

Guida al Piano sanitario

POLITECNICO DI TORINO

Edizione ottobre 2023

CassaSalutePiù

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

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

www.unisalute.it

24h su 24, 365 giorni l'anno

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

Numero Verde

800-009915

dall'estero: prefisso per l'Italia

+ 051.63.89.046

orari:

8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

I servizi UniSalute sempre con te!

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

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

CassaSalutePiù

1. SOMMARIO

1.	SOMMARIO	3
2.	BENVENUTO	5
3.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	5
3.1.	Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	5
3.2.	Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	6
3.3.	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	8
4.	SERVIZI ONLINE E MOBILE	8
4.1.	Il sito di UniSalute	8
4.1.1.	Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi online nell'Area clienti?	9
4.1.2.	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	9
4.1.3.	Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	10
4.1.4.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	10
4.1.5.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	11
4.1.6.	Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario?	11
4.1.7.	Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?	11
4.1.8.	Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?	12
4.1.9.	Come posso ottenere pareri medici?	12
4.2.	L'app di UniSalute	12
4.2.1.	Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	13
4.2.2.	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	13
4.2.3.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	14
4.2.4.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	14
5.	LE PERSONE ASSICURATE	15
6.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	15
6.1.	Ricovero in istituto di cura	16
6.1.1.	Ricovero in istituto di cura che comporti intervento chirurgico	16
6.1.2.	Ricovero in istituto di cura che non comporti intervento chirurgico	18
6.1.3.	Trasporto sanitario	19
6.1.4.	Day-hospital.....	20
6.1.5.	Intervento chirurgico ambulatoriale	20
6.1.6.	Trapianti	20
6.1.7.	Parto	21
6.1.7.1.	Parto cesareo.....	21
6.1.7.2.	Parto non cesareo.....	21
6.1.8.	Interventi chirurgici finalizzati alla correzione della miopia	22
6.1.9.	Rimpatrio della salma	22
6.1.10.	Indennità sostitutiva	22
6.1.11.	Il massimale annuo dell'area ricovero	23
6.2.	Spese extra-ospedaliere	23
6.3.	Cure domiciliari ed ambulatoriali.....	24
6.3.1.	Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e video consulto	25
6.3.2.	Trattamenti fisioterapici e rieducativi.....	26
6.3.3.	Medicinali	27
6.3.4.	Assistenza infermieristica domiciliare	28
6.4.	Malattie oncologiche	28
6.5.	Protesi ortopediche e acustiche.....	29

6.6.	Lenti e occhiali	29
6.7.	Cure dentarie da infortunio	29
6.8.	Prestazioni odontoiatriche particolari	30
6.9.	Medicina preventiva	31
6.10.	Stati di non autosufficienza consolidata/permanente	32
6.10.1.	Oggetto della garanzia	32
6.10.2.	Persone in garanzia	33
6.10.3.	Condizioni di assicurabilità	33
6.10.4.	Somma garantita	33
6.10.5.	Definizione dello stato di non autosufficienza	34
6.10.6.	Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi di assistenza	34
6.10.6.1.	Erogazione diretta della prestazione di assistenza	35
6.10.6.2.	Richiesta di rimborso spese	35
6.10.7.	Rischi esclusi	36
6.10.8.	Riconoscimento dello stato di non autosufficienza	36
6.10.9.	Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza	38
6.11.	Servizi di consulenza	39
7.	CONTRIBUTI	40
8.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	40
9.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	42
9.1.	Decorrenza e durata dell'assicurazione	42
9.2.	Inclusioni/esclusioni	42
9.3.	Validità territoriale	44
9.4.	Limiti di età	44
9.5.	Estensioni di garanzia	44
9.6.	Gestione dei documenti di spesa	45
9.7.	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	45
9.8.	Foro Competente	45
9.9.	Reclami	46
9.10.	INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS 41/2018	48
9.11.	INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	49

2. **BENVENUTO**

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

I servizi online offerti da UniSalute

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

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

3. **COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO**

3.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute

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

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

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

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



Prenotazione veloce

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

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

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

Importante

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

3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute

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

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



Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a Internet invia copia della documentazione esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere) a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138

Bologna BO.

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

- il **modulo di richiesta rimborso** compilato e sottoscritto, che si trova allegato alla Guida oppure sul sito www.unisalute.it;
- in caso di **ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di **intervento chirurgico ambulatoriale**, copia completa della documentazione clinica;
- in caso di **indennità giornaliera per ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale.

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

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

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

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

3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

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



Richiesta rimborso online

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

In alternativa, invia a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO, la documentazione necessaria, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere).

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

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

4.1. Il sito di UniSalute

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

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

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

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

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

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

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

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

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?

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

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

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

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

In base alle tue esigenze puoi:

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



Prenotazione veloce

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

4.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

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

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



Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

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

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

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



Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a internet, utilizza il modulo di rimborso allegato alla Guida e invialo insieme a copia di tutta la documentazione richiesta a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138**

Bologna BO, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere).

Per quanto riguarda il rimborso delle eventuali spese relative alla garanzia di NON autosufficienza Permanente, si rimanda al relativo articolo “Riconoscimento dello stato di non autosufficienza”.

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

Entra nell’Area clienti e **accedi alla sezione “Estratto conto”**.

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

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

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

4.1.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario?

Entra nell’Area clienti e **accedi alla sezione “Polizze”**.

Trovi i documenti relativi al tuo Piano sanitario e l’eventuale modulistica, incluso il modulo che attesta la validità della tua copertura sanitaria anche all’estero.

4.1.7. Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?

Accedi all’Area clienti e **accedi alla sezione “Strutture”**.

Puoi visualizzare le strutture sanitarie convenzionate per il tuo specifico Piano sanitario.

4.1.8. Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?

Accedi all'Area clienti e accedi alla sezione "Strutture".

Puoi visualizzare le strutture sanitarie convenzionate per il tuo specifico Piano sanitario.

4.1.9. Come posso ottenere pareri medici?

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

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

4.2. L'app di UniSalute

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

- **prenotare visite ed esami** presso le strutture sanitarie convenzionate: puoi chiedere a UniSalute di prenotare per conto tuo oppure, grazie alla nuova funzione, puoi prenotare in autonomia la prestazione che ti serve;
- **visualizzare l'agenda con i prossimi appuntamenti** per visite ed esami, modificarli o disdirli;
- **chiedere il rimborso delle spese** per le prestazioni caricando semplicemente la foto della tua fattura e dei documenti richiesti per il rimborso;
- **consultare l'estratto conto** per verificare lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso. È possibile anche integrare la documentazione con i documenti mancanti se richiesto da UniSalute;

- **ricevere notifiche in tempo reale** con gli aggiornamenti sugli appuntamenti e sulle richieste di rimborso;
- **accedere alla sezione Per Te** per scoprire per leggere le news e gli articoli del Blog InSalute.

4.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

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

Una volta scaricata puoi registrarti in pochi semplici passi.

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

UniSalute PER TE

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

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

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

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

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

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

Tieni monitorati tutti i tuoi appuntamenti!

Nella sezione APPUNTAMENTI puoi visualizzare l'agenda con i tuoi prossimi appuntamenti per le prestazioni sanitarie prenotate. Potrai modificarli o disdirli direttamente da qui!

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

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

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

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

Nell'omonima sezione puoi consultare l'estratto conto per verificare lo stato di lavorazione delle tue richieste di rimborso. È possibile infatti visualizzare lo stato dei sinistri pagati, non liquidabili o in fase di lavorazione e consultare tutti i documenti inviati.

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

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

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

Integra la documentazione mancante

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

5. LE PERSONE ASSICURATE

Il Piano sanitario è operante per il Personale Tecnico Amministrativo del Politecnico di Torino.

È data facoltà al Dipendente di estendere la copertura sanitaria al proprio Nucleo familiare, inteso coniuge o convivente “more uxorio” ed i figli conviventi o non conviventi purché fiscalmente a carico o nei cui confronti vi sia l'obbligo del mantenimento, con costo a proprio carico.

È altresì riconosciuta la facoltà al Personale Docente di aderire al Piano Sanitario con costi a proprio carico.

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio per le seguenti coperture:

- ricovero in Istituto di cura;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- parto;
- prestazioni extra-ospedaliere;
- visite specialistiche, accertamenti diagnostici e video consulti;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- medicinali;
- assistenza infermieristica domiciliare;
- malattie oncologiche;
- protesi ortopediche ed acustiche;
- lenti e occhiali;
- cure dentarie da infortunio;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- medicina preventiva;
- stati di non autosufficienza consolidata/permanente;
- servizi di consulenza.

6.1. Ricovero in istituto di cura

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

6.1.1. Ricovero in istituto di cura che comporti intervento chirurgico

Pre-ricovero	Spese sostenute per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei Medici) effettuati nei 120 giorni precedenti e relativi all'intervento stesso.
Intervento chirurgico	Onorari del Chirurgo, dell'Aiuto, dell'Assistente, dell'Anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico; i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento.
Assistenza medica, medicinali, cure	Assistenza medica e infermieristica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, cure omeopatiche e esami e accertamenti diagnostici durante il periodo del ricovero per l'intervento chirurgico.
Rette di degenza	Rette di degenza.
Accompagnatore	Vitto e pernottamento in Istituto di cura di un accompagnatore dell'Assicurato fino alla concorrenza di € 36,00 giornaliero e con il limite massimo di € 775,00 per ciascun anno assicurativo. In caso di indisponibilità del pernottamento presso l'Istituto di Cura saranno rimborsate (nei limiti previsti) le spese per vitto e pernottamento

	dell'accompagnatore presso strutture alberghiere previa dichiarazione del medico attestante la necessità dell'assistenza al malato e dichiarazione di indisponibilità del pernottamento da parte dell'Istituto di Cura.
Post-ricovero	Spese rese necessarie dall'intervento e sostenute dopo la cessazione del ricovero per: esami, acquisto di medicinali e prodotti omeopatici, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), effettuate nei 120 giorni successivi al ricovero.

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

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 700,00**, che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione.

➔ Nel caso di ***intervento chirurgico ambulatoriale*** il minimo non indennizzabile viene ridotto a **€ 350,00**, fermo il resto.

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

Le prestazioni vengono rimborsate nella misura dell'**85%** con il minimo non indennizzabile di **€ 1.050,00**, ad eccezione della garanzia "Accompagnatore" che prevede specifici limiti.

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

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

- Si specifica che le spese “Pre-ricovero” e “Post-ricovero” sono assoggettate ad un sottolimito di **€ 5.000,00** per ricovero, con applicazione di uno scoperto del **15%** con il minimo non indennizzabile di **€ 35,00** per prestazione.

6.1.2. Ricovero in istituto di cura che non comporti intervento chirurgico

Pre-ricovero	Spese sostenute per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei Medici) effettuati nei 120 giorni precedenti e relativi al ricovero stesso.
Assistenza medica, medicinali, cure	Assistenza medica e infermieristica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, cure omeopatiche e esami e accertamenti diagnostici durante il periodo del ricovero.
Accompagnatore	Vitto e pernottamento in Istituto di cura di un accompagnatore dell'Assicurato fino alla concorrenza di € 36,00 giornaliero e con il limite massimo di € 775,00 per ciascun anno assicurativo. In caso di indisponibilità del pernottamento presso l'Istituto di Cura saranno rimborsate (nei limiti previsti) le spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore presso strutture alberghiere previa dichiarazione del medico attestante la necessità dell'assistenza al malato e dichiarazione di indisponibilità del pernottamento da parte dell'Istituto di Cura.
Post-ricovero	Spese rese necessarie dal ricovero e sostenute dopo la cessazione del ricovero per: esami, acquisto di medicinali e prodotti omeopatici, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse le spese di

	natura alberghiera), effettuate nei 120 giorni successivi al ricovero.
--	---

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

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 300,00**, che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione.

➔ Nel caso di *day hospital medico* il minimo non indennizzabile viene ridotto a **€ 160,00**, fermo il resto.

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

Le prestazioni vengono rimborsate nella misura dell'**85%** con il minimo non indennizzabile di **€ 480,00**, ad eccezione della garanzia "Accompagnatore" che prevede specifici limiti.

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

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

➤ Si specifica che le spese "Pre-ricovero" e "Post-ricovero" sono assoggettate ad un sottolimito di **€ 5.000,00** per ricovero, con applicazione di uno scoperto del **15%** con il minimo non indennizzabile di **€ 35,00** per prestazione.

6.1.3. Trasporto sanitario

Il Piano sanitario rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile, treno o con aereo all'Istituto di cura, e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 2.600,00**

per ricovero.

6.1.4. Day-hospital

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

Day-hospital senza intervento chirurgico: Nel caso di day-hospital (degenze diurne in Istituto di cura che non prevedono il pernottamento nella struttura sanitaria) senza intervento chirurgico, il Piano sanitario prevede un sottolimito annuo di **€ 7.750,00**. Sono comunque escluse le prestazioni relative alle “cure termali”.

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

6.1.5. Intervento chirurgico ambulatoriale

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

6.1.6. Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Piano sanitario liquida le spese previste al paragrafo “Ricovero in Istituto di cura” 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.

Sono comprese le prestazioni sanitarie fuori ricovero rese necessarie da trapianti di organi o parti di esse effettuate nei **180** giorni prima e

dopo il ricovero.

Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

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

6.1.7. Parto

6.1.7.1. Parto cesareo

In caso di parto cesareo, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al paragrafo “Ricovero in Istituto di cura che comporti intervento chirurgico” punti “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Retta di degenza” anche per il neonato, con i relativi limiti indicati.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di **€ 10.000,00** per evento in strutture convenzionate. In caso di utilizzo di strutture non convenzionate il rimborso delle spese verrà effettuato con applicazione di uno scoperto del **15%** con il minimo non indennizzabile di **€ 1.000,00** per evento.

In caso di utilizzo di strutture convenzionate con UniSalute verranno applicate i limiti previsti dall’art. “Ricovero in istituto di cura che comporti intervento chirurgico”.

6.1.7.2. Parto non cesareo

In caso di parto non cesareo, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al paragrafo “Ricovero in Istituto di cura che non comporti intervento chirurgico” punto “Assistenza medica, medicinali, cure”, anche per il neonato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di **€ 2.100,00** per evento, in strutture convenzionate. In caso di utilizzo di strutture non

convenzionate il rimborso delle spese verrà effettuato con applicazione di uno scoperto del **15%** con il minimo non indennizzabile di **€ 1.000,00** per evento.

In caso di utilizzo di strutture convenzionate con UniSalute verranno applicate i limiti previsti dall'art. "Ricovero in istituto di cura che non comporti intervento chirurgico".

6.1.8. Interventi chirurgici finalizzati alla correzione della miopia

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese relative agli interventi chirurgici finalizzati alla correzione della miopia (con metodica LASER ad eccimeri, PRK e/o LASIK).

La garanzia s'intende prestata fino ad un massimo di **€ 2.500,00** per occhio (€ 5.000,00 di massimale complessivo per entrambi gli occhi), per anno assicurativo e per nucleo familiare. Per prestazioni effettuate in strutture non convenzionate il rimborso delle spese avverrà con applicazione di uno scoperto del **15%** con il massimo di **€ 4.000,00** per evento.

6.1.9. Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero avvenuto nell'ambito di eventi indennizzabili ai sensi di polizza, il Piano sanitario rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di **€ 775,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

6.1.10. Indennità sostitutiva

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso a UniSalute, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **€ 50,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **90** giorni per ricovero.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere l'importo di cui

sopra per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

6.1.11. Il massimale annuo dell'area ricovero

Con massimale annuo si intende una cifra oltre la quale il Piano sanitario o una sua parte non possono rimborsare. Il Piano sanitario prevede quindi un massimale annuo che ammonta a € **75.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di vedersi liquidati o rimborsati ulteriori importi.

6.2. Spese extra-ospedaliere

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni sanitarie specialistiche:

- chemioterapia,
- radioterapia,
- cobaltoterapia,
- dialisi,
- doppler,
- elettrocardiografia,
- elettroencefalografia,
- laserterapia,
- risonanza magnetica nucleare,
- scintigrafia,
- TAC,
- telecuore,
- diagnostica radiologica,
- ecografia,
- amniocentesi,
- tecarterapia,
- onde d'urto,
- PET,
- tutti gli esami endoscopici con e senza biopsia,
- agoaspirato,
- pre-natalsafe/harmonytest/villocentesi (per donne >35anni).

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

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 24,00** per prestazione, che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **75%** con il minimo non indennizzabile di **€ 32,00** per prestazione. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

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

**Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia
è di € 5.000,00 per nucleo familiare.**

6.3. Cure domiciliari ed ambulatoriali

**Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia
è di € 50.000,00 per nucleo familiare
(con un sottolimito di € 350,00 per i medicinali)**

6.3.1. Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e video consulto

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche, anche nella modalità di video consulto, e accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. 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.

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

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 21,00** per ogni prestazione o accertamento diagnostico, che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **75%** con il minimo non indennizzabile di **€ 35,00** per ogni prestazione o accertamento diagnostico. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

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

6.3.2. Trattamenti fisioterapici e rieducativi

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, esclusivamente a fini riabilitativi e rieducativi, in presenza, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata

e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

La presente garanzia è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati.

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 21,00 per ogni ciclo di terapia, che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

Si considerano in garanzia altresì le spese per il noleggio di apparecchiature per trattamenti fisioterapici.

In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 75% con il minimo non indennizzabile di € 35,00 per ogni ciclo di cura. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

6.3.3. Medicinali

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per medicinali da banco, prodotti omeopatici e galenici purché prescritti dal Medico di Medicina Generale (su ricetta bianca o rossa/elettronica a seconda che il farmaco sia o non sia riconosciuto dal SSR), con l'esclusione di quelli relativi a fini estetici e dell'igiene personale.

Relativamente ai prodotti non ben identificati, nella prescrizione fatta dal Medico di Medicina Generale o dal Medico Specialista, dovrà essere precisato che non sono a fine estetico e/o per l'igiene; a tale scopo l'Assicurato dovrà presentare congiuntamente:

a) la ricetta medica in originale o in copia riportante il nominativo dell'Assicurato e la diagnosi;

b) lo scontrino farmaceutico fiscale con l'indicazione del nome del farmaco acquistato e lo scontrino non fiscale, qualora il dettaglio dei farmaci acquistati non fosse presente sul precedente.

Qualora il dettaglio dei farmaci acquistati non fosse presente su alcuna tipologia di scontrino, ai fini del rimborso, sarà comunque valida l'indicazione sulla ricetta del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale. I medicinali sono rimborsati al 100%.

6.3.4. Assistenza infermieristica domiciliare

Il Piano sanitario rimborsa le spese di assistenza infermieristica domiciliare prescritta dal Medico curante nel limite di € 36,00 al giorno.

6.4. Malattie oncologiche

Nei casi di malattie oncologiche il Piano sanitario liquida le spese Ospedaliere Ambulatoriali e di Day Hospital, ed Extraospedaliere relative a chemioterapia, cobaltoterapia, terapie radianti e laser.

Si intendono inclusi in garanzia le visite mediche, gli accertamenti diagnostici conseguenti alla diagnosi di una malattia oncologica, che non rientrano nelle prestazioni "Post-ricovero".

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

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

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

Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

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

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

**Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia
è di € 10.000,00 per nucleo familiare.**

6.5. Protesi ortopediche e acustiche

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

**Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia
è di € 1.200,00 per nucleo familiare.**

6.6. Lenti e occhiali

Il Piano sanitario provvede al rimborso delle spese per l'acquisto di lenti ed occhiali da vista (comprese le lenti a contatto) nella misura dell'**80%**, a seguito di modifica del visus.

Si specifica che il rimborso sarà ammesso relativamente ad uno solo paio di occhiali per ogni vizio di rifrazione accertato.

**Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia
è di € 350,00 per persona.**

6.7. 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.

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

Le spese vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del **15%** che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **20%** con il minimo non indennizzabile di **€ 100,00** per fattura/persona. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la documentazione come descritto sopra.

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

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la documentazione come descritto sopra.

**Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia
è di € 300,00 per nucleo familiare.**

6.8. Prestazioni odontoiatriche particolari

Il Piano sanitario prevede 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 Unisalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell’arco dello stesso anno assicurativo, il Piano sanitario 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 vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime senza applicazione di alcun importo a carico dell’Assicurato.

6.9. Medicina preventiva

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

Per le donne:

- Esami del sangue:
emocromo con forma leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia e VES
- Urine: esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Esame mammografico
- Pap-test
- Elettrocardiogramma a riposo e da sforzo

Per gli uomini:

- Esami del sangue:
emocromo con forma leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia e VES
- Urine: esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Elettrocardiogramma a riposo e da sforzo
- Esame radiologico del torace

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l'applicazione di uno scoperto del **25%** con il minimo non indennizzabile di **€ 26,00** per ogni prestazione, che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione.

**Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia
è di € 700,00 per nucleo familiare.**

6.10. Stati di non autosufficienza consolidata/permanente

6.10.1. Oggetto della garanzia

Il Piano sanitario garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita all'Assicurato, quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza permanente come indicato al successivo articolo

“Definizione dello stato di non autosufficienza”.

6.10.2. Persone in garanzia

La garanzia è valida per tutti gli Assicurati, che rispondono ai criteri di accettazione medica esposti all’articolo “Condizioni di Assicurabilità”.

6.10.3. Condizioni di assicurabilità

Ai fini dell’operatività del Piano sanitario, le persone in garanzia, alla data di inclusione, non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

1. Avere attualmente bisogno dell’aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi.
2. Essere stati o essere affetti da situazioni patologiche determinanti un’invalidità civile permanente superiore al 25%.
3. Presentare malattie, postumi di malattie o di infortuni precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.
4. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson, dalla sclerosi a placche o da diabete non controllato o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l’assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente).

6.10.4. Somma garantita

La somma garantita nel caso in cui l’Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo “Definizione dello stato di non autosufficienza” corrisponde a **€ 6.500,00** all’anno; tale somma potrà essere corrisposta anche con un versamento mensile massimo pari a **€ 541,67**.

Il suddetto importo verrà corrisposto per una durata massima di 3 anni dall’entrata dell’Assicurato in stato di LTC permanente.

6.10.5. Definizione dello stato di non autosufficienza

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

- soddisfare la propria igiene personale (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale),
- nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile),
- spostarsi (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale,
- anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio),
- vestirsi (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali), e necessari in modo costante:
 - o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
 - di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza.

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato che sia affetto da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer, accertata da un referto medico redatto successivamente all'esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein) e necessari in modo costante:

- di un soggiorno in ospedale psichiatrico riconosciuto dal Servizio Sanitario Nazionale;
- dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio.

6.10.6. Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi di assistenza

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma garantita:

- entro i limiti previsti all'articolo "Somma garantita".

La prestazione concordata potrà essere erogata anche nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi articoli:

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

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

6.10.6.1. Erogazione diretta della prestazione di assistenza

Qualora l'Assicurato richieda l'erogazione diretta delle prestazioni di assistenza avvalendosi quindi di una struttura sanitaria convenzionata con la Società, la stessa provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

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 coperture del Piano sanitario, eccedenti la somma garantita o non autorizzate dalla Società.

6.10.6.2. Richiesta di rimborso spese

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- la copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero;
- ovvero
- i certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra-ricovero.

Dovrà inoltre allegare le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di

assistenza sanitaria, o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro.

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

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

6.10.7. Rischi esclusi

Sono escluse dalla garanzia le conseguenze:

- a) di fatti volontari o intenzionali dell'Assicurato, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti non ordinati dal medico;
- b) di alcolismo acuto o cronico;
- c) di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- d) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- e) di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, le immersioni subacquee, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno.

6.10.8. Riconoscimento dello stato di non autosufficienza

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi del punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito

familiare, dovrà contattare la Società e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato.

Il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, indirizzato a: UniSalute S.p.A. - Servizi di Liquidazione - Via Larga, 8 - 40138 Bologna.

Si consiglia ai Gentili Assicurati di inviare la documentazione a mezzo raccomandata AR per rendere tracciabile l'invio della documentazione stessa.

Il fascicolo dovrà contenere un certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la data della sua sopravvenienza. Dovrà inoltre precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni.

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

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

In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto, dovrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto

“Definizione dello stato di non autosufficienza”, se l’Assicurato è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d’ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto dovrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell’Assicurato, dovrà essere inviata alla Società. Quest’ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

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

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

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato dalla Società quando:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall’ultima valutazione;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l’aggravarsi dello stato di salute dell’Assicurato intervenuti dopo l’ultima richiesta di valutazione;
- il Piano sanitario sia ancora in vigore.

6.10.9. Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

La Società si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell’Assicurato, a

controlli presso l'Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato. In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma garantita potrà essere sospeso dalla data della richiesta della Società.

6.11. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-009915** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

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

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

c) Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato

necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

7. CONTRIBUTI

I contributi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, da versare alla Cassa sanitaria, corrispondono ai seguenti importi:

	CONTRIBUTO PRO-CAPITE
a) Personale Tecnico Amministrativo	a carico Ateneo
b) Personale Docente	€ 1.000,00
c) Estensione al nucleo familiare (come definiti all'art. "Le persone assicurate")	€ 800,00

Si precisa che l'ammontare massimo del contributo dovuto per l'estensione della garanzia al nucleo familiare non potrà essere superiore al triplo del contributo dovuto per il singolo componente, anche nel caso in cui il numero dei componenti il nucleo, oltre il Titolare, sia superiore a tre.

8. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

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

Il Piano sanitario non è operante per:

- la cura di malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario);

- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza; si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessari la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e dalle relative prove di allenamento;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla "fecondazione assistita" e/o "fecondazione / inseminazione artificiale".

Limitatamente alle prestazioni previste al punto "Cure dentarie da infortunio" l'assicurazione non è operante per:

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

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

9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

9.1. Decorrenza e durata dell'assicurazione

La polizza ha efficacia dal 30/11/2023 al 30/11/2025, salvo proroghe o rinnovi. Per quanto riguarda l'effetto e la scadenza della polizza per gli Assicurati che entrano/escono in corso d'anno, si rimanda a quanto stabilito all'art. "Inclusioni/Esclusioni".

9.2. Inclusioni/esclusioni

1) Inclusioni del nucleo familiare

Il nucleo familiare, come indicato nell'art. "Le persone assicurate", potrà essere incluso mediante pagamento del relativo contributo ed invio dell'apposito modulo entro 30 gg. dalla data di decorrenza del Piano sanitario; oltre detto termine potrà essere incluso esclusivamente il nucleo familiare di nuovi dipendenti salvo che la Società e il Contraente non si accordino per una riapertura del termine di adesione.

Nel caso di decadenza del diritto alla copertura dei componenti del nucleo familiare, la copertura nei loro confronti sarà operante fino alla scadenza annuale del Piano sanitario.

2) Inclusioni di familiari per variazione dello stato di famiglia

Salvo quanto previsto al precedente punto 1, l'inclusione di familiari rientranti nel nucleo familiare, come indicato nell'art. "Le persone assicurate", in un momento successivo alla decorrenza del Piano sanitario sarà consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza, nuove nascite o, per i figli, nel caso di sopravvenuta ricorrenza delle condizioni per il diritto alla copertura; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo secondo le modalità individuate sul modulo medesimo.

La copertura decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempre a condizione che questa venga comunicata entro 30 gg.; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla

Società.

Per le inclusioni avvenute nel corso del primo semestre è dovuto il 100% del contributo annuo; per le inclusioni avvenute nel corso del secondo semestre è dovuto il 60% del contributo annuo.

Entro 30 giorni dalla scadenza dell'annualità, in base alle variazioni intercorse e al criterio sopra esposto, si procederà alla regolazione contabile del contributo dovuto in via definitiva alla Società.

3) Nuove assunzioni

Nel caso di nuove assunzioni la copertura decorrerà dal giorno dell'assunzione da parte dell'Ateneo.

Qualora il neo-assunto intenda inserire il nucleo familiare, come indicato nell'art. "Le persone assicurate", dovrà effettuare l'inclusione nella garanzia entro 30 giorni da quello dell'assunzione; per l'annualità assicurativa in corso all'atto dell'assunzione l'inclusione del nucleo familiare non potrà essere effettuata in un momento successivo a quello sopraindicato.

Per le inclusioni avvenute nel corso del primo semestre è dovuto il 100% del contributo annuo; per le inclusioni avvenute nel corso del secondo semestre è dovuto il 60% del contributo annuo.

Entro 30 giorni dalla scadenza dell'annualità, in base alle variazioni intercorse e al criterio sopra esposto, si procederà alla regolazione contabile del contributo dovuto in via definitiva alla Società.

4) Dimissione o Licenziamento del dipendente

Nel caso di dimissione o licenziamento del dipendente la garanzia assicurativa dello stesso avrà termine alla scadenza annuale del Piano sanitario.

5) Decesso del dipendente

Nel caso di decesso del dipendente gli eventuali familiari assicurati saranno mantenuti in garanzia fino alla scadenza annuale del Piano sanitario.

9.3. Validità territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo. Prima di partire per la vacanza/trasferta, scarica il modulo che attesta la validità della tua garanzia sanitaria anche all'estero e contiene anche un riepilogo dei contatti utili in caso di necessità. Trovi il **Modulo estero** all'interno della tua **Area Clienti** sul sito UniSalute nella **sezione "Polizza"**.

Se ti trovi all'estero e hai bisogno di un ricovero, devi contattare il più presto possibile la Centrale Operativa per avere l'autorizzazione ad effettuare la prestazione e farti indicare la struttura sanitaria convenzionata a te più vicina.

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

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

9.4. Limiti di età

Il Piano sanitario non prevede alcun limite di età per i dipendenti. Per i familiari è previsto un limite di età di **80** anni per il coniuge o convivente "more uxorio" e di **30** anni per i figli.

9.5. Estensioni di garanzia

Sono incluse nel Piano sanitario:

- le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del Piano sanitario nonché le malattie croniche e recidivanti;
- gli interventi e le cure per l'eliminazione o correzione di difetti fisici* o malformazioni** preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario.

* Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un

organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

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

9.6. Gestione dei documenti di spesa

A. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

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

B. Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

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

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

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

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

9.8. Foro Competente

Per le controversie concernenti l'esecuzione del contratto è esclusivamente competente il Foro di Torino.

9.9. 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, ovvero il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), 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.

I reclami relativi al comportamento dell'Agente, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'Agenzia di riferimento.

Per poter dare seguito alla richiesta nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) del contraente di polizza.

I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B (Broker) e D (Banche, Intermediari Finanziari ex art. 107 del TUB, SIM e Poste Italiane – Divisione servizi di banco posta) del Registro Unico Intermediari, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. Se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), il termine massimo di riscontro è di 60 giorni.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito

modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e della Società, contengono:

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

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

Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.

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 https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it 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 negoziazione 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.

9.10. 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.

9.11. 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 2022, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 241,1 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 102,2 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 2022, è pari ad € 95,90 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 27,18 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 214,69 milioni e ad € 210,85 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2022, pari a 2,24 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

