

Allegato 1

PIANO UNIFICATO

(Estratto garanzie)

INDICE

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	3
2. PERSONE ASSICURATE.....	4
3. RICOVERO	4
3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA	4
3.2 TRASPORTO	6
3.3 DAY-HOSPITAL	6
3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE.....	6
3.5 TRAPIANTI.....	6
3.6 PARTO E ABORTO	7
3.6.1 PARTO CESAREO	7
3.6.2 PARTO NON CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO	7
3.7 RIMPATRIO DELLA SALMA.....	7
3.8 INTERVENTI SPECIFICI.....	7
3.9 INTERVENTI CORRETTIVI DELLA MIopia (LASER)	8
3.10 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI.....	8
3.11 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI.....	9
3.12 INDENNITÀ SOSTITUTIVA	11
3.13 RICOVERO IMPROPRIО	11
3.14 ANTICIPAZIONE DEI RIMBORSI.....	12
3.15 REINTEGRO MASSIMALE	12
3.16 MASSIMALE ASSICURATO	12
4. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	12
4.1 ALTA SPECIALIZZAZIONE.....	12
4.2 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	14
4.3 MEDICINALI ANCHE OMEOPATICI.....	15
4.4 AGOPUNTURA	15
4.5 AMNIOCENTESI E VILLOCENTESI	15
4.6 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI	16
4.7 CURE DENTARIE DA INFORTUNIO	17
5. CURE ONCOLOGICHE	17
6. LENTI E OCCHIALI.....	18

7. PROTESI ORTOPEDICHE, ACUSTICHE E OCULARI, COMPRESI AUSILI MEDICI ORTOPEDICI...	18
8. TICKET PER PRONTO SOCCORSO.....	18
9. PSICOMOTRICITÀ.....	19
10. CURE DENTARIE /TICKET ODONTOIATRICI.....	19
11. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA PER ASSICURATI CON ETA' MINIMA 18 ANNI.....	20
11.1 OGGETTO DELLA GARANZIA.....	20
11.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ	20
11.3 SOMMA ASSICURATA.....	20
11.4 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	20
12. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE.....	21
13. DIAGNOSI COMPARATIVA.....	21
14. SINDROME METABOLICA (<i>garanzia operante per il solo titolare</i>).....	22
14.1 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI DI VALUTAZIONE DELLA SINDROME METABOLICA (<i>garanzia operante per il solo titolare</i>)	23
15. PREVENZIONE OBESITA' INFANTILE	23
16. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (<i>garanzia operante per il solo titolare</i>) DA CONFIRMARE PER IL 2026	24
17. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA.....	25
18. PREMIO.....	26

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- interventi chirurgici odontoiatrici;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- medicinali;
- agopuntura;
- amniocentesi e villocentesi;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi;
- cure dentarie a seguito di infortunio;
- cure oncologiche;
- lenti e occhiali;
- protesi ortopediche, acustiche e oculari, compresi ausili ortopedici;
- ticket per pronto soccorso;
- psicomotricità;
- cure dentarie/ticket odontoiatrici;
- stati di non autosufficienza temporanea per assicurati con età minima 18 anni;
- prestazioni a tariffe agevolate;
- diagnosi comparativa;
- sindrome metabolica (garanzia operante per il solo titolare);
- prevenzione obesità infantile;
- prestazioni diagnostiche particolari (garanzia operante per il solo titolare); **OPZIONALE**
- servizi di consulenza e assistenza.

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

L'assicurazione è prestata a favore:

- del Personale in servizio presso il Gruppo Banco BPM, iscritto alla cassa di Assistenza del Gruppo Banco Popolare, e s'intende valida durante il permanere del rapporto di lavoro e sino alla prima scadenza annuale dell'assicurazione anche se posteriore alla cessazione del rapporto stesso
- del Personale beneficiario del fondo di solidarietà del Banco BPM, iscritto alla Cassa Assistenza del Gruppo, e s'intende valida durante il permanere di tale rapporto e fino alla prima scadenza annuale dell'assicurazione anche se posteriore alla cessazione del rapporto stesso.

La copertura è estesa al coniuge fiscalmente a carico ed ai figli fiscalmente a carico (anche del coniuge) fino al limite di età previsto dal Decreto Legislativo n. 125 (attualmente 35 anni), anche non conviventi. La copertura è inoltre prestata a favore dei coniugi e dei figli superstiti già fiscalmente a carico del dipendente defunto in servizio.

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo premio a carico del dipendente:

- al coniuge non fiscalmente a carico o al convivente "more uxorio" (quest'ultimo purché risultante dallo stato di famiglia);
- ai figli fiscalmente a carico non rientranti nei privilegi di cui ai riferimenti di legge suindicati, nonché ai figli non fiscalmente a carico purché conviventi e risultanti dallo stato di famiglia;
- agli altri familiari purché conviventi risultanti dallo stato di famiglia;
- ai componenti del "nucleo allargato", intendendosi per tali i figli degli Iscritti che abbiano lasciato il nucleo originario per formare una nuova famiglia, compresi il nuovo coniuge ed eventuali figli.

Qualora, in caso di assegnazione a nuova sede di lavoro, il dipendente si trasferisca nella nuova sede senza l'intero nucleo familiare, la garanzia resterà comunque operante per le persone assicurate non trasferitesi.

Il coniuge, anche legalmente ed effettivamente separato, è sempre assicurabile, pur se con domicilio e/o residenza diversi dal dipendente assicurato; la copertura verrà meno nel caso in cui subentri situazione di cessazione degli effetti civili del matrimonio.

La garanzia assicurativa è valida per tutti gli Assicurati indipendentemente dalle condizioni fisiche degli stessi e senza compilazione del questionario anamnestico.

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

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

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

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche **effettuati nei 100 giorni (elevati a 180 in caso di trapianto) 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.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. **Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.**

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 € 360,00 al giorno.**

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 € 50,00 al giorno per un massimo di 100 giorni per ricovero.**

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel **limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 100 giorni per ricovero.**

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e **infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni (elevati a 180 in caso di trapianto) successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero;** i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. **Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.**

h) Test sierologici e/o tamponi molecolari

La Società, nell'ambito del precedente articolo a) "Pre-ricovero", prevede altresì la copertura delle spese relative all'esecuzione da parte delle strutture sanitarie convenzionate dei test sierologici e/o

dei tamponi molecolari richiesti nell'ambito del percorso preparatorio al ricovero sia in regime di assistenza diretta sia in regime indiretto (rimborsuale).

Alle già menzionate prestazioni saranno applicati i medesimi massimali, le medesime franchigie/minimi e/o scoperti applicabili alla garanzia principale (ricovero).

3.2 TRASPORTO

La Società rimborsa il trasporto dell'Assicurato presso un istituto di cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, con ambulanza se in Italia e in un raggio di 200 km, oppure con qualunque mezzo di trasporto se in Italia ma con un raggio superiore a 200 km o qualora l'Assicurato si trovi all'estero.

La garanzia è presentata nel limite massimo di € 1.500,00 per ricovero.

3.3 DAY-HOSPITAL

Nel caso di **Day Hospital con intervento chirurgico**, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti “Ricovero in Istituto di cura” (con esclusione delle prestazioni di cui alle lettere e) “Accompagnatore” ed f) “Assistenza infermieristica privata individuale”) e “Trasporto”, con i relativi limiti in essi indicati.

Nel caso di **Day Hospital senza intervento chirurgico**, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto “Ricovero in Istituto di cura” lett. a) “Pre-ricovero” c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) Rette di degenze”, con i relativi limiti in esse indicati.

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” lett. a) “Pre-ricovero”, b) “Intervento chirurgico, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, g) “Post-ricovero” e “Trasporto” con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 3.500,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare. Tale massimale non opera in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate.

Le spese di pre e post relative all'intervento ambulatoriale sono soggette a franchigia come previsto all'articolo “Modalità di erogazione delle prestazioni” lettere a) e b).

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” e “Trasporto” 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 PARTO E ABORTO

3.6.1 PARTO CESAREO

In caso di parto 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” lett. a) “Pre-ricovero”, b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Rette di degenza”, e) “Accompagnatore; g) “Post-ricovero”, e “Trasporto” con il relativo limite in esso indicato.**

La garanzia è prestata fino ad un **massimo di € 7.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare**, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, **ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto”**.

3.6.2 PARTO NON CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuati 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” lett. a) Pre-ricovero, b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Rette di degenza”, e) “Accompagnatore; g) “Post-ricovero”, e “Trasporto” con il relativo limite in esso indicato.**

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

3.7 RIMPATRIO DELLA SALMA

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

3.8 INTERVENTI SPECIFICI

Se indennizzabili a termini di polizza, per i seguenti interventi chirurgici effettuati **in regime di ricovero, di day hospital o in regime ambulatoriale**:

Prestazioni	Massimale
Colecistectomia	€ 6.300,00
Meniscectomia o legamenti crociati	€ 7.500,00
Rimozione mezzi di sintesi	€ 6.300,00
Intervento alla spalla	€ 6.300,00
Ernia inguinale	€ 4.500,00
Emorroidi	€ 4.500,00
Adenotonsillectomia	€ 4.500,00
Cataratta	€ 2.500,00

la Società provvede al rimborso delle spese per le prestazioni previste ai punti **“Ricovero in Istituto di cura” e “Trasporto” nell’ambito del massimale indicato per ogni singolo intervento.** Non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, **ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto”.**

Qualora l’Assicurato si rivolga a strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società e a medici con essa convenzionati, i massimali sopra indicati non si intendono operanti.

3.9 INTERVENTI CORRETTIVI DELLA MIOPIA (LASER)

In caso di Miopia, la Società rimborsa unicamente le spese per interventi di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser ad eccimeri, con il massimale di **€ 1.200,00 per occhio (per scoperti e franchigie vedi art. “Modalità di erogazione delle prestazioni”).**

3.10 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI

In deroga a quanto previsto all’art. “Esclusioni dall’assicurazione”, la Società liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle patologie elencate compresi gli interventi di implantologia dentale, purché anch’essi conseguenti alle seguenti patologie:

- osteiti dell’osso mascellare o mandibolare
- neoplasie dell’osso mascellare o mandibolare
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma

Vengono inoltre riconosciute le spese dentali rese necessarie da intervento chirurgico sul massiccio facciale nei bambini di età inferiore ai 10 anni.

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

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

- radiografie e referti radiologici per osteiti, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma;
- referti medici attestanti le neoplasie dell'osso mascellare o mandibolare.

Le spese sostenute vengono liquidate nei limiti e secondo le modalità previste ai punti “Modalità di erogazione delle prestazioni” e “Massimale assicurato”.

3.11 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, **ad eccezione di uno scoperto del 15% (nel caso di utilizzo di una struttura presente nell'elenco di cui sotto o scoperto viene elevato al 30%)** restante a carico dell'Assicurato, che deve essere versato da questi all'Istituto ad eccezione delle seguenti:

- punto “Ricovero in istituto di cura”:
lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;
- punto “Trasporto”;
- punto “Rimpatrio della salma”;

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

I limiti sopra indicati si applicano anche nel caso di:

- interventi chirurgici odontoiatrici, parto cesareo, aborto terapeutico, fermi i massimali previsti;
- interventi correttivi della miopia, fermo il massimale al punto indicato.

In caso di **ricovero/day hospital senza intervento chirurgico e in caso di parto naturale**, lo scoperto si intende ridotto al 10% (**nel caso di utilizzo di una struttura presente nell'elenco di cui sotto, lo scoperto viene elevato al 20%**).

In caso di “Intervento chirurgico ambulatoriale” viene applicata una franchigia di € 250,00.

Pre ricovero e post ricovero

Si precisa che l'eventuale scoperto per le spese pre-ricovero e post ricovero di un ricovero/day hospital seguirà quello previsto dal regime liquidativo applicato in convenzione diretta.

Si terrà in ogni caso conto del calcolo di eventuali scoperti e franchigie già applicati sulle spese sostenute durante il ricovero/day hospital.

per gli interventi chirurgici ambulatoriali le spese pre e post verranno liquidate senza l'applicazione di scoperti/franchigie nei limiti previsti.

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 30% con il minimo non indennizzabile di € 600,00 ad eccezione delle seguenti**:

- punto “Ricovero in Istituto di cura”:

lett. d) "Retta di degenza";
lett. e) "Accompagnatore";
lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

- punto "Trasporto";
- punto "Rimpatrio della salma";

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

I limiti sopra indicati si applicano anche nel caso di:

- Interventi chirurgici odontoiatrici, parto cesareo, aborto terapeutico fermi i massimali ai punti indicati;
- Interventi correttivi della miopia, fermo il massimale al punto indicato;
- Interventi specifici, fermi i singoli plafond/massimali previsti per ogni specifico intervento al punto indicato.

In caso di **ricovero/day hospital senza intervento chirurgico e in caso di parto naturale** lo scoperto si intende ridotto al 20% con il minimo non indennizzabile di € 600,00.

In caso di "Intervento chirurgico ambulatoriale" viene applicata una franchigia di € 500,00.

Qualora l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate o le stesse risultassero distanti più di 50 Km. dal domicilio dell'Assicurato, previa autorizzazione rilasciata dalla Centrale Operativa, si applicheranno i limiti previsti al punto a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati".

Pre ricovero e post ricovero

Si precisa che l'eventuale scoperto per le spese pre e post di un ricovero/day hospital seguirà quello previsto dal regime liquidativo applicato non in convenzione diretta.

Si terrà in ogni caso conto del calcolo di eventuali scoperti e franchigie già applicati sulle spese sostenute durante il ricovero/day hospital.

Per gli interventi chirurgici ambulatoriali le spese pre e post verranno liquidate senza l'applicazione di scoperti/franchigie nei limiti previsti.

Si precisa inoltre che:

- se il ricovero è effettuato in assistenza diretta, alle spese di pre-ricovero e post ricovero presentate a rimborso per prestazioni eseguite in regime di convenzione indiretta / per prestazioni effettuate presso strutture non convenzionate e/o con medici non convenzionati si applicano lo scoperto e il minimo non indennizzabile previsti dal regime rimborsuale al netto della franchigia già calcolata per il ricovero in assistenza diretta.
- Le spese di pre-ricovero e post ricovero effettuate in regime SSN sono rimborsate senza applicazione di scoperti/franchigie, indipendentemente dal regime utilizzato per il ricovero.

c) 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 rimborsa 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”.

3.12 INDENNITÀ SOSTITUTIVA

L’Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa (compresa le prestazioni di pre ricovero e post ricovero) avrà diritto a un’indennità di **€ 75,00 per ciascun giorno di ricovero sino ad un massimo di 200 giorni per persona e per anno assicurativo** (per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell’infortunio e del parto, al fine di favorire l’autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi).

Ai fini del calcolo dei giorni, in caso di ricovero, il primo e l’ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

L’Assicurato potrà scegliere se avere il pagamento delle spese di pre-ricovero e post ricovero effettuate in struttura privata/intramoenia o dell’indennità sostitutiva per l’intervento fatto in struttura pubblica.

In caso di scelta del pagamento delle spese di pre-ricovero e post ricovero, si precisa che l’eventuale scoperto per tali spese seguirà quello previsto dal regime liquidativo applicato (in convenzione diretta o non in convenzione diretta) come indicato all’art. “Modalità di erogazione delle prestazioni”.

L’indennità sostitutiva non viene erogata in caso di permanenza nei locali del Pronto Soccorso/Astanteria qualora ad essa non consegua il ricovero nella medesima struttura sanitaria.

3.13 RICOVERO IMPROPRI

Relativamente alle garanzie sopra descritte si precisa inoltre quanto segue: le spese relative ad un ricovero improprio non potranno essere riconosciute nella garanzia ricovero, bensì nell’ambito delle singole garanzie extra-ospedaliere qualora previste e indennizzabili a termini di polizza.

3.14 ANTICIPAZIONE DEI RIMBORSI

Nei casi di ricovero per i quali l’istituto di cura richieda il pagamento di un anticipo, la Società corrisponde – su richiesta dell’Assicurato – l’importo versato a tale titolo **entro il 50% della somma garantita, salvo conguaglio a cure ultimate.**

Per l’attivazione della garanzia è necessario che il ricovero oggetto della richiesta di anticipo sia in copertura di polizza.

3.15 REINTEGRO MASSIMALE

È consentito reintegrare una volta il massimale annuo con il pagamento di un premio aggiuntivo pari al costo annuo complessivo sostenuto dall’iscritto per tutti i beneficiari del suo nucleo.

Il nuovo massimale opera esclusivamente nel caso di sinistri accaduti successivamente al pagamento del premio relativo.

3.16 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 250.000,00 per nucleo familiare.

(Nel caso di “**Grande intervento chirurgico**”, intendendo per tali quelli contenuti nell’elenco specifico di cui sotto **il massimale suindicato si intende raddoppiato**).

4. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extra-ospedaliere di cui ai punti “Alta specializzazione, “Visite specialistiche e accertamenti diagnostici”, “Medicinali anche omeopatici”, “Agopuntura”, “Amniocentesi e villocentesi”, “Trattamenti fisioterapici riabilitativi” e “Cure dentarie da infortunio”.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 7.500,00 per nucleo familiare.

4.1 ALTA SPECIALIZZAZIONE

In deroga a quanto previsto all’art. “Esclusioni dall’assicurazione”, la Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia

- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Ecografia
- Elettromiografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con MdC
- Rx tenue e colon con MdC
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografia torace, Tomografia in genere
- Tomografia logge renali, Tomoxerografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia

Cure o terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia
- Dialisi

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

In caso di ticket sanitari, non è necessaria documentazione contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa, purché dal ticket si evinca chiaramente la tipologia di prestazione eseguita.

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 l'applicazione **di una franchigia di € 45,00 per prestazione / ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata** con la Società **al momento dell'emissione della fattura.**

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 30% con il minimo non indennizzabile di € 85,00 per invio/patologia.**

Tutti i documenti di spesa relativi ad una medesima patologia o ad un medesimo infortunio e di pertinenza del presente sub-articolo debbono essere inviati alla Società in un'unica soluzione.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società **rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.**

4.2 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche, visite omeopatiche e per accertamenti diagnostici (eseguiti anche presso farmacie) **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.

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 l'applicazione **di una franchigia di € 45,00 per prestazione che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata** con la Società **al momento dell'emissione della fattura.**

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 30% con il minimo non indennizzabile di € 85,00 per invio/patologia.**

Tutti i documenti di spesa relativi ad una medesima patologia o ad un medesimo infortunio e di pertinenza del presente sub-articolo debbono essere inviati alla Società in un'unica soluzione.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società **rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.**

4.3 MEDICINALI ANCHE OMEOPATICI

La Società provvede al rimborso delle spese per medicinali anche omeopatici **prescritti a seguito di malattia o infortunio.**

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

I medicinali omeopatici potranno essere prescritti esclusivamente da un medico omeopata. Non rientrano in copertura i vaccini.

Ai fini del rimborso è necessario l'invio della seguente documentazione:

- **copia delle prescrizioni mediche nominative;**
- **relativi scontrini fiscali dai quali risultino la denominazione, la quantità e il prezzo del medicinale e il codice fiscale dell'assicurato.**

Non verrà, in ogni caso previsto il rimborso per medicinali quali ad esempio viagra, prodotti dietologici, anticoncezionali, prodotti di dermocosmesi e da banco.

Per i medicinali, rientranti in garanzia e presenti nel prontuario farmacologico, il rimborso delle spese è effettuato con **l'applicazione di una franchigia fissa di € 18,00 per ogni confezione.**

4.4 AGOPUNTURA

La Società provvede al pagamento delle spese per l'agopuntura, a condizione che venga praticata da medico specialista.

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

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.

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 € 60,00 per fattura.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

4.5 AMNIOCENTESI E VILLOCENTESI

La Società provvede al pagamento delle spese per amniocentesi e villocentesi (prelievo dei villi coriali).

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il sospetto di malformazioni genetiche per ereditarietà, in caso di età superiore a 36 anni oppure per gravidanza a rischio.

La prescrizione deve essere fatta da medico specialista in ginecologia.

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 l'applicazione **di una franchigia di € 45,00 per prestazione che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata** con la Società al momento dell'emissione della fattura.

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 30% con il minimo non indennizzabile di € 85,00 per invio/patologia.**

Tutti i documenti di spesa relativi al presente sub-articolo debbono essere inviati alla Società in un'unica soluzione.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

4.6 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione", la Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici **a seguito di malattia o infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.**

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

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.

I trattamenti fisioterapici e rieducativi comprendono: Ozonoterapia, Fisioterapia, Kinesiterapia, Chiropratica, Ionoforesi, Ultrasuoni, Radar, Massoterapia, Laserterapia, prestazioni finalizzate al recupero della salute sia a fini riabilitativi che per terapia antalgica, non effettuati in centri estetici o di fitness.

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 l'applicazione **di uno scoperto del 10% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per prestazione/ciclo di terapia che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata** con la Società al momento dell'emissione della fattura.

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 40% con il minimo non indennizzabile di € 150,00 per prestazione/ciclo di terapia.**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il sotto-massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.500,00 per nucleo familiare.

4.7 CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione", 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.**

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 l'applicazione di una franchigia di € 35,00 per prestazione che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.

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 30% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per infortunio.

Tutti i documenti di spesa relativi al medesimo infortunio e di pertinenza del presente sub-articolo debbono essere inviati alla Società in un'unica soluzione.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

5. CURE ONCOLOGICHE

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione" la Società, nei casi di malattie oncologiche, liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di ricovero o day hospital che in regime di extraricovero), **con massimale autonomo**.

Si intendono inclusi in garanzia anche le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie farmacologiche.

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.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 35.000,00 per nucleo familiare.

6. LENTI E OCCHIALI

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto, inclusa la montatura, nel **limite annuo di € 150,00 per nucleo familiare.**

La Società provvederà al rimborso delle spese sostenute con applicazione di una **franchigia di € 25,00 per fattura.**

Per l'attivazione è necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista o dell'ortottico, attestante la variazione del visus.

7. PROTESI ORTOPEDICHE, ACUSTICHE E OCULARI, COMPRESI AUSILI MEDICI ORTOPEDICI

La Società rimborsa le spese per l'acquisto, la riparazione e la sostituzione di protesi ortopediche, acustiche e oculari nel **limite annuo di € 2.500,00 per nucleo familiare.** Rientrano in garanzia anche gli **ausili medici ortopedici ed acustici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodi, plantari, apparecchi acustici, ecc.**

Sono inoltre comprese nella garanzia: protesi oculari, ausili per la fonazione, ausili per la mobilità.

Restano escluse: calzature a plantare, corsetteria e busti estetico/formativi.

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura.

8. TICKET PER PRONTO SOCCORSO

La Società rimborsa le spese sostenute per le seguenti prestazioni ambulatoriali di Pronto Soccorso conseguenti a infortunio in assenza di ricovero: applicazione gesso, accertamenti diagnostici, assistenza medica, medicinali, trasporto.

I medicinali saranno rimborsati qualora regolarmente prescritti dal Pronto Soccorso.

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni su indicate corrisponde a € 1.300,00 per nucleo familiare.

9. PSICOMOTRICITÀ

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione", la Società provvede al pagamento delle spese per le visite neuropsichiatriche ed i trattamenti psicomotori finalizzati al recupero dell'attività di socializzazione, prescritti da medico specialista in psichiatria. La garanzia è rivolta ai figli degli assicurati che abbiano un'età inferiore o uguale a 16 anni in presenza di handicap grave.

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.**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società **rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.**

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per nucleo familiare.

10. CURE DENTARIE /TICKET ODONTOIATRICI

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione", la Società rimborsa le spese sostenute solo per cure dentarie, estrazioni, protesi odontoiatriche ed ortodontiche, nonché i ticket odontoiatrici nell'ambito SSN.

Utilizzo delle strutture convenzionate:

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 l'applicazione di uno scoperto del 35% e minimo non indennizzabile di € 100,00 per singola prestazione, intendendosi per tale l'insieme delle prestazioni relative ad un medesimo piano di cura.**

Utilizzo delle strutture non convenzionate:

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate **con l'applicazione di uno scoperto di scoperto 35% con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per singola prestazione, intendendosi per tale l'insieme delle prestazioni relative ad un medesimo piano di cura.**

Utilizzo delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale:

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate è pari a € 300,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

11. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA PER ASSICURATI CON ETA' MINIMA 18 ANNI

11.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

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

11.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

1. Avere limitazioni per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:
 - a. spostarsi;
 - b. lavarsi;
 - c. vestirsi;
 - d. nutrirsi.
2. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
3. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di medicinali ipotensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 medicinali.
4. Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

11.3 SOMMA ASSICURATA

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a **€ 500,00 da corrispondersi per una durata massima di 6 mesi**.

11.4 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

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

- soddisfare la propria igiene personale (La capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè, di lavare la parte alta e bassa del corpo).

- **nutrirsi (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire).**
- **spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio).**
- **vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente).**

e necessiti temporaneamente ma in modo costante:

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

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

12. 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 alla struttura sanitaria convenzionata, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Si precisa che l'appuntamento potrà essere concordato direttamente tra l'Assicurato e la struttura stessa e successivamente comunicato ad UniSalute, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.

13. DIAGNOSI COMPARATIVA

La Società offre all'Assicurato la possibilità di ricevere un secondo e qualificato parere in merito alla formulazione di una diagnosi già ricevuta o di un'impostazione terapeutica **già prescritta dal medico curante e/o dai sanitari curanti**, con le indicazioni più utili per trattare la patologia in atto grazie all'autorevole consulenza di esperti internazionali delle diverse discipline specialistiche individuati dalla Società.

Per l'attivazione della garanzia l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa e concordare con il medico di UniSalute la documentazione sanitaria necessaria da inviare ai fini dell'individuazione della miglior cura della patologia.

L'accesso al servizio è consentito in presenza delle seguenti patologie gravi, diagnosticate ovvero già accertate:

- 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**

14. SINDROME METABOLICA (*garanzia operante per il solo titolare*)

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà **compilare il questionario** raggiungibile cliccando su www.unisalute.it e “confermare il suo invio” alla Società.

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

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

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

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

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

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

La presente garanzia verrà prestata fino alla scadenza della polizza, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito UniSalute.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle assicurate con la presente polizza, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui al relativo articolo contrattuale. Se invece tali prestazioni

non dovessero rientrare tra quelle assicurate con la presente polizza, l'Assicurato potrà richiedere alla struttura sanitaria convenzionata, l'applicazione di "tariffe agevolate", riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto. **Si precisa che l'appuntamento potrà essere concordato direttamente tra l'Assicurato e la struttura stessa e successivamente comunicato ad UniSalute, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.**

14.1 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI DI VALUTAZIONE DELLA SINDROME METABOLICA (*garanzia operante per il solo titolare*)

Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stato di Sindrome Metabolica, ancorché non ancora conclamata, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni previste devono essere **effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione, in un'unica soluzione.**

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

15. PREVENZIONE OBESITA' INFANTILE

La garanzia è prestata a favore dei figli del titolare, **di età compresa tra i 4 e 18 anni**, già in copertura oppure inseriti in polizza per la sola garanzia "PREVENZIONE OBESITA' INFANTILE", mediante procedura di adesione online disponibile sul sito www.unisalute.it, con contestuale richiesta di attivazione della garanzia stessa.

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà **compilare un questionario dati** volto ad individuare eventuali **stati di rischio di obesità nei figli da 4 a 18 anni**, raggiungibile cliccando su www.unisalute.it e "confermare il suo invio" alla Società.

La Società provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà al genitore assicurato tramite e-mail, l'esito delle valutazioni, mettendo a disposizione una tabella con dati e consigli personalizzati su una corretta alimentazione e attività fisica, sull'area riservata del sito internet accessibile tramite username e password.

Saranno altresì fornite indicazioni e consigli su comportamenti e stili di vita corretti in merito ad alimentazione e attività fisica, rivolti all'assicurato per i propri figli, anche in collaborazione con un medico UniSalute.

Solo nel caso in cui i parametri rilevati dalla compilazione del questionario indichino che il figlio si trovi in uno stato di obesità, sovrappeso o sottopeso, la Società provvederà all'organizzazione e al pagamento di una visita specialistica dal pediatra/dietologo da effettuarsi in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Poiché gli indicatori di tali stati devono essere regolarmente monitorati, la Società provvederà a contattare il genitore assicurato via e-mail una volta al mese per un periodo di tre mesi, richiedendo l'inserimento di peso e altezza del figlio.

La presente garanzia verrà prestata fino alla scadenza della polizza, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito UniSalute.

**16. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (garanzia operante per il solo titolare)
DA CONFIRMARE PER IL 2026**

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate **effettuate una volta l'anno dal titolare in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione**. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini:

- AST (GOT) - ASPARTATO AMINOTRANSFERASI
- FECI: RICERCA DEL SANGUE OCCULTO
- ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT/GPT) /TRANSAMINASI (S)
- COLESTEROLO TOTALE
- CREATININA
- COLESTEROLO HDL
- PTT (TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE)
- TEMPO DI PROTROMBINA/PT (TEMPO DI QUICK)
- UREA/AZOTEMIA (S)
- GGT (GAMMA GT) - GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI
- GLICEMIA/GLUCOSIO (S)
- TRIGLICERIDI
- ESAME URINE COMPLETO (CHIMICO-FISICO-MICROSCOPICO)
- ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E MORFOLOGICO COMPLETO (CON FORMULA LEUCOCITARIA E CONTEGGIO PIASTRINE)
- VES - VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE
- ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)

- ECOTOMOGRAFIA ADDOME SUPERIORE E INFERIORE (4/5 ORGANI)
- ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRA AORTICI

Prestazioni previste per le donne:

- AST (GOT) - ASPARTATO AMINOTRANSFERASI
- FECI: RICERCA DEL SANGUE OCCULTO
- ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT/GPT) /TRANSAMINASI (S)
- COLESTEROLO TOTALE
- CREATININA
- COLESTEROLO HDL
- PTT (TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE)
- TEMPO DI PROTROMBINA/PT (TEMPO DI QUICK)
- UREA/AZOTEMIA (S)
- GGT (GAMMA GT) - GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI
- GLICEMIA/GLUCOSIO (S)
- TRIGLICERIDI
- ESAME URINE COMPLETO (CHIMICO-FISICO-MICROSCOPICO)
- ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E MORFOLOGICO COMPLETO (CON FORMULA LEUCOCITARIA E CONTEGGIO PIASTRINE)
- VES - VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE
- CALCIO
- VITAMINA D
- ECOGRAFIA MAMMORIA
- ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRA AORTICI

17. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-009952** 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 ticket, 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.

18. PREMIO

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

- a) dipendente e nucleo fiscalmente a carico come indicato al punto "Persone assicurate" € 1.000,00
- b) ogni familiare non fiscalmente a carico come indicato al punto "Persone assicurate" € 474,00

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

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

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

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIA TRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordecomia)
- Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica

- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

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

UROLOGIA

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

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale

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

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sottoelencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

**ELENCO DELLE STRUTTURE CONVENZIONATE IN CUI VIENE APPLICATO LO SCOPERTO DEL 30%,
COME INDICATO AL PUNTO “MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI”**

Ragione sociale	Comune	Provincia
ISTITUTO CLINICO HUMANITAS S.P.A.	ROZZANO	MILANO
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA SRL (IEO)	MILANO	MILANO
OSPEDALE SAN RAFFAELE (EX MONTE TABOR)	MILANO	MILANO
CENTRO CARDIOLOGICO MONZINO SPA	MILANO	MILANO
IRCCS POLICLINICO SAN DONATO	SAN DONATO MILANESE	MILANO
IRCCS OSPEDALE GALEAZZI SANT'AMBROGIO	MILANO	MILANO
CASA DI CURA PIO XI	ROMA	ROMA
FONDAZIONE POLICLINICO UNIVERSITARIO A. GEMELLI	ROMA	ROMA
CASA DI CURA QUISISANA - EUROSANITA' S.P.A.	ROMA	ROMA
VILLA STUART - EUROSANITA' S.P.A.	ROMA	ROMA
ROME AMERICAN HOSPITAL SRL	ROMA	ROMA
CASA DI CURA PRIV. MADRE FORTUNATA TONIOLI	BOLOGNA	BOLOGNA
CLINICHE GAVAZZENI	BERGAMO	BERGAMO
ISTITUTO CLINICO BEATO MATTEO	VIGEVANO	PAVIA
AZ. OSP. CASA DI CURA MAGGIORE DELLA CARITA'	NOVARA	NOVARA