

UNISALUTE



Guida al Piano Sanitario



ISTITUTO NAZIONALE DI FISICA
NUCLEARE

PERSONALE ASSOCIATO

Servizio di consulenza ai clienti

**Numero Verde
800-016630**

dall'estero: prefisso per l'Italia
+ 051.63.89.046

orari:

8,30 – 19,30 dal lunedì al venerdì

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

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

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

**Unisalute S.p.A. - Funzione Reclami Via del Gomito, 1 - 40127 Bologna
fax 051- 6386125 e-mail reclami@unisalute.it.**

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. I reclami indirizzati all'ISVAP contengono:

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

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Compagnia: www.unisalute.it. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione delle responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Guida al Piano sanitario Personale associato Istituto Nazionale di Fisica Nucleare

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

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

1. Sommario

2.	BENVENUTO TRA GLI ASSICURATI UNISALUTE	7
3.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	7
3.1.	Per prima cosa contatta Unisalute	7
3.2.	Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	8
3.3.	Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	9
3.4.	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	10
3.5.	Professione intramuraria	11
4.	SERVIZI ON-LINE SU WWW.UNISALUTE.IT	11
4.1	Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area Clienti riservata?	12
4.2	Come faccio a prenotare on-line le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	12
4.3	Come faccio ad aggiornare on-line i miei dati?	12
4.4	Come faccio a chiedere on-line il rimborso di un sinistro?	13
4.5	Come faccio a consultare l'estratto conto on-line e lo stato dei miei sinistri?	13
4.6	Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?	14
4.7	Come posso ottenere pareri medici on-line?	14
5.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	14
6.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	14
6.1.	Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio	15
6.2.	Trasporto sanitario	17
6.3.	Day-hospital a seguito di malattia e infortunio	17
6.4.	Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio	17
6.5.	Parto e aborto terapeutico	17
6.6.	Rimpatrio della salma	18
6.7.	Indennità sostitutiva	18
6.8.	Il massimale dell'area ricovero	18
6.9.	Anticipo dell'indennizzo	18
6.10.	Prestazioni di alta specializzazione	19
6.11.	Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	20
6.12.	Protesi ortopediche ed acustiche	21
6.13.	Cure per malattie oncologiche	21
6.14.	Grandi interventi odontoiatrici	21
6.15.	Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio	22
6.16.	Cure dentarie a seguito di infortunio	23
6.17.	Diagnosi comparativa	23
6.18.	Servizi di consulenza e assistenza	24
7.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	27
8.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	28
8.1.	Inclusioni/esclusioni	28
8.2.	Estensione territoriale	30
8.3.	Limiti di età	30
8.4.	Gestione dei documenti di spesa	30
8.5.	Quali riepiloghi invia Unisalute nel corso dell'anno?	30
9.	PREMI.....	31

2. Benvenuto tra gli assicurati Unisalute

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

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

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

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

www.unisalute.it: i nuovi servizi on line

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

3. Come utilizzare le prestazioni del Piano sanitario

3.1. Per prima cosa contatta Unisalute

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

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

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

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

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

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

3.2. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute

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

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

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

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

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

All'atto dell'effettuazione della prestazione (che deve essere preventivamente autorizzata dalla Centrale Operativa), l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante, contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

- **In caso di ricovero** dovrà inoltre sottoscrivere il modulo contenente gli impegni da lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e, all'atto delle dimissioni, la documentazione di spesa (fatture e ricevute).

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

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

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

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

L'Assicurato dovrà sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano sanitario, argomento che affronteremo in dettaglio più avanti.

Attenzione

Prima di avvalersi delle prestazioni in una struttura convenzionata, occorre accertarsi sempre, tramite gli operatori della Centrale Operativa, che i medici scelti all'interno della struttura abbiano aderito alla convenzione con UniSalute.

E' sufficiente contattare la Centrale Operativa per avere quest'informazione o il nominativo di medici in alternativa.

3.3. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute

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

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

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

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

- il modulo di denuncia del sinistro compilato e sottoscritto, che si trova allegato alla presente guida oppure sul sito www.unisalute.it al termine della procedura di Denuncia del sinistro on line (vedi capitolo 4);

- in caso di **ricovero**, 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;

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;
- documentazione di spesa (distinte e ricevute) in COPIA in cui risulti il quietanziamento. **Non è quindi necessario inviare i documenti in originale a meno che non venga esplicitamente richiesto da Unisalute.**

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

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra.

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

3.4. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

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

Nel caso in cui l'Assicurato decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., il Piano sanitario predispone due soluzioni, tra loro in alternativa, per il recupero delle spese che dovessero essere

comunque effettuate all'interno delle strutture pubbliche, salvo quanto previsto nelle singole garanzie del Piano sanitario.

- Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il Piano sanitario rimborsa integralmente quanto anticipato dall'Assicurato;
- Corresponsione in alternativa di un' indennità sostitutiva giornaliera in caso di ricovero, le cui modalità descriveremo più avanti.

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

3.5. Professione intramuraria

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

4. Servizi on-line su www.unisalute.it

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

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

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

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

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

Come faccio a registrarmi al sito e a conoscere la mia Username e Password?

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

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

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

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?

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

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

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

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

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

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

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

In base alle tue esigenze puoi:

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


Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

Potrai infatti ricevere conferma dell'appuntamento fissato presso la struttura sanitaria convenzionata con indicazione di luogo, data e ora dell'appuntamento; comunicazione dell'autorizzazione ad effettuare

la prestazione; notifica di ricezione della documentazione che ci ha inviato per il rimborso; **richiesta del codice IBAN**, se mancante; conferma dell'avvenuto **pagamento del sinistro**.

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

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

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

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

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

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

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

L'estratto conto on-line è stato realizzato per fornirti un rapido e comodo strumento di informazione sullo stato delle tue richieste di rimborso.

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

Puoi visualizzare tutte le informazioni di tuo interesse:

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

E' inoltre possibile visualizzare lo stato dei sinistri:

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

Inoltre per ogni documento tuo e dei tuoi familiari vengono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo che

abbiamo rimborsato e quello rimasto a tuo carico. Tutte le pagine visualizzate sono stampabili.

4.6 Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?

Esegui il Login al sito cliccando su Entra/Login e clicca sul pulsante **ARANCIO** "le prestazioni del tuo piano e le strutture sanitarie convenzionate". Seleziona la funzione di tuo interesse per visualizzare le prestazioni del tuo Piano sanitario o l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

4.7 Come posso ottenere pareri medici on-line?

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

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

5. Le persone per cui è operante la copertura

L'assicurazione è prestata a favore del personale associato all'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare. Per personale associato si intende personale di Università ed altri Enti di cui all'articolo 3 del "Regolamento Generale" e del "Regolamento per le associazioni alle attività scientifico-tecniche dell'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare".

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo premio a carico del personale associato, al coniuge o al convivente "more uxorio" ed a tutti i familiari fiscalmente a carico e non a carico risultanti dallo stato di famiglia.

6. Le prestazioni del Piano sanitario

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

- ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio;
- day-hospital a seguito di malattia e infortunio;
- intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio;
- parto e aborto terapeutico;

- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- protesi ortopediche e acustiche;
- cure per malattie oncologiche;
- grandi interventi odontoiatrici;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio;
- cure dentarie da infortunio;
- diagnosi comparativa;
- servizi di consulenza e assistenza.

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

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

Qualora il Cliente Assicurato venga ricoverato per effettuare cure mediche o chirurgiche può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 150 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
Intervento chirurgico	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
Assistenza medica, medicinali, cure	Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono compresi nella garanzia nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico.
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 € 350,00 al giorno.

<p>Accompagnatore</p>	<p>Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 150,00 al giorno per un massimo di 100 giorni per ricovero.</p>
<p>Post-ricovero</p>	<p>Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 150 giorni 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 solo caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.</p>

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

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

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

Le prestazioni vengono rimborsate lasciando una quota del 20% a carico dell'Assicurato, ad eccezione delle garanzie "Retta di degenza" e "Accompagnatore" che prevedono specifici limiti.

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

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

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

Unisalute rimborsa integralmente, 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 (par. 6.7).

6.2. Trasporto sanitario

Il Piano sanitario rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.000,00 per ricovero.

6.3. Day-hospital a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di day-hospital (degenze diurne in Istituto di cura che non prevedono il pernottamento nella struttura sanitaria), il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte ai paragrafi 6.1 "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 6.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

6.4. Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al paragrafo 6.1. "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" punti "Pre-ricovero", "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Post-ricovero" e 6.2 "Trasporto sanitario", con i relativi limiti in essi indicati.

6.5. Parto e aborto terapeutico

In caso di parto cesareo, non cesareo e aborto terapeutico, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 6.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

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

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 7.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, da intendersi sostitutivo di quello indicato al successivo punto 6.8. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

6.6. Rimpatrio della salma

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

6.7. Indennità sostitutiva

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 150,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 60 giorni per ricovero. Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere l'importo di cui sopra per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

Tale indennità spetta anche nel caso in cui, in alternativa o in concorrenza con il ricovero in Strutture del S.S.N., l'Assicurato ricorra, su indicazione della Struttura del Servizio Sanitario Nazionale, alle seguenti forme di assistenza sanitaria domiciliare:

- Ospedalizzazione a domicilio (Home Care) - con la quale l'Ospedale si fa carico dell'assistenza inviando a casa del paziente personale medico e infermieristico;
- Dimissione domiciliare protetta (DDP) - con la quale l'Ospedale provvede ad una dimissione tempestiva, indicando le necessità del paziente e le apparecchiature necessarie e la ASL di appartenenza provvede alla loro fornitura e all'assistenza con proprio personale.

6.8. Il massimale dell'area ricovero

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

Il Piano sanitario prevede quindi un massimale che ammonta a € 500.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni.

6.9. Anticipo dell'indennizzo

Nel caso di avvenuto ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, è facoltà dell'Assicurato richiedere un anticipo sulle spese preventivate, in misura non superiore al 90% delle stesse e previa presentazione alla Società di idonea documentazione. L'anticipo verrà corrisposto dalla Società mediamente entro 5 giorni dalla data di ricezione della documentazione necessaria.

A cura ultimata, previa presentazione da parte dell'Assicurato delle notule di spesa in originale, la Società, in sede di liquidazione del sinistro, procederà al relativo conguaglio.

Qualora l'Assicurato sia in condizione di fornire alla Società l'ammontare preciso del rimborso su dichiarazione dell'istituto di cura, la Società corrisponderà l'anticipo fino al **100%** della spesa sostenuta nei limiti contrattuali.

6.10. Prestazioni di alta specializzazione

<p>Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angiografia • Artrografia • Broncografia • Chemioterapia • Cisternografia • Cistografia • Clisma opaco • Cobaltoterapia • Colangiografia • Colangiografia percutanea • Colecistografia • Dacriocistografia • Defecografia • Dialisi • Discografia • Elettromiografia • Fistografia • Flebografia • Fluorangiografia • Galattografia 	<ul style="list-style-type: none"> • Isterosalpingografia • Linfografia • Mammografia • Mielografia • Pneumoencefalografia • Radioterapia • Retinografia • Risonanza Magnetica Nucleare • RX esofago, RX tubo digerente • Scialografia • Scintigrafia • Splenoportografia • Tomografia Assiale Computerizzata (T.A.C.) • Tomografia logge renali, Tomoxerografia • Tomografia torace, Tomografia in genere • Urografia • Vesciculodeferentografia
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Il cliente dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del **20%** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura 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 da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La disponibilità annua per la presente garanzia è illimitata.

6.11. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche, esami e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite pediatriche 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.

- **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 una franchigia di € 40,00 per fattura. Il cliente dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di € **60,00** per ogni visita specialistica, esame o accertamento diagnostico. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura 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 da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Si considerano unica prestazione anche la visita specialistica e l'accertamento diagnostico connessi ad una medesima patologia, contestualmente prescritti dal medico e presentati alla Società in

un'unica richiesta di rimborso.

La disponibilità annua per la presente garanzia è illimitata.

6.12. Protesi ortopediche ed acustiche

Il Piano sanitario rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di protesi ortopediche ed acustiche con l'applicazione di uno scoperto del 20%.

La disponibilità annua per la presente garanzia è illimitata.

6.13. Cure per malattie oncologiche

In caso di malattie oncologiche, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese sostenute dall'Assicurato per visite, esami ed accertamenti diagnostici e terapie oncologiche, anche farmacologiche.

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

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

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Il cliente dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20%. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura copia della richiesta del medico curante contenente la patologia.

- **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 copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 5.000,00 per nucleo familiare.

6.14. Grandi interventi odontoiatrici

Il Piano sanitario rimborsa le spese sostenute in caso di ricovero per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi

gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari
- neoplasie ossee della mandibola e della mascella
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma

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

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma;
- radiografie, referti radiologici e referti medici attestanti la neoplasia per neoplasie ossee della mandibola e della mascella.

Le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

6.15. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medici e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa:

- kinesiterapia
 - chiropratica
 - ionoforesi
 - ultrasuoni
 - radar
 - massoterapia
- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Il cliente dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate con una franchigia di € 100,00 per ciascuna tipologia di prestazione e per ogni ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura copia della richiesta del medico curante contenente la patologia e copia del certificato di Pronto Soccorso.

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

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

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 600,00 per nucleo familiare.

6.16. Cure dentarie a seguito di infortunio

Il Piano sanitario rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per protesi e cure dentarie conseguenti ad infortunio, in presenza di certificato di Pronto Soccorso che attesti la data ed il motivo dell'infortunio e le cure necessarie.

Le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

6.17. Diagnosi comparativa

Qualora un assicurato avverta l'esigenza di sottoporre i responsi ricevuti dai sanitari curanti, al momento in cui viene formulata una diagnosi o un'impostazione terapeutica, all'autorevole verifica da parte dei migliori esperti delle diverse discipline specialistiche, potrà contattare direttamente la Centrale Operativa di UniSalute attraverso il numero verde 800-016630.

In tal modo l'Assicurato verrà informato tempestivamente della procedura da attivare per ottenere la prestazione garantita.

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

- Morbo di Alzheimer
- AIDS
- Cecità

- Malattie neoplastiche maligne
- Problemi cardiovascolari
- Sordità
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianti degli organi vitali
- Patologie neuromotorie
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Ictus

Per l'attivazione della garanzia, il cliente dovrà inviare alla Compagnia la documentazione clinica in Suo possesso che il medico di UniSalute gli richiederà in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata dalla Società, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

6.18. Servizi di consulenza e assistenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-016630** 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;
- strutture sanitarie e medici convenzionati;
- indicazioni sugli adempimenti per l'utilizzo della polizza;
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero.

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 per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800-212477. Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 051-6389048 .

c) Pareri medici immediati

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

d) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo la Centrale Operativa accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 500 km per evento.

f) Reperimento e consegna farmaci

L'Assicurato potrà richiedere al Servizio Assistenza telefonando al numero 800-212477, 24h su 24h e 365 giorni all'anno, di effettuare la consegna di medicinali presenti nel prontuario farmaceutico presso la propria abitazione. Il Servizio Assistenza provvederà, rispettando le norme che regolano l'acquisto ed il trasporto medicinali, ad inviare un suo corrispondente che possa ritirare presso l'abitazione dell'Assicurato il denaro e la prescrizione necessaria all'acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti. La prestazione è fornita nel più breve tempo possibile non appena reperiti i farmaci richiesti.

g) Prelievo campioni di sangue a domicilio

Qualora ne sia fatta richiesta dal proprio medico curante, l'Assicurato potrà richiedere al Servizio Assistenza telefonando al numero 800-212477 di organizzare il prelievo presso la propria abitazione.

La prestazione è fornita con un preavviso di 5 (cinque) giorni lavorativi.

La Società terrà a proprio carico il costo del prelievo.

All'estero

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

h) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della Sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel limite di € 2.000,00 per sinistro.

i) Invio di medicinali urgenti all'estero

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

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

l) Rimpatrio sanitario

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

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

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

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

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio. La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

7. Casi di non operatività del piano

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

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

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del contratto;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri, inclusi i day-hospital, durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. i day-hospital medici effettuati a fine esclusivamente diagnostico;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;

10. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
12. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
14. limitatamente ai familiari degli associati, che aderiranno su base volontaria, sono escluse le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza, nonché le malattie croniche recidivanti.

* Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

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

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

8. Alcuni chiarimenti importanti

8.1. Inclusioni/esclusioni

1) Inclusione del coniuge o del convivente "more uxorio" e di tutti i famigliari fiscalmente a carico e non a carico risultanti dallo stato di famiglia.

Gli associati alla data di decorrenza del contratto, potranno includere il coniuge o il convivente "more uxorio" e tutti i famigliari fiscalmente a carico e non a carico risultanti da stato di famiglia mediante pagamento del relativo premio ed invio dell'apposito modulo tassativamente entro la data del 22/12/2010; oltre detto termine, potranno essere inseriti esclusivamente il coniuge o il convivente "more uxorio" e tutti i famigliari fiscalmente a carico e non a carico di neoassociati dopo la data del 01/01/2011 sempreché risultanti dallo stato di famiglia.

Alle scadenze annuali del contratto i famigliari suindicati inseriti nella copertura potranno essere esclusi; in questo caso, non potranno più essere reinscritti.

2) Inclusione di famigliari per variazione dello stato di famiglia

Per gli associati in garanzia alla data di effetto del contratto,

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

3) Nuove associazioni all'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare

Nel caso di nuove associazioni la garanzia per l'associato e i famigliari come indicati al punto 5 "Le persone per cui è operante la copertura", secondo capoverso, decorre dal giorno dell'associazione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni; qualora l'associazione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Qualora l'associato intenda inserire l'eventuale coniuge o il convivente "more uxorio" e tutti i famigliari fiscalmente a carico e non a carico risultanti dallo stato di famiglia, dovrà includerli nella copertura all'atto dell'associazione e non potrà inserirli successivamente.

4) Perdita del requisito di carico fiscale da parte di un figlio o di altro familiare fiscalmente a carico

Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte di un figlio o di un altro familiare fiscalmente a carico, la garanzia cesserà dal momento di accadimento dell'evento e dovrà essere immediatamente comunicata alla Società; potrà essere mantenuta con versamento del premio per il figlio o il familiare fiscalmente non a carico da parte dell'associato. Qualora il figlio o il familiare fiscalmente non a carico non venga mantenuto nella garanzia dal momento della perdita del carico fiscale, non potrà più essere incluso successivamente.

5) Acquisizione del requisito di carico fiscale da parte di un figlio o di altro familiare fiscalmente non a carico

Nel caso di acquisizione del requisito del carico fiscale da parte di un figlio o di un altro familiare fiscalmente non a carico, la variazione del carico fiscale dovrà essere immediatamente comunicata dall'associato alla Società. La garanzia verrà mantenuta con rimborso da parte della Società, al netto delle imposte, del rateo del premio per il figlio o il familiare fiscalmente non a carico pagato dall'associato e non più dovuto.

6) Mancato rinnovo dell'associazione

In caso di mancato rinnovo dell'associazione, l'assicurato e i

rispettivi familiari vengono mantenuti in garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva. In tal caso all'ex associato e a tutti i componenti del nucleo familiare del titolare, eventualmente iscritti, è data facoltà di proseguire la copertura assicurativa con adesione su base volontaria.

7) Decesso del titolare di polizza

L'assicurazione cessa automaticamente dal momento del decesso del titolare; in tal caso a tutti i componenti del nucleo familiare del titolare è data facoltà di proseguire la copertura assicurativa con adesione su base volontaria.

8.2. Estensione territoriale

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

8.3. Limiti di età

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata senza alcun limite di età del titolare o dei componenti del nucleo familiare del titolare, cessando automaticamente dal momento del decesso del titolare stesso; in tal caso a tutti i componenti del nucleo familiare del titolare è data facoltà di proseguire la copertura assicurativa con adesione su base volontaria.

8.4. Gestione dei documenti di spesa

A) prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

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

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa ricevuta in copia viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge, mentre - qualora la UniSalute dovesse richiedere all'Assicurato la produzione degli originali - verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

8.5. Quali riepiloghi invia Unisalute 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. Premi

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

Personale associato	€ 600,00
Per ciascun familiare fiscalmente a carico	€ 500,00
Per ciascun familiare fiscalmente non a carico	€ 600,00