura sanitaria convenzionata con le modalità di cui all'Art. "SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ";
- 2) Le spese relative al personale medico non convenzionato, ma comprese nella garanzia, verranno rimborsate successivamente all'Assicurato dietro presentazione della documentazione richiesta con l'applicazione dei limiti previsti per le prestazioni effettuate in strutture non convenzionate con Unisalute al punto "SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ".

d) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

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

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

5.12 INDENNITA' SOSTITUTIVA GON PRE E POST RICOVERO

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per le prestazioni effettuate durante il ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse, ferma restando la possibilità di richiedere il rimborso per le spese di "pre" e "post ricovero" con le modalità di cui ai punti "RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA anche in regime di degenza diurna (Day-Hospital) con o senza intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un Pronto Soccorso, resi necessari per infortunio, malattia o parto cesareo" lett. a) Pre ricovero e lett. g) Post ricovero, avrà diritto a un'indennità di €. 62,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 120 giorni per ogni ricovero. Le spese relative alle garanzie di "pre" e "post ricovero" in questo caso vengono prestate con l'applicazione di eventuali limiti previsti al punto "Modalità di erogazione delle prestazioni". Nel caso di Grande Intervento chirurgico l'importo giornaliero dell'indennità si intende elevato ad € 104,00.

5.13 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a €. 60.000,00 per nucleo familiare.

Nel caso di "grande intervento chirurgico", intendendo per tali quelli contenuti nell'elenco specifico, il massimale suindicato si intende raddoppiato.

6. PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società provvede al pagamento delle spese extra-ospedaliere per le seguenti prestazioni sanitarie e specialistiche conseguenti a malattia o infortunio:

- CHEMIOTERAPIA
- COBALTOTERAPIA
- DIALISI
- DOPPLER
- ELETTRICARDIOGRAFIA
- ELETTRICENEFALOGRAFIA
- ENDOSCOPIA
- LASERTERAPIA
- RADIOTERAPIA
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE
- SCINTIGRAFIA
- TAC
- TELECUORE

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di uno scoperto del 10% ed un minimo non indennizzabile di Euro 52,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui vengano effettuate contemporaneamente un'elettrocardiografia ed una visita specialistica cardiologica, sull'importo totale delle prestazioni eseguite verrà applicato uno scoperto del 10% ed un minimo non indennizzabile di Euro 52,00.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 52,00 per evento.

Nel caso in cui vengano effettuate contemporaneamente un'elettrocardiografia ed una visita specialistica cardiologica, fatturate nel medesimo documento di spesa, sull'importo totale delle prestazioni eseguite verrà applicato uno scoperto del 20% ed un minimo non indennizzabile di Euro 52,00 per fattura.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato purchè la spesa sostenuta sia superiore ad



Euro 26,00 anche se per più di una prestazione e per patologie diverse purchè inviate in un'unica soluzione.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 8.000,00 per nucleo familiare.

7 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche, anche nella modalità di video consulto e per 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 garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.**

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

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

Le prestazioni di video consulto garantiscono il dialogo a distanza con uno specialista convenzionato, in tutti i casi in cui non sia necessario un contatto fisico, ad esempio per condividere i risultati di esami o referti, avere risposte a dubbi e domande sulle terapie, dialogare con il medico per eventuali approfondimenti.

Per poter usufruire della garanzia, l'Assicurato dovrà contattare la Centrale Operativa UniSalute per richiedere la prenotazione del video consulto con professionisti specializzati, utilizzando il numero verde indicato nel Piano Sanitario.

Al fine dell'attivazione è necessario fornire un indirizzo email al quale verrà inviato il link a cui è possibile collegarsi per il video consulto, utilizzando il proprio computer o un dispositivo mobile, smartphone o tablet (è importante avere a disposizione le ultime versioni di Google Chrome o Mozilla Firefox).

Durante il video consulto è consigliabile tenere a portata di mano i seguenti documenti da condividere con il medico:

- un documento di riconoscimento (carta d'identità, passaporto);
- i referti in formato elettronico di esami precedenti riferibili alla medesima prestazione;
- la prescrizione del medico curante relativa alla prestazione richiesta

Il Servizio di video consulto è prestato esclusivamente nei centri convenzionati con la Società, pertanto non è prevista la possibilità di ottenere il rimborso di tali prestazioni.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le visite specialistiche nella modalità di video consulto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.



Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le visite specialistiche (non in modalità di video consulto) e accertamenti diagnostici erogati all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una **franchigia di Euro 26,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.**

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a **strutture sanitarie o a personale non convenzionato** con la Società, o in caso di prestazioni domiciliari, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 26,00 per evento**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società **rimborso integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato purchè la spesa sostenuta sia superiore ad Euro 26,00 anche se per più di una prestazione e per patologie diverse purchè inviate in un'unica soluzione.**

Il **massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 4.000,00 per nucleo familiare.**

8. APPARECCHI PROTESICI E TERAPEUTICI

La Società rimborsa le spese per l'acquisto ed il noleggio di apparecchi protesici e terapeutici nel **limite annuo di €. 1.600,00 per nucleo familiare.**

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno **scoperto del 25% per fattura/persona.**

9. LENTI

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto (sono escluse le montature) a seguito di usura e/o modifica visus nel **limite annuo di:**

€. 130,00 per nucleo di 1 persona;

€ 190,00 per nucleo di 2 persone;

€ 240,00 per nucleo di 3 persone;

€ 280,00 per nucleo di 4 o più persone.

La Società provvederà al rimborso delle spese sostenute senza l'applicazione di franchigie o scoperti. **Il massimale annuo previsto per nucleo familiare può essere utilizzato anche da un solo componente del nucleo, fermo restando l'applicazione dello scoperto e minimo previsti.**

Per l'attivazione è necessaria la prescrizione del medico oculista attestante la variazione del visus, o una certificazione dell'ottico optometrista attestante la variazione del visus. Nel caso di usura delle lenti è necessaria l'indicazione nel documento di spesa che si tratta di una richiesta "per usura".



10. DIAGNOSTICA PREVENTIVA GINECOLOGICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di diagnostica preventiva (Check Up Ginecologico):

- Visita specialistica ginecologica
- Pap test
- Colposcopia e tampone vaginale
- Mammografia
- Ecografia pelvica
- Ecografia mammaria

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società**, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a **strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società**, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 350,00 da intendersi come disponibilità unica per l'intera durata della copertura (triennio 2022-2024) per assicurato e/o nucleo familiare.

11. VISITE DI CONTROLLO

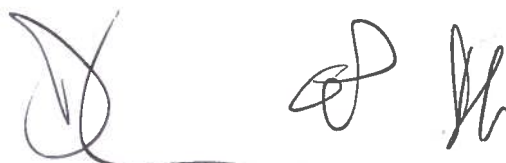
La Società provvede al pagamento di una visita specialistica di controllo effettuata **una volta l'anno dal titolare in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione**. Nel caso di adesione del nucleo familiare, è riconosciuta una ulteriore visita di controllo annuale per un altro componente del nucleo diverso dal titolare. Per l'erogazione non è richiesta la prescrizione con patologia in quanto trattasi di prestazioni di "controllo".

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

12. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni sotto indicate ai punti 12.1, 12.2, 12.3, effettuate esclusivamente presso strutture sanitarie e da personale convenzionato con la Società, entro il massimale annuo e per nucleo di:

- Euro 800,00 per il nucleo di 1 persona (titolare singolo)
- Euro 1.200,00 per il nucleo di 2 o più persone



12.1 PRESTAZIONI ODONTOATRICHE PARTICOLARI

La Società provvede al pagamento del “pacchetto” di prestazioni odontoiatriche particolari **fruibile una volta l’anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione**. Le prestazioni che costituiscono il “pacchetto”, 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.

- **Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo** mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l’igiene orale.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell’Assicurato, il medico riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell’arco dello stesso anno assicurativo, la Società provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente. La seconda seduta deve essere preventivamente comunicata alla Società.

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

Le spese per le prestazioni erogate all’Assicurato tramite le strutture sanitarie ed il personale convenzionato con la Società, vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l’applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

12.2 CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE E PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE ODONTOIATRICHE DIVERSE DA PROTESI E ORTODONZIA

La Società provvede al pagamento delle spese per cure odontoiatriche, terapie conservative e prestazioni diagnostiche odontoiatriche diverse da protesi e ortodonzia.

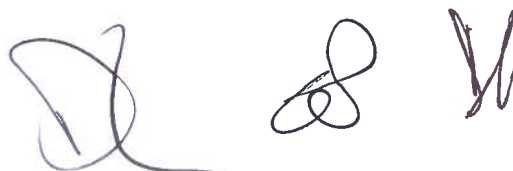
Sono comprese le sedute di ablazione tartaro solo se inserite in un piano di cure.

Le spese per le prestazioni erogate all’Assicurato tramite le **strutture sanitarie ed il personale convenzionato** con la Società vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l’applicazione di uno **scoperto del 10% che dovrà essere versato dall’Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell’emissione della fattura**.

12.3 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ODONTOIATRICI

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

- ortopantomografia



- dentalscan
- telecranio
- radiografie endorali

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato tramite l'utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

13. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La Società liquida all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

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

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato tramite l'utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a €. 10.000,00 per nucleo familiare.

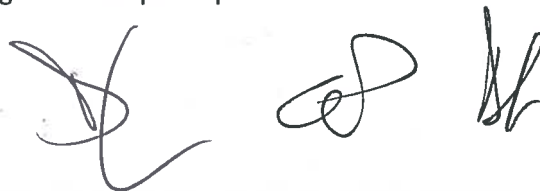
14. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

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

15. REMISE EN FORME POST PARTO

In caso di parto, sia naturale che cesareo, avvenuto durante l'operatività del presente contratto, sono comprese in garanzia le spese relative ad un pacchetto di 3 giorni di remise en forme che l'Assicurata potrà effettuare entro 180 giorni dall'evento del parto, e in un'unica soluzione, presso uno dei Centri Termali UniSalute convenzionati appositamente per questa garanzia.

Sono comprese in garanzia le spese* per:



1^ giorno: accoglienza; visita medica (si precisa che la visita medica è da intendersi obbligatoria così come l'esito positivo all'idoneità alle prestazioni del presente pacchetto), seduta in acqua;

2^ giorno: attività motoria guidata in acqua termale o in palestra, massaggio adiposità localizzate o linfodrenaggio o analogo; attività motoria in palestra o all'esterno o percorso vascolare e trattamento corpo;

3^ giorno: attività motoria guidata in acqua termale o in palestra, massaggio adiposità localizzate o linfodrenaggio o analogo, trattamento corpo.

*i pacchetti possono subire variazioni per esigenze organizzative e per le peculiarità dei singoli Centri Termali.

Ai fini dell'attivazione della presente garanzia è necessario contattare preventivamente la Centrale Operativa al numero verde 800-009916.

Relativamente ad eventuali spese di soggiorno alberghiero presso la struttura convenzionata che lo preveda e nella quale si effettua il pacchetto di remise en forme, **UniSalute può mettere a disposizione un voucher per usufruire dell'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al listino normalmente previsto dalla struttura alberghiera termale.**

16. DIAGNOSI COMPARATIVA


La Società 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 **800-009916**, 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 DoctorsÒ e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione sanitaria richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
2. **Trova Il Medico.** UniSalute, attraverso Best DoctorsÒ, 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 DoctorsÒ 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 DoctorsÒ, 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 DoctorsÒ 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 DoctorsÒ 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.

17. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-009916** - dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

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

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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



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

c) Pareri medici immediati

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

d) Invio di un medico

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

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

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa **nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.**

f) Trasferimento in centro medico specializzato

Qualora l'Assicurato in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Centrale Operativa, **previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo**

trasferimento, la Centrale Operativa provvederà a organizzare il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni tra quelli sotto elencati:

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

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

Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica.

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

All'estero



In collaborazione con Pronto Assistance Servizi S.c.r.l., UniSalute offre inoltre per tutto l'arco delle 24 ore i seguenti servizi telefonando dall'estero al numero: prefisso internazionale dell'Italia + 051 4161781.

g) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel limite di Euro 100 per sinistro.

h) Invio di medicinali urgenti all'estero

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

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

i) Rimpatrio sanitario

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

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

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

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

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

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

18. PREMIO

Il premio deve essere pagato in via anticipata alla Direzione della Società tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente.

Qualora il Contraente non paghi i premi o le rate di premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 00.00 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 00.00 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c.

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

Piano Sanitario Opzione Base (solo Dipendenti -NO contrattisti- nuovi iscritti, mai stati iscritti al Fasi Rai e senza nucleo familiare):

- 766,00 € Solo Contributo Aziendale

Copertura:

- dal 1° gennaio se iscritto al Fasi Rai nei 6 mesi precedenti
- dal 1° luglio se iscritto al Fasi Rai nei 6 mesi precedenti
- dal primo giorno del mese successivo all'iscrizione se iscritto al Fasi Rai entro 30 gg dall'assunzione

Piano Sanitario Opzione Plus (nuovi e vecchi iscritti con/senza nucleo familiare, oppure gli iscritti che passano dal Piano Sanitario Opzione Base alla Plus)

Premi per i Dipendenti:

- 766,00 € Contributo Aziendale
- 239,52 € Quota Dipendente (19,96 € Mensili)
- 322,32 € Quota Coniuge (26,86 € Mensili)
- 196,56 € Ogni Figlio (16,38 € Mensili)
- 196,56 € Neonati (16,38 € Mensili)
- 1.005,52 € Familiare Dipendente Deceduto

Premi per i Contrattisti:

- 510,70 € Contributo Aziendale
- 494,88 € Quota Dipendente (41,24 € Mensili)
- 322,32 € Quota Coniuge (26,86 € Mensili)
- 196,56 € Ogni Figlio (16,38 € Mensili)
- 196,56 € Neonati (16,38 € Mensili)

Copertura:

- dal 1° gennaio se iscritto al Fasi Rai nei 6 mesi precedenti
- dal 1° luglio se iscritto al Fasi Rai nei 6 mesi precedenti
- dal primo giorno del mese successivo all'iscrizione se iscritto al Fasi Rai entro 30gg dall'assunzione
- dalla Nascita se Neonato iscritto entro 180 giorni con Intero Nucleo Familiare già Iscritto



Pagamento delle Quote:

- Entro il 28 febbraio di ogni anno il totale dei Contributi Aziendali
- Mensilmente le Quote Mensili dei Familiari
- Mensilmente i Contributi Aziendali per i nuovi iscritti

Entro fine febbraio dell'anno successivo il totale delle Quote dei Dipendenti

19. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per i dipendenti e gli eventuali familiari, avrà effetto dalle ore 00.00 del 01/01/2022 sia in forma rimborsuale che in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società, qualora l'Anagrafica provvisoria pervenga alla Società entro 30 giorni dalla data di effetto, tramite tracciato informatico concordato.

L'anagrafica definitiva, contenente le sole differenze rispetto all'anagrafica provvisoria, dovrà pervenire alla Società entro il primo mese successivo alla decorrenza, tramite tracciato informatico concordato.

Qualora l'anagrafica dovesse pervenire alla Società oltre il termine concordato, la copertura in forma rimborsuale avrà effetto dalle ore 00.00 del 01/01/2022, mentre in forma diretta, nelle strutture convenzionate con la Società, avrà effetto dalle ore 00.00 del decimo giorno successivo all'arrivo dell'anagrafica.

Oltre il 31/01/2022 non potranno più verificarsi inclusioni di familiari già presenti al 01/01/2022 all'interno dal nucleo familiare Assicurato fatto salvo quanto eventualmente previsto al successivo punto.

20. INCLUSIONI / ESCLUSIONI

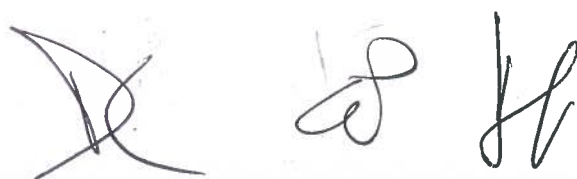
Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per i dipendenti, e per i loro relativi familiari, i quali non abbiano aderito alla stessa entro i termini di cui all'art. precedente, le movimentazioni all'interno della presente polizza sono regolate dai punti di seguito indicati.

1) Nuove adesioni

Per i Dipendenti già in servizio a tempo indeterminato e relativi nuclei non ancora iscritti al F.A.S.I. RAI, nonché per i Dipendenti in servizio a tempo determinato (Contrattisti) e relativi nuclei non ancora iscritti al F.A.S.I. RAI, previa sottoscrizione dell'adesione, la garanzia decorrerà dalle ore 00:00 del 01/07 e 01/01 di ciascun anno rispettivamente per le adesioni pervenute nei sei mesi precedenti.

Il premio dovuto per ciascun dipendente da parte del Contraente dovrà essere corrisposto secondo le modalità indicate all'art. "Modalità di pagamento del premio".

I Dipendenti che abbiano dato disdetta ed in seguito intendano aderire nuovamente verranno accettati con un periodo di carenza, per le malattie ed il parto, di 360 giorni.



2) Nuove assunzioni

Nel caso di Neo-assunti a tempo indeterminato non ancora iscritti al F.A.S.I.RAI, la garanzia per il dipendente decorre dalla data effettiva di iscrizione al F.A.S.I. RAI sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni dalla data di assunzione del Dipendente.

Il premio per ciascun neo-assunto a tempo indeterminato dovrà essere corrisposto secondo le modalità indicate all'art. "Modalità di pagamento del premio".

3) Inclusione di Neonati

I Neonati, a condizione che sia già iscritto l'intero nucleo, devono essere inclusi entro 180 giorni dalla data di nascita; in questo caso la copertura avrà effetto dalle ore 00 del giorno della nascita.

Il premio in tal caso verrà corrisposto dovrà essere corrisposto secondo le modalità indicate all'art. "Modalità di pagamento del premio".

Se l'inclusione non avviene entro il termine previsto, non possono successivamente essere inclusi in garanzia per la durata originaria del presente contratto.

4) Inclusione di Familiari

È data facoltà ad ogni Iscritto di includere in garanzia il nucleo familiare mediante compilazione e sottoscrizione dell'apposita adesione nei termini previsti dal contratto e con il pagamento di un premio aggiuntivo. Il nucleo familiare deve essere interamente assicurato salvo il caso in cui i componenti del nucleo siano assicurati con altre polizze similari; in questo caso l'obbligo di assicurarli decorrerà dalla scadenza di dette altre polizze.

Qualora si verifichi l'esclusione di un componente, la garanzia si intenderà prestata fino alla scadenza annuale successiva alla variazione del nucleo stesso.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste ai numeri 1, 2, 3 e 4 del presente punto, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde a tanti dodicesimi del premio annuo quanti sono i mesi che intercorrono dalla data di inclusione al termine del periodo assicurativo in corso.

5) Cessazione del rapporto di lavoro

Per l'Assicurato che cesserà il rapporto di lavoro nel corso dell'anno assicurativo la garanzia si intenderà prestata per il Dipendente e relativo nucleo fino alla scadenza annuale successiva alla cessazione del rapporto stesso. Il Contraente si impegna a trattenere ed a versare alla Società tutte le rate di premio mensili per il completamento dell'annualità.

6) Decesso del titolare iscritto

In caso di premorienza del titolare in corso di copertura il nucleo familiare avrà diritto comunque a mantenere la copertura assicurativa per l'intera durata della presente copertura. L'anno successivo al decesso del titolare, l'assicurato superstite più anziano non verserà più il premio relativo allo status posseduto quando il titolare era ancora in vita (ad es. coniuge) ma verserà un premio di ammontare pari a quello del titolare (quota azienda+quota dipendente o contrattista), mentre per gli altri



componenti del nucleo l'ammontare del premio rimarrà invariato. Resta inteso il limite di età previsto all'articolo Limite di Età.

7) Pensionamento e esodo

In caso di pensionamento o esodo, l'assicurazione cesserà, anche per il nucleo familiare, alla scadenza annuale successiva alla data di pensionamento o esodo del Dipendente. Il Contraente si impegna a trattenere ed a versare alla Società tutte le rate di premio mensili per il completamento dell'annualità.

21. MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio annuo avverrà con le sotto indicate modalità:

- a) Al 28/02 di ogni anno l'importo totale dei Contributi aziendali per i dipendenti ed i contrattisti, calcolato sulla base delle anagrafiche provvisorie;
- b) Mensilmente le Quote dei Familiari corrisposte in n. 12 rate di pari importo, la cui determinazione avverrà in base alle adesioni raccolte e definita in apposita appendice. I suddetti conteggi potranno essere, previo accordo tra le parti, adeguati in base alle variazioni che potranno intervenire.
- c) Entro fine febbraio dell'anno successivo il totale delle Quote dei Dipendenti e dei Contrattisti, i contributi aziendali per i nuovi iscritti in corso d'anno e la regolazione dei familiari.

24. LIVELLI DI SERVIZIO MINIMI GARANTITI E PENALE

1. AREA DI SERVIZIO RIMBORSI (tempistiche massime) (peso % della penale 33,33%)

- **MESSA IN PAGAMENTO DEI RIMBORSI**

20 giorni lavorativi per l'80% dei sinistri. Il termine decorre dalla data di ricezione della denuncia dell'assicurato, se completa, oppure dalla data di ricevimento dell'ulteriore documentazione richiesta e di tutte le informazioni necessarie per la corretta liquidazione del sinistro.

2. AREA DI SERVIZIO ASSISTENZA DIRETTA (tempistiche medie su base annuale) (peso % della penale 33,33%)

- **AUTORIZZAZIONE ALLA PRESTAZIONE IN ASSISTENZA DIRETTA**

7 giorni di calendario a decorrere dalla data di ricezione della documentazione completa e di tutte le informazioni necessarie per l'invio dell'autorizzazione, da parte di tutti i soggetti coinvolti quali ad esempio la data dell'appuntamento da parte dell'assicurato o della struttura convenzionata.

- **MESSAGGIO BENVENUTO CALL CENTER**

entro 5 secondi dalla disponibilità della linea

- **TEMPO DI RISPOSTA CALL CENTER/CENTRALE OPERATIVA**

90% in 35 secondi

- TEMPO DI RISPOSTA CALL CENTER/CENTRALE OPERATIVA MAILING

48 h con utilizzo del form in area riservata per presa in carico e/o risposta / richieste di approfondimento

- PROBLEM SOLVING I° - II° - III° LIVELLO ASSISTENZA

la Compagnia dispone di un processo di problem solving a più livelli, che fa leva su diversi strumenti interni e di interlocuzione con il Cliente alcuni dei quali coincidono con gli strumenti previsti per l'erogazione del servizio. Confermiamo la disponibilità a valutare in sede di approfondimento.

3. AREA DI SERVIZIO BUSINESS CONTINUITY (tempistiche massime) (peso % della penale 33,33%)

- RICOSTRUZIONE DATI E PROCEDURE (SITO REMOTO)

ENTRO 48 H EVENTO

- PIENA RIPRESA FUNZIONALITA'

ENTRO 72 H EVENTO

- ACCESSIBILITA' WEB – INTERRUZIONE ACCESSIBILITA' WEB

richiesto < 24 H

Nell'ambito della presente copertura è previsto un meccanismo di penali finalizzato a garantire una riduzione del premio qualora il livello di servizio osservato dalla Società non risulti in linea con i livelli di servizio garantiti.

A garanzia del rispetto da parte della Società dei livelli di servizio previsti per tutte le AREE DI SERVIZIO indicate nella tabella di cui sopra, viene previsto un ammontare complessivo delle penali pari allo 0,50% dei premi annui complessivi netti. In caso di mancato rispetto dei livelli di servizio garantiti dalla Società tale importo complessivo sarà retrocesso percentualmente al Fondo in ragione del peso percentuale assegnato a ciascuna AREA DI SERVIZIO per la quale non risultino rispettati i livelli di servizio garantiti.

Ad es. qualora non risultasse rispettato il livello di servizio relativo all'AREA DI SERVIZIO RIMBORSI la Società provvederà a retrocedere al Contraente la penale derivante dall'applicazione della presente formula: $PREMI\ NETTI * 0,50\% * 33,33\%$. Diversamente qualora non fosse rispettato alcuno dei 3 livelli di servizio garantiti la formula applicata sarà la seguente: $PREMI\ NETTI * 0,50\% * 100,00\%$.

Al fine di consentire al Fondo il riscontro dei livelli di servizio applicati, la Società predisporrà la relativa reportistica su base trimestrale.

Si precisa che quanto sopra potrà trovare applicazione solo a seguito del primo periodo transitorio di start-up dei nuovi servizi, ossia dopo il primo trimestre 2022, al fine di poter provvedere ad un'opportuna taratura dei processi gestionali.

In funzione della proposta di rispettare i tempi di rimborso per l'80% dei sinistri, non è possibile prevedere la doppia penalizzazione, ovvero sia la riduzione del premio sia il riconoscimento puntuale all'assicurato sul singolo sinistro in fase di pagamento dello stesso.



A - CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

I premi devono essere pagati alla Società.

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

A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La durata della polizza è di 36 mesi e decorre dalle ore 00.00 del 01/01/2022 alle ore 24 del 31.12.2024, fatto salvo quanto previsto al successivo articolo A.2.1.

A seguito di contraddittorio da effettuarsi entro il mese di Aprile 2024, le Parti si impegnano a valutare congiuntamente la possibilità di prorogare per ulteriori 24 mesi, ovvero dalle ore 00 del 01/01/2025 alle ore 24 del 31/12/2026.

L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata all'altra Parte a mezzo raccomandata, almeno 6 mesi prima della scadenza del contratto.

A.2.1. CLAUSOLA DI BONUS MALUS

Monitoraggio sull'utilizzo del piano sanitario

Al fine di monitorare l'utilizzo del piano sanitario da parte degli assicurati in attività, compresi relativi familiari, si stabilisce che con i dati aggiornati al 30/09/2022 verrà effettuato il calcolo del Combined Ratio applicando la seguente formula:

$$CR = (S/P) + 50\% \text{ costi di gestione e oneri del contratto}$$

Calcolo del rapporto Sinistri/Premi (S/P):

- **Numeratore:** sinistri pagati + riservati del periodo 01/01/2022 – 30/09/2022 con proiezione di chiusura al 31/12/2022
- **Denominatore:** premi netti di competenza del periodo 01/01/2022 – 31/12/2022

Costi di gestione:

- costi di gestione (**considerati al 50%**), indicati in %, rilevabili dal bilancio Unisalute dell'esercizio precedente., al netto delle commissioni ricevute da UNISALUTE dagli eventuali riassicuratori.

Entro il 31/10/2022 le parti si incontreranno per definire le condizioni di prosecuzione per l'annualità successiva, in particolare:

- In presenza di un valore inferiore al 90% le parti concorderanno le miglie da apportare ai piani sanitari per riportare il Combined Ratio al 90% per l'annualità successiva

In presenza di un valore pari o superiore al 90% e inferiore al 95% nessuna modifica sarà apportata ai piani sanitari e le coperture verranno rinnovate automaticamente per l'annualità successiva
- In presenza di un valore pari o superiore al 95% le parti concorderanno le modifiche necessarie da apportare ai piani sanitari per riportare il Combined Ratio al 95% per l'annualità successiva; il contratto sarà risolto qualora le parti non trovino un accordo per la prosecuzione.
La stessa verifica verrà effettuata con i dati aggiornati al 30/09/2023, sulla base delle proiezioni di chiusura del periodo 01/01/2023 – 31/12/2023, al fine di definire le modalità di prosecuzione del contratto per il periodo 01/01/2024 – 31/12/2024.

A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

A.4 ONERI FISCALI/MODIFICHE LEGISLATIVE

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

Inoltre, qualora intervengano modifiche legislative che abbiano impatto sulle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, la Società comunicherà al Contraente la necessità di incontrarsi tempestivamente per definire le modifiche da apportare alla polizza, con effetto a partire dalla prima scadenza annua utile.

Nel caso in cui non si raggiunga un accordo, in deroga a quanto previsto nell'art. "Durata dell'assicurazione", il contratto non si rinnoverà e la copertura cesserà alla prima scadenza annua utile, senza la necessità di una formale comunicazione di disdetta.

A.5 FORO COMPETENTE

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

A.6 PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

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

A.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

A.8 OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE



Nei casi di modifiche statutarie attinenti al trasferimento di sede sociale, al cambio di denominazione sociale o di trasferimento di tutto o parte del portafoglio, di fusione o scissione del portafoglio stesso, la Società invierà al Contraente e/o all'Assicurato una specifica comunicazione entro il termine di dieci giorni dalla data di efficacia dell'operazione.

A.9 ALTRE ASSICURAZIONI

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

A.10 AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Le circostanze legate al trasferimento della sede operativa o della sede legale dell'Azienda assicurata possono influire sul rischio. Il Contraente, **ai sensi dell'art. 1898 c.c., ha quindi l'obbligo di comunicare per iscritto alla Società dette circostanze.**

A.11 OBBLIGHI E MODALITA' DI CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il Contraente si impegna a mettere a disposizione dei singoli beneficiari di polizza le Condizioni di assicurazione (o la Guida al Piano Sanitario se prevista), concordando preventivamente con la Società le opportune modalità di consegna o di messa a disposizione. In ogni caso, il FASI RAI pubblicherà sul proprio sito le Condizioni di Assicurazione e/o la guida al piano sanitario se prevista.

A.12 DIRITTO DI RECESSO

Le parti potranno recedere al contratto, senza incorrere in penalità alcuna, con preavviso da inviare via pec all'altra parte, entro e non oltre il 31 maggio 2024.

La scadenza del contratto in corso di esecuzione potrà essere prorogata per il tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure necessarie per l'individuazione del nuovo assicuratore, per un periodo comunque non superiore ad un anno.

In tal caso la Società è tenuta all'esecuzione delle prestazioni oggetto del contratto agli stessi prezzi, patti e condizioni del contratto stipulato.

A.13 LEGISLAZIONE APPLICABILE

La legislazione applicata al contratto è quella italiana.

A.14 REGIME FISCALE

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



Il contratto prevede una pluralità di garanzie, per ciascuna delle quali il relativo premio è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore:

- a) rimborso spese sanitarie: 2,5%
- b) assistenza : 10%

A.15 RECLAMI

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

Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it.

Per poter dare seguito alla richiesta nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) dell'assicurato.

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 del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

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

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

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

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

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



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

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

A.17 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Ferma la libertà di adire l'Autorità Giudiziaria, le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

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

Il Collegio Arbitrale risiede e si riunirà nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicili elettivo dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designato, mentre le spese del terzo Arbitro verranno remunerate dalla Parte soccombente.

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

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

Resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

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

A.18 COMMISSIONE PARITETICA

La risoluzione delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione delle clausole contrattuali è demandata altresì alla apposita Commissione paritetica.

B – LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALL' ASSICURAZIONE

1. trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali e medicinali, tranne quelli già espressamente previsti per la garanzia "Ricovero";
2. le malattie mentali e i disturbi psichici in genere ivi compresi i comportamenti nevrotici fatta eccezione per i casi comportanti intervento chirurgico per i quali verrà riconosciuto il solo rimborso delle spese inerenti l'intervento stesso;
3. le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
4. l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici terapeutici, salvo quanto previsto nella garanzia "Apparecchi protesici e terapeutici";
5. il rimborso delle spese relative ad infortuni sofferti in conseguenza di stato di ubriachezza o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
6. le cure o gli interventi per la eliminazione o correzione di difetti fisici, menomazioni o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto fatta eccezione per le malformazioni congenite delle quali l'Assicurato sia portatore inconscio;
7. le applicazioni di carattere estetico, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da intervento chirurgico demolitivo conseguente a neoplasia;
8. le cure dentarie e delle parodontopatie non rese necessarie da infortunio ed in ogni caso le protesi dentarie e le cure e protesi ortodontiche, salvo quanto previsto nella garanzia "Prestazioni Odontoiatriche";
9. le malattie professionali così definite dal D.P.R. 3006/65 n. 1124;
10. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
11. le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, tumulti popolari, atti violenti o aggressioni cui l'Assicurato abbia preso parte attiva e volontaria, che abbiano movente politico o sociale, da movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
12. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto "Odontoiatria" l'assicurazione non è operante per:

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

B.3 LIMITI DI ETÀ

Ai sensi di questo contratto e relativi allegati, non sono assicurabili le persone in quiescenza o in esodo. Per tali soggetti, è prevista una tutela specifica e separata. L'assicurazione può essere stipulata o



rinnovata fintanto che il titolare resta in servizio; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare alla prima scadenza annua.

C – SINISTRI

C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente chiedere la prenotazione delle prestazioni extraricovero sul sito www.unisalute.it utilizzando la funzione "Prenotazione visite/esami" disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti.

In caso di ricovero, o nel caso in cui non possa accedere ad internet, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde gratuito (anche da cellulare) 800-009916 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389046) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

All'interno dell'**Area riservata** accessibile dal sito www.unisalute.it, l'Assicurato potrà consultare e conoscere con precisione le strutture ed i medici convenzionati dedicati al suo specifico Piano sanitario.

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa, le spese sostenute potranno essere rimborsate solo se prevista tale modalità di erogazione e con l'applicazione delle condizioni indicate nelle rispettive garanzie di polizza.

C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE DIVERSE DA ODONTOIATRIA/ORTODONZIA)

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente a **UniSalute S.p.A.** la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di ricovero(*), copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale(*), copia completa della documentazione clinica, conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- in caso di prestazioni oncologiche di follow up si richiede copia del tesserino "esenzione 048"
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

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

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, **UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.**

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicurative richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità previste nelle singole garanzie di polizza, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

C.1.2 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, **le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai punti "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o "Sinistri in strutture convenzionate con la Società".** Per chiedere il rimborso di quanto speso l'Assicurato può utilizzare la funzione di richiesta rimborso disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti del sito www.unisalute.it e caricare i documenti in formato elettronico. In alternativa può usare il modulo cartaceo.

Nel caso di richiesta di corresponsione **dell'indennità sostitutiva, se prevista, l'Assicurato dovrà fornire copia della cartella clinica conforme all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.**

C.1.3 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste; in caso di prestazioni oncologiche di follow up si richiede copia del tesserino "esenzione 048".

La Società provvederà ad inviare alla struttura convenzionata la "presa in carico" relativa alle prestazioni che rientrano in copertura. La "presa in carico" varrà nei limiti temporali nella stessa indicati, fino alla concorrenza dei massimali e nei limiti previsti nelle singole garanzie.



In caso di ricovero, per permettere alla Compagnia di valutare la copertura, è necessario inviare la documentazione necessaria all'istruttoria della pratica, almeno 10 giorni prima della data prevista per l'evento.

Nell'ipotesi di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa prima del ricovero stesso, l'Assicurato potrà richiedere, attraverso il contatto con la Centrale Operativa o tramite altri canali digitali eventualmente messi a disposizione per lo scopo, il rilascio dell'autorizzazione per il ricovero **entro il giorno precedente alla sua dimissione dalla struttura convenzionata.**

Resta inteso la necessità di certificare lo stato di urgenza da parte della struttura sanitaria coinvolta e che la valutazione finale sulla effettiva sussistenza del requisito della gravità rispetto al singolo caso è comunque rimessa all'apprezzamento della Compagnia; a tale valutazione rimane subordinata l'attivazione della procedura d'urgenza.

Nell'ipotesi di ritardo per oggettiva impossibilità nell'invio della documentazione necessaria all'istruttoria della pratica di ricovero entro i 10 giorni precedenti all'evento, la Compagnia metterà in campo tutte le azioni per recuperare il ritardo di istruttoria, fermo restando l'impossibilità di garantire a priori il livello di servizio concordato. **La Compagnia si riserva di verificare e monitorare i casi di mancato rispetto del processo per valutare insieme al Fondo le eventuali azioni di miglioramento e correzione.**

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere, al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura, la lettera di impegno, con cui l'Assicurato si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dal piano, e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti. In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Assicurato potranno essere rimborsate solo se prevista tale modalità di erogazione e con l'applicazione delle condizioni indicate nelle rispettive garanzie di polizza. L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

C.1.4 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE ODONTOIATRIA/ORTODONZIA)

L'Assicurato, o il Centro odontoiatrico convenzionato, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al fine di attivare la verifica della copertura assicurativa e la conseguente trasmissione della "presa in carico" al centro odontoiatrico relativa alle prestazioni sanitarie cui l'Assicurato stesso ha diritto.

In occasione del primo sinistro nella struttura sanitaria convenzionata, il dentista provvederà all'effettuazione della prima visita e redigerà la "scheda anamnestica" relativa all'apparato masticatorio dell'Assicurato, mentre le eventuali prestazioni necessarie saranno elencate nel piano terapeutico.

Il dentista invierà alla Società:

- la scheda anamnestica compilata in ogni parte;
- l'eventuale piano terapeutico, condiviso con l'Assicurato, insieme ai referti, alle radiografie, ecc.

Successivamente all'esame di tale documentazione la Società provvederà ad inviare alla struttura convenzionata la "presa in carico" relativa alle prestazioni che rientrano in copertura.

La "presa in carico" varrà nei limiti temporali nella stessa indicati, fino alla concorrenza dei massimali e nei limiti previsti nelle singole garanzie.

All'atto dell'effettuazione delle prestazioni, l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e sottoscrivere la lettera di impegno. La Società provvederà, nei limiti indicati nelle singole garanzie, a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni prese in carico. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese restanti a suo carico per prestazioni non completamente pagate dalla Società, non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato, non prese in carico.

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'assicurato potranno essere rimborsate solo se prevista tale modalità di erogazione e con l'applicazione delle condizioni indicate nelle rispettive garanzie di polizza. L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

C.1.6 PAGAMENTO DEL SINISTRO

La Società provvede al pagamento del sinistro entro 30 giorni da quello in cui è stato determinato l'importo previo accordo tra la Società e l'Assicurato, o da quello in cui è stato redatto il verbale delle operazioni arbitrali ai sensi dell'articolo "Controversie e Arbitrato Irrituale", a condizione che non si evidenzino casi previsti dalle esclusioni del contratto e previa presentazione alla Società di tutti i documenti dalla stessa richiesti, indicati agli articoli "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e al punto "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

C.1.7 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

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

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

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

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

1. **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e valutate nel corso del mese;
2. **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.

C.2 INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS 41/2018

Il 1 luglio 2020 sono entrate in vigore le nuove disposizioni del Regolamento dell'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni n. 41/2018 (di seguito, il "Regolamento") in materia di home insurance. In particolare, l'home insurance mira a semplificare e velocizzare il rapporto con l'impresa di assicurazione attraverso una più efficace gestione dei rapporti contrattuali assicurativi anche in via telematica.

La Compagnia, da sempre attenta alla tutela della propria clientela, condividendo le finalità del Provvedimento, ha attivato un'"Area Regolamento IVASS 41/2018" accessibile dal sito internet, alla quale ciascun Cliente potrà accedere. Si segnala che la predetta area sarà differente dall' "AREA SERVIZI CLIENTI" già presente e attiva da tempo sulla home page della Compagnia.

Al riguardo si precisa che, secondo quanto previsto dal Provvedimento, sarà possibile accedere all'area IVASS richiedendo le credenziali di accesso all'area riservata direttamente sul sito internet della Compagnia. Successivamente al primo accesso, la Compagnia fornirà le credenziali personali, che consentiranno di consultare le coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali, lo stato dei pagamenti e le relative scadenze.

C.3 INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

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

Recapito telefonico +39 051 6386111 - fax +39 051 320961 – sito internet www.unisalute.it – indirizzo di posta elettronica unisalute@pec.unipol.it o info@unisalute.it.

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

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2020, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 205,22 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 84,91 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unisalute.it, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2020, è pari ad € 84,77 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 30,86 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 185,56 milioni e ad € 176,03 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2020, pari a 2,19 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.



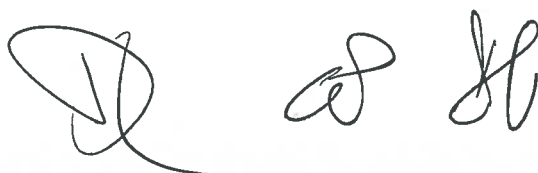
ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

ADDOME (parete addominale)

- Laparotomia esplorativa per occlusione con resezione
- Laparotomia con sutura viscerale

CARDIOCHIRURGIA

- Correzione difetto del setto interatriale
- Correzione difetto del setto interventricolare senza ipertensione polmonare
- Valvulotomia singola o multipla per stenosi polmonare
- Mitralica
- Valvolare aortica
- Correzione di stenosi aortica sottovalvolare a diaframma
- Sostituzione valvola singola: aortica-mitralica-tricuspidale
- Anuloplastica valvola singola
- By-pass aorto-coronarico singolo
- Embolectomia della polmonare
- Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
- Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
- Correzione impianto anomalo coronarie
- Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica
- Correzione canale atrioventricolare completo
- Finestra aorto-polmonare
- Correzione di ventricolo unico
- Correzione di ventricolo destro a doppia uscita
- Correzione di "truncus arteriosus"
- Correzione di coartazioni aortiche di tipo fetale
- Correzione di coartazioni aortiche multiple o molto estese
- Correzione di stenosi aortiche infundibulari
- Correzione di stenosi aortiche sopravalvolari
- Correzione di trilogia di Fallot
- Correzione di tetralogia di Fallot
- Correzione di atresia della tricuspide
- Correzione di pervietà interventricolare ipertesa
- Correzione di pervietà interventricolare con "debanding"
- Correzione di pervietà interventricolare con insufficienza aortica
- Sostituzioni valvolari multiple
- By-pass aorto-coronarici multipli
- Sostituzioni valvolari con by-pass aorto-coronarico
- Aneurismi aorta toracica
- Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass' circolatorio
- Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto
- Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici
- Asportazione di tumori intercardiaci
- Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso
- Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale



CHIRURGIA PEDIATRICA

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Atresia congenita dell'esofago
- Fistola congenita dell'esofago
- Trattamento chirurgico per ipertensione portale nel bambino
- Occlusione intestinale del neonato: atresie con necessità di anastomosi
- Ileo meconiale: resezione secondo Mickulicz
- Ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale
- Mega uretere: resezione con reimpianto
- Mega uretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Mega colon: resezione anteriore
- Mega colon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson

CHIRURGIA VASCOLARE

- Operazioni sulla aorta toracica e sulla aorta addominale

COLLO

- Gozzo retro sternale con mediastinotomia
- Resezione dell'esofago cervicale
- Tiroidectomia allargata per neoplasia maligna

ESOFAGO

- Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico
- Interventi con esofagoplastica

FEGATO

- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi
- Resezioni epatiche
- Derivazioni biliodigestive
- Interventi sulla papilla di Water
- Reinterventi sulle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
- Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
- Vulvectomy allargata con linfadenectomia
- Intervento radicale per carcinoma ovarico

INTERVENTI SUL MEDIASTINO

- Interventi per tumori

INTERVENTI SUL POLMONE

- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococco
- Resezioni segm. e lobectomia
- Pneumectomia
- Tumori della trachea

INTESTINO

- Colectomie parziali
- Colectomia totale

NERVI PERIFERICI



- Interventi sul plesso brachiale

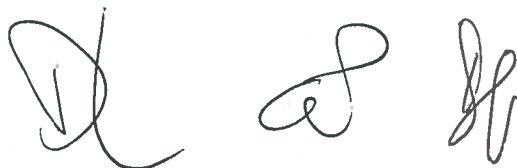
NEUROCHIRURGIA

- Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche
- Intervento per encefalo meningocele
- Intervento per craniostenosi
- Interventi per traumi cranio cerebrali
- Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)
- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale
- Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale
- Rizotomia chirurgica e microdecompressione endocranica dei nervi cranici
- Anastomosi endocranica dei nervi cranici
- Intervento sulla ipofisi per via tran sfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc.)
- Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari,
 - aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose}
- Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari intracraniche
- Psicochirurgia
- Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica
- Intervento per epilessia focale e callosotomia
- Emisferectomia
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale per via posteriore
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici
- Correzione c/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- Endarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario
- Asportazione di processi espansivi del rachide extra intradurali extramidollari
- Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, ecc.)
- Interventi per traumi vertebro midollari
- Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica
- Interventi per mielopatia cervicale o ernia del disco per via anteriore o posteriore
- Somatotomia vertebrale
- Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore
- Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica
- Asportazione di ernia del disco lombare
- Spondilolistesi
- Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningo-midollari (mielocele, mielomeningocele, ecc.)
- Cordotomia e mielotomia percutanea

OCULISTICA

- Odontocheratoprotesi

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



- Osteosintesi diafisi femorale ed epifisi dorsale
- Osteosintesi di omero
- Interventi per costola cervicale
- Scapulopessi
- Trapianti ossei o protesi diafisarie
- Trattamento delle dimetrie e delle deviazioni degli arti con impianti esterni
- Biopsia trans-peduncolare dei somi vertebrali
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezioni del sacro
- Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari
- Laminectomia decompressiva per neoplasie (senza sintesi)
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto
- Resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom-made"
- Resezioni del radio distale con trapianto articolare perone-proradio
- Emipelvectomia
- Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- Resezioni del femore prossimale artrodiafisaria e sostituzione con protesi (cementate o no, modulari o no)
- Resezioni artrodiafisarie del ginocchio: artrodesizzanti (trapianto o cemento più infibulo femore- tibiale)
- Resezioni artrodiafisarie del ginocchio: sostituzioni con protesi modulari o "custom-made"
- Ricostruzione dei legamenti articolati
- Artroprotesi di anca
- Protesi totale di displasia di anca
- Intervento di rimozione di protesi di anca
- Intervento di rimozione e reimpianto di protesi di anca
- Artroprotesi di ginocchio
- Protesi cefalica di spalla
- Vertebrotonomia
- Discectomia per via anteriore per ernia cervicale
- Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
- Uncoforaminotomia
- Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- Osteosintesi vertebrale
- Pulizia focolai osteici
- Artrodesi per via anteriore
- Interventi per via posteriore: senza impianti
- Interventi per via posteriore: con impianti
- Interventi per via anteriore: senza impianti
- Interventi per via anteriore: con impianti

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

PANCREAS

The image shows three handwritten signatures in black ink. The first signature on the left is a large, stylized cursive mark. The second and third signatures are smaller and more compact, also in cursive.

- Interventi per pancreatite acuta
- Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
- Interventi per pancreatite cronica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

PERITONEO

- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale

RETTO E ANO

- Interventi per neoplasie del retto-ano
- Se per via addominoperineale
- Operazione per megacolon
- Proctocolectomia totale

STOMACO - DUODENO

- Resezione gastrica
- Gastrectomia totale
- Gastrectomia se allargata
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Sutura di perforazioni gastriche ed intestinali non traumatiche
- Mega-esofago ed esofagite da reflusso
- Cardioplastica

TRAPIANTI

- Tutti, esclusi i trapianti di cornea

UROLOGIA

- ESWL (litotrixxia extracorporea con onde d'urto)
- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- Resezione renale con clampaggio vascolare
- Nefroureterectomia totale
- Surrenalectomia
- Ileo bladder
- Cistoprostatovescicolectomia con ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale
- Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
- Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileouretroanastomosi
- Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
- Prostatectomia radicale extraponeurotica nerve sparing
- Linfadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolare

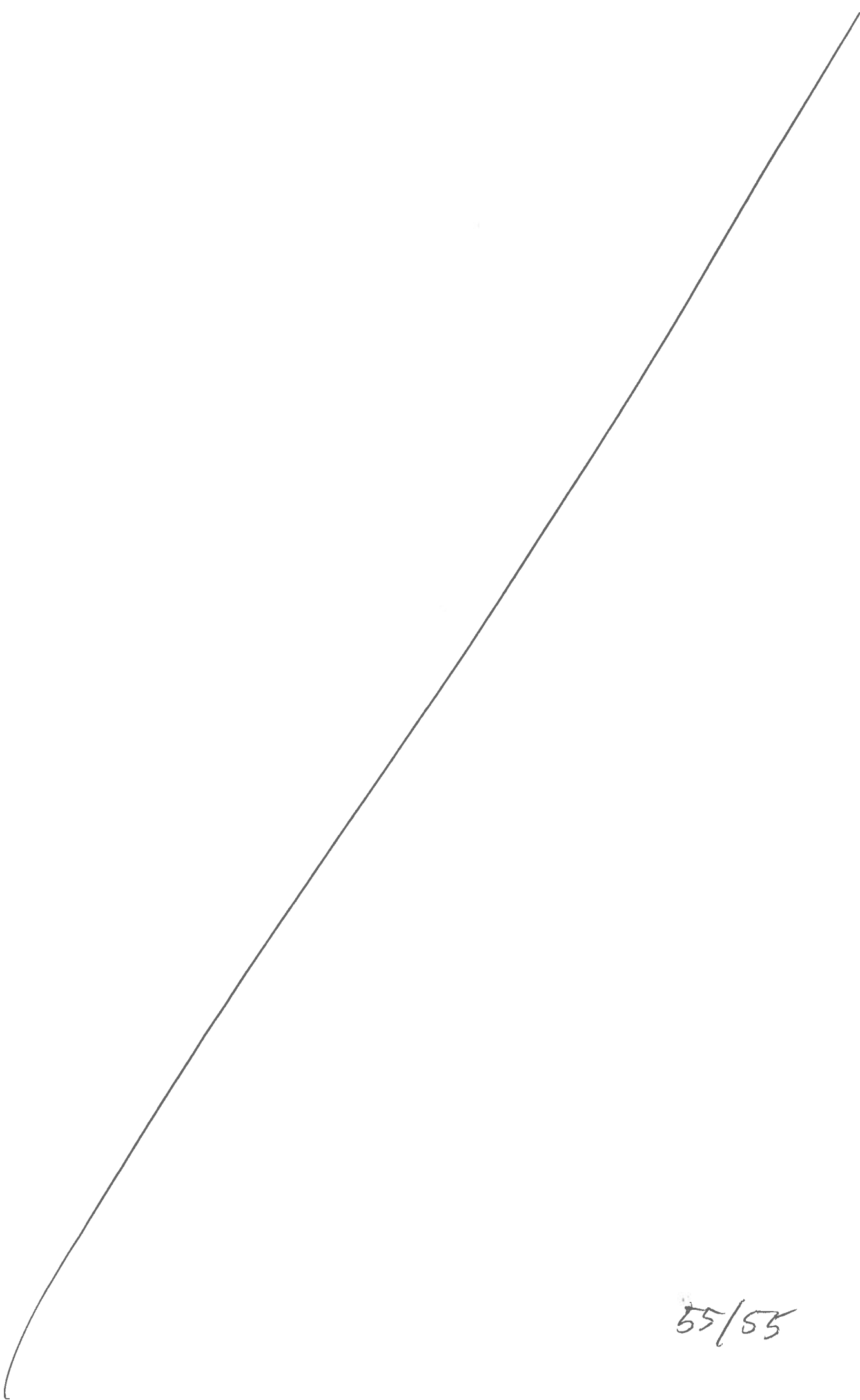
Roma li 03/12/2021

PER UNISALUTE

[Handwritten signature]

Per il CdA Fasi Rai
Il Presidente
Davide LUCIA

[Handwritten signature]



55/55