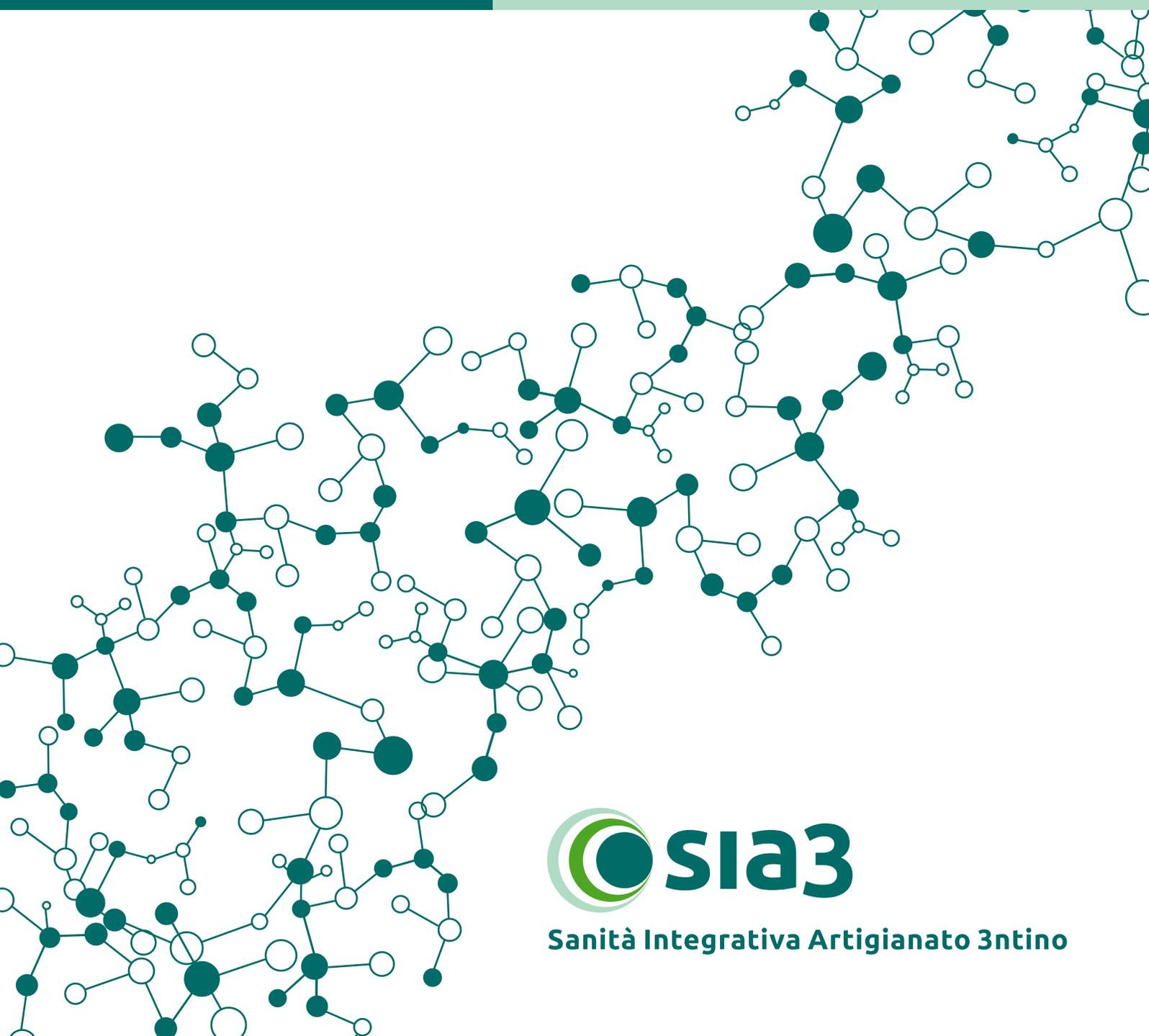


2020

Piano Sanitario
per i dipendenti
delle imprese
artigiane del
Trentino



Sanità Integrativa Artigianato 3ntino

Sommario

04

INTRODUZIONE AL NUOVO PIANO

I destinatari del piano sanitario	04
Le prestazioni del piano	04

05

PRESTAZIONI GESTITE DA SIA3

A.1 Ticket per prestazioni sanitarie	06
A.2 Area specialistica privata e convenzionata (Visite specialistiche)	07
A.3 Area specialistica privata e convenzionata (Diagnostica strumentale)	08
A.4 Area specialistica privata e convenzionata (Prestazioni di laboratorio)	11
A.5 Pacchetto maternità	12
A.6 Prevenzione e igiene orale	13
A.7 Cure odontoiatriche generali	14
A.8 Impiantologia e avulsioni	15
Esclusioni operanti in riferimento alle garanzie da A.1 a A.8	16

17

PRESTAZIONI ESEGUITE DA UNISALUTE PER CONTO DI SIA3

Prosecuzione volontaria	17
-------------------------	----

17

PRESTAZIONI GESTITE DA UNISALUTE PER CONTO DI SIA3

B.1 Ricovero	18
B.2 Trasporto sanitario	20
B.3 Trapianti	20
B.4 Indennità sostitutiva per intervento chirurgico	21
B.5 Neonati	21
Modalità di calcolo del rimborso per le prestazioni da B.1 a B.5	22
B.6 Ricovero per intervento chirurgico non compreso nell'elenco	23
B.7 Sindrome metabolica	24

30

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

B.8 Non autosufficienza	25
B.8.1 Erogazione di indennità sostitutiva	26
B.8.2 Prestazioni di assistenza sanitaria e socio- sanitaria	26
B.8.3 Spese adeguamento domestico	26
B.9 Critical illness	27
B.10 Second opinion - Diagnosi comparativa	29
B.11 Fisioterapia conseguente ad infortunio	31
Esclusioni operanti in riferimento alle garanzie da B.1 a B.11	32



I destinatari del Piano Sanitario

A CHI È DEDICATO IL SEGUENTE PIANO SANITARIO

Ai lavoratori dipendenti delle Imprese Artigiane della provincia di Trento, per tutte le tipologie contrattuali ad eccezione dei contratti di lavoro a chiamata.

NORME GENERALI

Il Piano sanitario indica analiticamente per ciascuna categoria di prestazioni le voci ammissibili, la forma di erogazione, le disposizioni particolari e l'importo del rimborso. Le informazioni relative alla modalità di richiesta dei rimborsi sono riportate dettagliatamente nel Vademecum pubblicato sul sito www.sia3.it.

Le spese sanitarie sostenute devono essere presentate entro 60 giorni dalla data della fattura, pena la non ammissibilità al rimborso. In via straordinaria e solo per il 2020, le richieste di rimborso delle spese sanitarie sostenute dal 1° gennaio 2020 al 31 marzo 2020 potranno essere presentate fino al 31 maggio 2020. La tabella seguente sintetizza le norme per il 2020.

Periodo di spesa	Quando chiedere il rimborso
Dal 1° gennaio 2020 al 31 marzo 2020	Entro il 31 maggio 2020
Dal 1° aprile 2020 al 31 dicembre 2020	Entro 60 giorni dalla data della fattura

Le spese sostenute dal 28 al 31 dicembre 2020 andranno presentate entro il 28 febbraio 2021.



Le prestazioni del piano

Il Piano Sanitario SIA3 interviene su due tipologie di spese:

- **le spese ordinarie** (ticket, visite specialistiche, diagnostica strumentale, esami di laboratorio, pacchetto maternità, cure odontoiatriche): si tratta di **rimborsi gestiti direttamente da SIA3**
- **le prestazioni straordinarie**, collegate cioè ad eventi specifici (interventi chirurgici, gravi malattie, non autosufficienza): si tratta di **prestazioni gestite** - per conto di SIA3 - **dalla Compagnia Assicurativa UniSalute S.p.a.**



Prestazioni gestite da SIA3





A.1 Ticket per prestazioni sanitarie

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 75% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 700,00.

Ove il valore di rimborso annuo raggiunga euro 700,00 si applica la seguente regola: il Fondo rimborsa il 100% della spesa sostenuta con un ulteriore massimale di euro 1.000,00.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- Rimborso per ticket sanitari

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Le spese saranno rimborsate in presenza di prescrizione medica redatta dal medico di medicina generale o dallo specialista.





A.2 Area specialistica privata e convenzionata

Visite Specialistiche

- VISITA OCULISTICA
- VISITA OSTETRICA E GINECOLOGICA
- VISITA DERMATOLOGICA
- VISITA ORTOPEDICA
- VISITA FISIATRICA
- VISITA CARDIOLOGICA
- VISITA OTORINOLARINGOIATRICA
- VISITA NEUROLOGICA
- VISITA GASTROENTEROLOGICA
- VISITA REUMATOLOGICA
- VISITA NEUROCHIRURGICA
- VISITA PSICHIATRICA
- VISITA PSICOLOGICA*
- VISITA ENDOCRINOLOGICA/
ENDOCRINOCHIRURGICA
- ALTRA VISITA**

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa le prestazioni fruite dall'iscritto, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 700,00.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

○ **Prestazioni eseguite in strutture sanitarie private non convenzionate o in libera professione intramoenia**

Rimborso del 50% della spesa sostenuta dall'iscritto, con un rimborso massimo per ciascuna fattura di euro 100,00.

○ **Prestazioni eseguite in strutture sanitarie convenzionate e personale convenzionato con SIA3**

Rimborso della fattura con un minimo non indennizzabile per ciascuna visita specialistica di euro 20,00.

* le visite psicologiche/consulenze psicologiche effettuate da psicologo abilitato/sedute di psicoterapia sono rimborsabili per un massimo di 1 fattura per anno solare

** sono comprese in questa categoria prestazioni afferenti alle seguenti aree specialistiche: allergologia e immunologia clinica, angiologia, cardiocirurgia, chirurgia, ematologia, endocrinologia e malattie del metabolismo, medicina interna, nefrologia, neuropsichiatria infantile, oncologia medica e radioterapia, pediatria, reumatologia, scienza dell'alimentazione, terapia del dolore, urologia. Sono inoltre incluse visite svolte per malattie dell'apparato digerente, malattie dell'apparato respiratorio, malattie infettive e tropicali.



A.3 Area specialistica privata e convenzionata

Diagnostica Strumentale

Radiologia

○ RADIOLOGIA CONVENZIONALE (senza contrasto)

- › Esami radiologici apparato osteoarticolare
- › Mammografia
- › Mammografia bilaterale
- › Ortopanoramica
- › RX colonna vertebrale in toto
- › Rx di organo apparato
- › Rx endorali
- › Rx esofago
- › Rx esofago esame diretto
- › Rx tenue seriato
- › Rx tubo digerente
- › Rx tubo digerente prime vie
- › Rx tubo digerente seconde vie

○ RADIOLOGIA CONVENZIONALE (con contrasto)

- › Artrografia
- › Broncografia
- › Cavernosografia
- › Cisternografia
- › Cistografia/doppio contrasto
- › Cistretrografia minzionale
- › Clisma opaco e/a doppio contrasto
- › Colangiografia/colangiografia percutanea
- › Colangiopancreatografia retrograda
- › Colecistografia
- › Colpografia
- › Coronarografia
- › Dacriocistografia
- › Defecografia
- › Discografia
- › Esame urodinamico
- › Fistelografia
- › Flebografia
- › Fluorangiografia
- › Galattografia
- › Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o sonoisterografia e/o sonosalpingografia
- › Linfografia
- › Mielografia
- › Pneumoencefalografia
- › Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
- › Rx esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
- › Rx piccolo intestino con doppio contrasto
- › Rx stomaco con doppio contrasto
- › Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo
- › Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
- › Scialografia con contrasto
- › Splenoportografia
- › Uretrocistografia
- › Urografia
- › Vesciculodeferentografia
- › Wirsungrafia

Diagnostica per immagini

○ ECOGRAFIE

- › Ecografia mammaria
- › Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
- › Ecografia prostatica anche transrettale
- › Ecografia addome superiore
- › Ecografia addome inferiore

○ ECOCOLORDOPPLER

- › Ecodoppler cardiaco compreso color
- › Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
- › Ecocolordoppler aorta addominale
- › Ecocolordoppler tronchi sovraortici

Alta diagnostica per immagini

○ TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)

- › Angio TC
- › Angio TC distretti eso o endocranici
- › TC spirale multistrato (64 strati)
- › TC con e senza mezzo di contrasto

○ RISONANZA MAGNETICA (RM)

- › Cine RM cuore
- › Angio rm con contrasto
- › Rmn con e senza mezzo di contrastoPET
- › Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organodistretto- apparato

○ SCINTIGRAFIA (Medicina nucleare in vivo)

- › Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
- › Medicina nucleare in vivo
- › Tomoscintigrafia SPET miocardica
- › Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

○ DIAGNOSTICA STRUMENTALE

- › Campimetria
- › Elettrocardiogramma (ecg) dinamico con dispositivi analogici (holter)
- › Elettroencefalogramma
- › Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
- › Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
- › Elettromiografia (emg)
- › Elettroretinogramma
- › Monitoraggio continuo (24 Ore) della pressione arteriosa
- › Phmetria esofagea gastrica
- › Potenziali evocati
- › Spirometria
- › Tomografia mappa strumentale della cornea

Biopsie

Altri esami diagnostici e Terapie

○ ENDOSCOPIE DIAGNOSTICHE

- Colicistopancreatografia retrograda per via endoscopica diagnostica (CPRE)
- Cistoscopia diagnostica
- Esofagogastroduodenoscopia
- Pancolonscopia diagnostica
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscopia diagnostica

N.B.: nel caso in cui le prestazioni di endoscopia diagnostica, si trasformassero in corso di esame in endoscopie operative, il Fondo garantirà la copertura dell'endoscopia diagnostica mentre la differenza di importo relativa all'atto operatorio, rimarrà a carico dell'assistito.

○ ALTRI ESAMI DIAGNOSTICI

- Biopsia del linfonodo sentinella
- Emogasanalisi arteriosa
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Lavaggio bronco alveolare endoscopico
- Ricerca del linfonodo sentinella e punto di reperi

○ TERAPIE

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa le prestazioni fruite dall'iscritto, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 6.000,00.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

○ Prestazioni eseguite in strutture sanitarie private non convenzionate o in libera professione intramoenia

Rimborso del 50% della spesa sostenuta dall'iscritto, con un rimborso massimo per ciascuna fattura di euro 100,00

○ Prestazioni eseguite in strutture sanitarie convenzionate e personale convenzionato con SIA3

Rimborso della fattura con:

- un minimo non indennizzabile di euro 30,00 per ecografie ed ecodoppler
- un minimo non indennizzabile di euro 20,00 per tutti gli altri accertamenti diagnostici e/o cicli di terapia



A.4 Area specialistica privata e convenzionata

Prestazioni di Laboratorio

- PRESTAZIONI DI LABORATORIO (Analisi del sangue, ecc.)

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 50% della spesa sostenuta, con un massimo di euro 100,00 per fattura e con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 500,00.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruite in strutture/studi privati





A.5 Pacchetto maternità

- ECOGRAFIE
- VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO/ GINECOLOGICHE
- ESAMI DI LABORATORIO
- ESAMI PER LA DIAGNOSI PRENATALE (amniocentesi, villocentesi e Test del Dna fetale)
- INDENNITÀ PER RICOVERO

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo per le ecografie, le visite, le analisi di laboratorio e gli esami per la diagnosi prenatale rimborsa il 100% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 1.000,00.

Il Fondo prevede inoltre un'indennità da ricovero di euro 100,00 per ogni giorno di ricovero per parto.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- Rimborso per ticket sanitari
- Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruite in strutture/studi privati

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Per ciascuna gravidanza vengono rimborsate al massimo 6 visite ostetrico/ginecologiche
- L'indennità da ricovero viene erogata per un ricovero massimo di 7 giorni solo in occasione del parto. Per accedere all'indennizzo è necessario presentare la cartella clinica. Tale indennità può essere richiesta anche nel caso di un ricovero per aborto terapeutico.
- I documenti di spesa relativi alla gravidanza vanno presentati al Fondo in un'unica soluzione entro 60 giorni dalla data del parto o dell'aborto.



A.6 Prevenzione e igiene orale

○ VISITA ODONTOIATRICA

○ ABLAZIONE DEL TARTARO /
IGIENE ORALE

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 100% della spesa sostenuta per 1 visita specialistica odontoiatrica e 1 igiene orale.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- Rimborsato per prestazioni eseguite presso strutture e personale convenzionati SIA3 (elenco consultabile sul sito www.sia3.it)

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Sono rimborsabili 1 seduta di ablazione del tartaro/igiene orale e 1 visita odontoiatrica all'anno
- Sono escluse da tale garanzia la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi, etc.
- Esclusivamente per i pazienti affetti da malattia parodontale il Fondo rimborsa una seconda ablazione del tartaro/igiene orale. Tale patologia deve essere diagnosticata e documentata tramite opportuno esame radiografico o sondaggio parodontale o certificata dal dentista operante nella struttura convenzionata. La documentazione comprovante la patologia deve essere presentata contestualmente alla richiesta di rimborso e può essere datata fino a 12 mesi prima.





A.7 Cure odontoiatriche generali

- CURE ODONTOIATRICHE GENERALI (otturazioni, cure canalari, etc.)

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 100% della spesa sostenuta con un massimo di euro 400,00.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- Rimborso per prestazioni eseguite presso strutture e personale convenzionati SIA3 (elenco consultabile sul sito www.sia3.it)
- Non saranno accettate fatture riportanti voci di spesa generiche (es.: "cure odontoiatriche")
- Le fatture di acconto saranno accettate esclusivamente in presenza del preventivo inerente al piano di cura, dal quale si evincano in modo chiaro le prestazioni previste. Tale preventivo dovrà avere data anteriore o contestuale a quella indicata nelle fatture di acconto.





A.8 Implantologia e avulsione

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa:

- Applicazione di 1 impianto: 100% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 550,00.
- Applicazione di 2 impianti: 100% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 1.000,00
- Applicazione di 3 o più impianti: 100% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 2.800,00

Il Fondo rimborsa inoltre il 100% delle prestazioni di avulsioni per massimo 4 denti solo se queste sono necessarie per prestazioni di implantologia.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- Rimborso per prestazioni eseguite presso strutture e personale convenzionati SIA3 (elenco consultabile sul sito www.sia3.it)

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Nella garanzia rientrano le prestazioni per il posizionamento dell'impianto, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio ed il perno/moncone
- Con riferimento alle prestazioni di implantologia, il Fondo si riserva la facoltà di richiedere la documentazione clinica afferente alla prestazione in questione (RX endorale, ortopantomica, documentazione fotografica, ecc.).

Esclusioni operanti in riferimento alle garanzie da A.1 a A.8

Il Fondo non rimborsa: visite/cure di carattere estetico; visite mediche per il rilascio/rinnovo della patente automobilistica o nautica, per l'autorizzazione al porto d'armi o per l'idoneità alla pratica sportiva; visite medico-sportive; certificati medici; visite medico-legali, visite omeopatiche e/o naturopatiche e/o altrimenti riconducibili all'area della medicina alternativa/complementare; esame della vista svolto dall'ottico/optometrista; visite podologiche. Sono inoltre escluse e quindi non riconosciute, le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina o Chirurgia, nonché visite specialistiche effettuate presso studi odontoiatrici/ortodontici.





Prestazioni gestite da UniSalute per conto di SIA3

Di seguito vengono elencate le prestazioni gestite direttamente da UniSalute per conto di SIA3. Le indicazioni riportate sono indicate a beneficio dell'iscritto che vuole accedere ai rimborsi. Il testo integrale della polizza stipulata con la compagnia assicurativa è disponibile contattando gli uffici del Fondo SIA3.

Per contattare UniSalute, il numero dedicato per gli iscritti al Piano SIA3 è 800.009.623.

PROSECUZIONE VOLONTARIA

Le sole prestazioni gestite da UniSalute resteranno valide fino al 31 maggio successivo alla cessazione del rapporto di lavoro dipendente di impresa artigiana, sia per pensionamento sia per cambio di categoria.

Potranno rimanere valide anche dopo quel termine purché l'iscritto ne faccia richiesta a UniSalute entro il 15 giugno successivo, impegnandosi a pagare tramite SEPA il contributo annuale di euro 185,00





B.1 Ricovero ospedaliero per intervento chirurgico

compreso nell'elenco
alla fine del Piano Sanitario

In caso di ricovero ospedaliero per intervento chirurgico reso necessario da malattia o infortunio e compreso nell'elenco allegato, UniSalute provvede al pagamento delle seguenti prestazioni.

INTERVENTI CHIRURGICI INCLUSI NELL'ELENCO

Vedi l'elenco alla fine del presente Piano Sanitario

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

UniSalute eroga un rimborso annuo per le prestazioni della seguente garanzia pari a euro 100.000,00 **per assicurato con i seguenti sotto limiti indicati nelle specifiche garanzie.**



1.1 Prestazioni ricovero

A) PRE-RICOVERO (erogazione rimborso)

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche sostenuti nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero per l'intervento chirurgico, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

A.1) FISIOTERAPIA PRIVATA PRE-RICOVERO (erogazione rimborso)

Le fatture per fisioterapia correlata al ricovero, effettuata in strutture private non convenzionate, sono rimborsabili con uno scoperto pari al 20% della spesa.

B) INTERVENTO CHIRURGICO (erogazione rimborso o pagamento diretto presso strutture convenzionate)

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico (risultante dal referto operatorio) nonché diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi eventualmente applicate durante l'intervento.

C) ASSISTENZA MEDICA, MEDICINALI, CURE (erogazione rimborso o pagamento diretto presso strutture convenzionate)

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero per l'intervento chirurgico.

D) RETTA DI DEGENZA (erogazione rimborso o pagamento diretto presso strutture convenzionate)

Spese per il trattamento alberghiero, escluse quelle voluttuarie.

E) ACCOMPAGNATORE (erogazione rimborso o pagamento diretto presso strutture convenzionate)

Spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

F) ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA INDIVIDUALE (erogazione rimborso)

Spese per assistenza infermieristica privata individuale, nel limite massimo di 30 giorni per ricovero.

G) POST-RICOVERO (erogazione rimborso o pagamento diretto presso strutture convenzionate)

Esami ed accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero per intervento chirurgico. Per le prestazioni infermieristiche e i medicinali la richiesta dev'essere certificata all'atto della dimissione dall'Istituto di cura.



B.2 Trasporto sanitario

Spese per il 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.

Il massimale è di euro 2.000,00 per ricovero



B.3 Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste al punto B.1 "Ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati alla fine del Piano Sanitario)" con i relativi limiti in esso indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Nei 100 giorni precedenti il 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.



B.4 Indennità sostitutiva per intervento chirurgico

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, qualora non sia stato richiesto nessun rimborso né per il ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse, sarà corrisposta un'indennità di euro 100,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 100 giorni. Per il conteggio dei giorni di ricovero si considera il numero dei pernottamenti.

In alternativa potrà essere chiesto il rimborso delle spese per trattamento alberghiero o dei ticket sanitari relativi al ricovero per intervento chirurgico.



B.5 Neonati

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per tutti gli interventi effettuati nei primi tre anni di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite (diagnosticate nel primo anno di vita), comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post-intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in una struttura alberghiera per il periodo del ricovero, nel limite annuo di euro 10.000 per neonato.

Non sono compresi gli interventi chirurgici in regime di Day Hospital o ambulatoriali e non è prevista l'erogazione dell'indennità sostitutiva nel caso non vengano richiesti altri rimborsi per l'intervento chirurgico.

Modalità di calcolo del rimborso per le garanzie da B.1 a B.5

Prestazioni effettuate in strutture private o pubbliche convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati

Le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente UniSalute alle strutture sanitarie convenzionate con l'applicazione di una franchigia di euro 2.000,00 ad eccezione delle prestazioni di cui alla lett. a) "Pre-ricovero" e lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale" che vengono rimborsate nei limiti suindicati.

Per quanto riguarda la lett. a) "Pre-ricovero" contattando preventivamente la Centrale Operativa si potrà richiedere l'applicazione delle tariffe riservate agli iscritti UniSalute, il cui rimborso avverrà con i criteri di liquidazione sopra previsti.

Le spese di cui alle lett. b), c), d), e), g) vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate. È pertanto condizione necessaria contattare preventivamente la compagnia al numero 800.009623

Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute

Le spese sanitarie relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di euro 10.000,00, ad eccezione delle prestazioni fisioterapiche di cui alla lett. a) "Pre-ricovero" per le quali opera invece uno scoperto del 20% della spesa.

Prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale / Provinciale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del SSN, verrà attivata la garanzia prevista al punto B.4 "Indennità sostitutiva per intervento chirurgico".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'iscritto, le spese sostenute verranno rimborsate/liquidate secondo quanto indicato nei precedenti punti "Prestazioni in strutture private o pubbliche convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati" o "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute".



B.6 Ricovero per intervento chirurgico

non compreso nell'elenco
presente alla fine del Piano Sanitario

A

Indennità sostitutiva per intervento chirurgico non compreso nell'elenco (erogazione rimborso)

In caso di ricovero per intervento chirurgico diverso da quelli elencati al successivo allegato 1, è possibile richiedere per ogni giorno di ricovero successivo al 4° un'indennità pari a euro 80,00 al giorno per un periodo non superiore a 100 giorni per ogni ricovero.

B

Pre-ricovero (erogazione rimborso)

Ticket per esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche sostenuti nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero per l'intervento chirurgico, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.





B.7 Sindrome metabolica

ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA

L'iscritto, collegandosi al sito di UniSalute, dovrà compilare il questionario online. La compagnia, entro due giorni lavorativi, analizzerà i contenuti e comunicherà all'iscritto l'esito della valutazione tramite l'area riservata.

EROGAZIONE DELLA GARANZIA

- **Se i parametri sono nella norma:** l'iscritto riceverà indicazioni sui comportamenti e gli stili di vita che possono ulteriormente migliorarli, contattando l'assistito periodicamente
- **In caso di sindrome metabolica "non conclamata":** poiché gli indicatori del rischio devono essere monitorati, UniSalute con cadenza semestrale organizzerà per l'assistito lo svolgimento di prestazioni di controllo (esami di laboratorio).
Le prestazioni dovranno svolgersi in strutture convenzionate UniSalute e gli importi saranno liquidati direttamente da UniSalute alla struttura
- **In caso di sindrome metabolica "conclamata":** metterà a disposizione dell'iscritto, per le visite e gli accertamenti, le strutture convenzionate e/o i tariffari agevolati.



B.8 Non autosufficienza

La copertura è a beneficio dell'iscritto che si venga a trovare in una condizione accertata di "non autosufficienza consolidata", così come di seguito esplicitato. Pertanto, non sono assicurabili le persone che al momento di entrata in copertura si trovino già in tale stato di non autosufficienza.

Per "non autosufficienza consolidata" si intende l'insorgenza di una delle seguenti due condizioni:

- Il soggetto si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente di effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita (lavarsi, mangiare, spostarsi, vestirsi) e necessita in modo costante dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio o di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza;

OPPURE

- Il soggetto sia affetto da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer – diagnosticata per la prima volta dopo l'inizio della copertura, verificata da un referto medico e dopo esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein) – e necessiti in modo costante dell'assistenza di un terzo che lo sorvegli e/o compia i servizi di cura a domicilio o di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza.

L'iscritto può optare alternativamente per l'erogazione di una delle due coperture descritte ai punti B.8.1 e B.8.2.

B.8.1 Erogazione di indennità sostitutiva

L'iscritto può optare per la corresponsione di una indennità sostitutiva pari a euro 7.200,00 (600,00 euro/mese).

B.8.2 Prestazioni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria

Tale garanzia si attiva qualora l'iscritto opti per l'accesso ad un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e consiste nell'erogazione diretta della prestazione di assistenza per mezzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

Il massimale erogato in servizi è pari a euro 12.000,00 (1.000,00 euro/mese)

La garanzia è alternativa a quella descritta nel precedente punto B.8.1

B.8.3 Spese adeguamento domestico

Rimborso per le spese di adeguamento dell'abitazione per l'abbattimento delle barriere architettoniche

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

UniSalute eroga per gli interventi di adeguamento domestico un rimborso di euro 1.500,00

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- La garanzia opera nel caso l'iscritto sia dichiarato "non autosufficiente consolidato"
- Sono escluse le spese per acquisto/noleggio di carrozzine, sedie a rotelle, altri mezzi di ausilio, elettrodomestici



B.9 Critical illness

L'iscritto ha diritto all'erogazione di un importo "una tantum" in caso di insorgenza di una tra le "gravi malattie" elencate nel seguito.

○ NEOPLASIE MALIGNI

Si indica una massa di tessuto caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dalla invasione dei tessuti. Questo include leucemia, linfoma di Hodgkin, e linfoma non Hodgkin ma esclude i tumori di carattere non invasivo in situ e tumori della pelle diversi dal melanoma invasivo maligno.

○ INFARTO MIOCARDICO ACUTO

Si intende la necrosi di una porzione del muscolo cardiaco quale risultato di una inadeguata irrorazione sanguigna come evidenziata da un tipico dolore al petto, alterazioni nell'elettrocardiogramma e un aumento degli enzimi cardiaci.

○ ICTUS

Si intende un evento cerebrovascolare che come risultante crea un danno neuro-logico permanente. Sono specificamente esclusi attacchi ischemici transitori.

○ INTERVENTI CARDIACI

Si intende l'intervento denominato by-pass delle arterie coronariche. L'intervento viene effettuato su indicazione di uno specialista cardiologo, al fine di correggere la riduzione o il bloccaggio di una o più arterie coronariche mediante l'aggiunta di by-pass.

○ ANGIOPLASTICA

Gli interventi realizzati con qualsiasi tecnica, su indicazione di un cardiologo, al fine di correggere almeno del 50 % il restringimento di due o più arterie coronariche. UniSalute richiederà la prova angiografica a supporto della necessità delle operazioni suddette. Fra le tecniche di intervento sono comprese anche la angioplastica, il laser a eccimeri, la "rotablation", gli "stents" e la aterectomia direzionale.

○ PATOLOGIE A CARICO DELLE VALVOLE CARDIACHE

Si intendono patologie a carico delle valvole cardiache che comportino interventi a cuore aperto affrontati per riparare o sostituire una valvola anormale.

○ PATOLOGIE A CARICO DELL'AORTA

Si intendono le patologie a carico dell'aorta che comportino interventi affrontati per correggere qualsiasi restringimento, dissezione o aneurisma dell'aorta toracica o addominale.

○ INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

Si intende l'insufficienza renale in fase finale, caratterizzata da insufficienza cronica irreversibile del funzionamento di entrambi i reni a causa della quale si intraprende un processo di dialisi o un trapianto di rene.

○ TRAPIANTI

Si intendono le procedure legate al trapianto di cuore, fegato, polmone, rene, midollo osseo o pancreas.

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

L'iscritto ha diritto alla corresponsione di una somma "una tantum" pari a euro 7.000,00.

UniSalute verserà l'indennizzo all'iscritto, se questi è in vita dopo 30 giorni dalla diagnosi di grave malattia.

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

Relativamente agli stati patologici insorti precedentemente alla data di efficacia della copertura e non conosciuti dall'iscritto, la garanzia sarà efficace per gli eventi che si manifestino decorsi 180 giorni dalla decorrenza contrattuale.

Sono invece escluse le seguenti fattispecie: a) recidive di patologie esaminate, diagnosticate o curate prima dell'iscrizione a SIA3; b) recidive di patologie a fronte delle quali l'iscritto abbia già ricevuto un indennizzo in forza della presente polizza.





B.10 Second Opinion – Diagnosi comparativa

L'iscritto, se affetto da una delle seguenti gravi patologie, potrà ricevere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili.

I servizi garantiti nell'ambito di questa garanzia sono forniti esclusivamente per le seguenti patologie:

- AIDS
- MORBO DI ALZHEIMER
- PERDITA DELLA VISTA
- NEOPLASIE
- STATI VEGETATIVI
- MALATTIE CARDIOVASCOLARI
- PERDITA DELL'UDITO
- INSUFFICIENZA RENALE
- PERDITA DELLA PAROLA
- TRAPIANTO DI ORGANO
- PATOLOGIA NEURO MOTORIA
- SCLEROSI MULTIPLA
- PARESI
- MORBO DI PARKINSON
- INFARTO MIOCARDICO
- ICTUS
- USTIONI GRAVI

Per l'attivazione della garanzia, l'iscritto dovrà contattare UniSalute e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare a UniSalute la documentazione clinica in suo possesso, richiesta dal medico di UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata da UniSalute, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

La garanzia garantisce all'iscritto l'accesso ai seguenti servizi:

- Consulenza Internazionale: UniSalute rilascerà all'iscritto un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Best Doctors® e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione sanitaria richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
- Trova Il Medico: UniSalute, attraverso Best Doctors®, metterà in contatto l'iscritto con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Best Doctors® ricerca nel suo data-base e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'iscritto.
- Trova la Miglior Cura: Qualora l'iscritto intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UniSalute, affinché l'iscritto possa fruire di tariffe agevolate, provvederà a fissare attraverso Best Doctors® tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, nonché, laddove necessario, l'alloggio in albergo e il trasporto in automobile o ambulanza.
- Best Doctors® supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors consentirà all'iscritto di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.



B.11 Fisioterapia conseguente ad infortunio

PREMESSA

Il Fondo copre i trattamenti fisioterapici fruiti dall'iscritto a seguito di infortunio ed esclusivamente a fini riabilitativi.

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

- **Prestazioni riabilitative eseguite in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati.**
Pagamento diretto da parte di UniSalute alla struttura per le prestazioni erogate senza applicazione di franchigie o scoperti.
- **Prestazioni riabilitative eseguite in strutture sanitarie private non convenzionate o effettuate da personale non convenzionato con UniSalute.**
Rimborso del 75% delle spese sostenute dall'iscritto, con un minimo non indennizzabile di 70,00 euro per fattura/persona. La fattura potrà riferirsi all'intero ciclo fisioterapico.
- **Prestazioni riabilitative eseguite in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate**
Rimborso integrale dei ticket sanitari nel limite del massimale assicurato.

Il massimale annuo per assicurato è pari a euro 350,00.

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- L'infortunio deve essere attestato da un certificato di Pronto Soccorso, mentre il ciclo di terapie deve essere oggetto di prescrizione del medico "di famiglia" o dello specialista - la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata - ed effettuato da professionisti sanitari abilitati in terapia della riabilitazione.
- Non sono rimborsabili prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Esclusioni operanti in riferimento alle garanzie da B.1 a B.11

Relativamente alle Garanzia di "Non Autosufficienza" sono escluse le conseguenze: dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo; di alcolismo acuto o cronico, abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti; dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti (salvo le conseguenze di terapie mediche).

Relativamente alla Garanzia "Critical Illness", sono inoltre escluse: le conseguenze dirette di infortunio, nonché le malattie e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto o comunque noti all'assicurato.

Per le garanzie "Ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico", "Second Opinion" e "Fisioterapia conseguente a infortunio" l'assicurazione non è operante per: le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto; 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); gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo; gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno; gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato; le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo e azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave; 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 (salvo le conseguenze di terapie mediche); le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche; le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici; le conseguenze dirette o indirette di pandemie.



Elenco interventi chirurgici

QUALSIASI NEOPLASIA MALIGNA DI ORGANO OD APPARATO

- › La diagnosi per la presa in carico ed il successivo rimborso dovrà essere supportata da adeguata certificazione di sospetto diagnostico supportato da idoneo accertamento clinico (Citologia, Istologia, Diagnostica di immagine anatomica e metabolica, markers tumorali etc).

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 sul plesso brachiale
- › Intervento per ernie del disco lombo sacrali

OCULISTICA

- › Cataratta ed interventi sul cristallino con eventuale vitrectomia
- › Calazio
- › Retina, intervento per distacco
- › Interventi chirurgici per glaucoma

OTORINOLARINGOIATRIA

- › Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia)
- › Corde vocali decorticazione o Cordotomia in microlaringoscopia
- › Laringectomia parziale
- › Svuotamento dell'etmoide
- › Interventi per poliposi nasale
- › Ricostruzione della catena ossiculare
- › Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico

CHIRURGIA DEL COLLO

- › Tiroidectomia totale
- › Tiroidectomia totale con linfadenectomia
- › Resezione Esofago Cervicale
- › Dissezione Radicale del Collo
- › Escissione Dotto Tireoglosso

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- › Interventi per fistole bronchiali
- › Interventi per echinococchi polmonare
- › Pneumectomia totale o parziale
- › Intervento chirurgico per Enfisema bolloso

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- › Interventi sul cuore e grandi vasi con qualsiasi via di accesso sul torace
- › Tutti gli interventi in sala Emodinamica sul cuore
- › Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- › Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- › Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasverso
- › Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- › Asportazione di tumore glomico carotideo
- › Safenectomia per grandi vasi (solo varici della grande safena)

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- › Chirurgia bariatrica Sleeve Gastrectomy per BMI superiore a 33
- › Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- › Interventi con esofagoplastica
- › Intervento di Nissen per reflusso gastroesofageo
- › Intervento per mega-esofago
- › 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
- › ernia inguinale e femorale
- › Interventi per echinococcosi epatica
- › Resezioni epatiche
- › Resezione gastrica per ulcere non curabili farmacologicamente
- › Colectomia con qualsiasi tecnica
- › 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
- › Fistole entero-enteriche
- › Anastomosi entero-esofagee
- › Polipectomia per via laparotomica
- › Intervento per prolasso rettale

UROLOGIA

- › Prostatectomia sottocapsulare
- › Varicocele in microchirurgia
- › Surrenalectomia
- › Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- › Calcolosi urinaria

GINECOLOGIA

- › Isterectomia con eventuale annessiectomia
- › Sacrocolpopessi per via Addominale per colpocistorettocele
- › Miomectomia per via vaginale
- › Interventi per endometriosi

CHIRURGIA MAXILLO- FACCIALE

- › Interventi di chirurgia oro maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti a infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali superiore al 25%

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- › Interventi su legamenti, menisco e sinovia del ginocchio in artroscopia
- › Meniscectomia in artroscopia
- › Osteosintesi grandi, medi e piccoli segmenti
- › Riparazione Cuffia dei rotatori ed acromionoplastica spalla
- › 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
- › Interventi al tunnel carpale e dito a scatto
- › Amputazioni di piccoli, medi e grandi segmenti



Sanità Integrativa Artigianato 3ntino

www.sia3.it



Sanità Integrativa Artigianato 3ntino

Polizza assicurativa per la parte del Piano sanitario gestita dalla Compagnia Assicurativa

Condizioni di Assicurazione

Contratto di assicurazione sanitaria

PIANO SANITARIO SIA 3

Versione del 02/05/2019

INDICE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	4
GLOSSARIO	4
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	10
1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	10
2. PERSONE ASSICURATE.....	10
2.1 DIPENDENTI.....	10
2.2 PROSECUTORI	10
3. RICOVERO.....	11
3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO (COME DA ELENCO AL SUCCESSIVO ALLEGATO 1).....	11
3.2 TRASPORTO SANITARIO	12
3.3 TRAPIANTI	12
3.4 NEONATI.....	12
3.5 MODALITÀ' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI.....	12
3.6 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO (COME DA ELENCO AL SUCCESSIVO ALLEGATO 1).....	13
3.7 INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO (DIVERSO DA QUELLI DI CUI ALL'ELENCO ALLEGATO 1))	13
3.8. MASSIMALE ASSICURATO	13
4. SINDROME METABOLICA	13
5. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE	14
5.1 OGGETTO DELLA GARANZIA.....	14
5.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ.....	14
5.3 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA PERMANENTE	15
5.4 SOMMA ASSICURATA.....	15
5.5 SPESE PER ADEGUAMENTO DOMESTICO	15
6. CRITICAL ILLNESS.....	17
6.1 OGGETTO DELLA GARANZIA	17
6.2 CARENZA	19
6.3 SOMMA ASSICURATA.....	19
6.4 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO	19
6.5 TERMINE PER L'INDENNIZZO.....	19
7. DIAGNOSI COMPARATIVA	19
8. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO.....	20
9. SERVIZI DI CONSULENZA	21
10. PREMIO	21
11. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA – INCLUSIONI ED ESCLUSIONI...	22
A CONDIZIONI GENERALI.....	23
A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	23
A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE - TACITA PROROGA DELL'ASSICURAZIONE	23
A.3 MANCATO RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE	23
A.4 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.....	23
A.5 ONERI FISCALI.....	23

A.6	FORO COMPETENTE	23
A.7	TERMINI DI PRESCRIZIONE	24
A.8	RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	24
A.9	ALTRE ASSICURAZIONI.....	24
B	LIMITAZIONI	24
B.1	ESTENSIONE TERRITORIALE.....	24
B.2	ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE	24
C	SINISTRI	25
C.1	DENUNCIA DEL SINISTRO	25
C.1.1	RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA DA PARTE DELLA SOCIETÀ.....	25
C.1.2	RICHIEDA DI EROGAZIONE DI SERVIZI DI ASSISTENZA / CORRESPONSIONE INDENNITÀ.....	26
C.2	PRESTAZIONI	27
C.2.1	EROGAZIONE DIRETTA DELLA PRESTAZIONE DI ASSISTENZA - PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI) E PRESTAZIONI SANITARIE MEDICO ASSISTENZIALI FORNITE DA STRUTTURE CONVENZIONATE	27
C.2.2	RICHIEDA DI CORRESPONSIONE DELL'INDENNITÀ SOSTITUTIVA.....	29
C.2.3	ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA E DEGLI STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA NON CONSOLIDATI.....	29
C.2.4	ADEGUAMENTO DOMESTICO	29
C.2.5	RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIURGICO E TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO.....	31
C.2.5.1	DENUNCIA DEL SINISTRO	31
C.2.5.2	SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ	31
C.2.5.3	SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.....	32
C.2.5.4	SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ.....	32
C.3	CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE.....	33
C.4	CLAUSOLA BROKER.....	33
	INFORMATIVA PRIVACY.....	38

Versione del 02/05/2019

GLOSSARIO

Accertamento diagnostico

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

Agenti

Gli intermediari che agiscono in nome o per conto di una o più imprese di assicurazione o di riassicurazione, iscritti nella sezione A del registro.

Amministratore di sostegno

Persona nominata dal Giudice Tutelare per svolgere atti sia in sostituzione che congiuntamente alla persona non autosufficiente; questa figura è stata istituita per tutelare e aiutare le persone con gravi stati di disabilità o non autosufficienza quindi la persona assistita mantiene la sua capacità di agire e di decidere.

Anno

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

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Assistenza

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

Assistenza Infermieristica

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

Atti ordinari della vita

Spostarsi: capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio.

Lavarsi: capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo.

Vestirsi: capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente.

Nutrirsi: capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire.

Best Doctors

La Società che coadiuva UniSalute nella gestione dei sinistri previsti alla garanzia “Diagnosi comparativa”:
Best Doctors, Calle Almagro, 36, 28010 Madrid – Spagna.

Broker

Intermediario che agisce su incarico del cliente e che non ha poteri di rappresentanza di imprese di assicurazione o di riassicurazione iscritto nella sezione B del registro.

Case Manager (CM)

Infermiere responsabile dell'accertamento dei problemi dei pazienti e delle loro famiglie, identifica i problemi esistenti o potenziali, valutando le condizioni fisiche, psicosociali ed emotive della persona e sviluppa poi il PAI che risponde alle necessità identificate.

Centrale Operativa/Struttura organizzativa

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

La Centrale Operativa con linea telefonica “verde” provvede a:

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

Contraente

Il soggetto che stipula la polizza.

Diagnosi comparativa

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

Difetto fisico

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

Dipendenti e collaboratori

I soggetti che, dietro compenso, su incarico degli intermediari iscritti nelle sezioni A, B e D del registro, svolgono l'attività di intermediazione assicurativa e riassicurativa all'interno o, se iscritti nella sezione E del registro, anche fuori dai locali dell'intermediario per il quale operano.

Documentazione sanitaria

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

FIN-NET

La rete per la risoluzione extragiudiziale delle liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari nello Spazio economico europeo, istituita sulla base della Raccomandazione della Commissione europea

98/257/CE del 30 marzo 1998, riguardante i principi applicabili agli organi responsabili per la risoluzione extragiudiziale delle controversie in materia di consumo.

Franchigia

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

Imprese di assicurazione

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

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

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

Intermediari

Le persone fisiche o le società iscritte nel registro unico elettronico degli intermediari assicurativi di cui all'articolo 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209.

Intermediari iscritti nell'elenco annesso

intermediari assicurativi con residenza o sede legale in un altro Stato membro iscritti nell'elenco annesso al registro di cui all'art. 116 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, abilitati ad operare in Italia in regime di stabilimento e di libera prestazione di servizi.

Intervento chirurgico

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

Istituto di Cura

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

Ivass

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

Lettera di Impegno

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

Libera professione intramuraria

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

Lite transfrontaliera

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

Malattia

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

Malformazione

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

Massimale

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

Massimale mensile

L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la somma mensile massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Medicinale

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

Medicina non ufficiale

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

Pandemia

Manifestazione collettiva d'una malattia con tendenza a diffondersi rapidamente.

Piano assistenziale Individualizzato (PAI)

E' lo strumento operativo di eccellenza per l'area infermieristica; ha lo scopo di valutare la persona dal punto di vista clinico, assistenziale, sociale ed economico per elaborare un piano di assistenza che soddisfi tutte le necessità riscontrate. Il PAI permetterà l'attivazione delle prestazioni medico/assistenziali che sono state valutate necessarie all'Assicurato non autosufficiente.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

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

Questionario di riconoscimento di uno stato di non autosufficienza

Documento contenente le informazioni sullo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medico curante e dall'Assicurato stesso o dal suo tutore legale o dall'amministratore di sostegno o dal familiare preposto alla cura dell'Assicurato.

Reclamo

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

Reclamante

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

Registro

Il registro unico elettronico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'articolo 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209.

Ricovero

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

Ricovero di lunga convalescenza (definizione relativa a "Stati di non autosufficienza")

La degenza in istituto di cura specializzata nell'assistenza agli anziani.

Rischio

La probabilità del verificarsi del sinistro.

RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali)

Strutture non ospedaliere, ma comunque a carattere sanitario, che ospitano per un periodo variabile, da poche settimane al tempo indeterminato, le persone non autosufficienti che non possono essere assistite al domicilio fornendo un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa e con un alto livello di assistenza tutelare e alberghiera.

Scoperto

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

Sinistro

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

Società

UniSalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

Stato di non autosufficienza consolidato

Situazione irreversibile e permanente, relativa alla salute dell'Assicurato, di norma suscettibile solo di ulteriore aggravamento.

Somma garantita

L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la somma mensile massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico e relativi medici chirurghi – dedicati al presente Piano Sanitario – con cui UniSalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Tutore legale

Con la procedura di interdizione il soggetto viene privato della capacità giuridica che viene attribuita a un'altra persona, denominata il Tutore, nominato dal Tribunale. L'interdizione è la misura giudiziale prevista nell'interesse del soggetto totalmente incapace di intendere e di volere a causa di un'abituale infermità di mente e ha lo scopo di tutelare il soggetto disabile.

Il tutore ha comunque la necessità dell'autorizzazione del Tribunale per gli atti di straordinaria amministrazione.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per per:

- ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (come da elenco al successivo allegato1);
- Indennità giornaliera per ricovero istituto di cura per intervento chirurgico (diverso da quelli di cui all'elenco allegato 1);
- sindrome metabolica;
- stati di non autosufficienza consolidata/permanente;
- critical illness;
- diagnosi comparativa;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio;
- servizi di consulenza.

2. PERSONE ASSICURATE

2.1 DIPENDENTI

L'assicurazione è prestata a favore dei dipendenti delle Imprese Artigiane della Provincia di Trento purché in forza in data posteriore al 31 maggio 2019, indipendentemente dalle mansioni e dal tipo di contratto di lavoro.

2.2 PROSECUTORI

Le persone assicurate ai sensi del precedente articolo 2.1 hanno diritto di proseguire nella copertura dopo la cessazione del rapporto di lavoro in forza del quale beneficiavano dell'Assicurazione.

La volontà di esercitare questo diritto deve essere formalizzata al Contraente, utilizzando il modulo di cui allegato 3), entro il mese successivo alla scadenza annuale di polizza. Nei quindici giorni successivi il Contraente s'impegna a inviare alla Società, tramite il Broker, copia digitale dei moduli raccolti e un prospetto di riepilogo contenente cognome, nome, codice fiscale e data di cessazione dei proscutori.

Alla scadenza di ogni annualità assicurativa il Contraente trasmetterà alla Società, tramite il Broker, l'elenco delle persone che, nel periodo, hanno richiesto di non mantenere attiva la prosecuzione della copertura o non hanno corrisposto il premio di rinnovo.

La copertura proseguirà senza interruzioni fin tanto che sarà continuativamente corrisposto il premio previsto per la categoria degli ex-dipendenti, purché resti in essere l'assicurazione dei soggetti di cui all'articolo 2.1 (Dipendenti).

Qualora l'Assicurato riacquisisse il diritto alla copertura ai sensi del precedente articolo 2.1 (Dipendenti), quella attivata esercitando la facoltà di prosecuzione cesserà automaticamente dalla prima scadenza annuale di polizza, restando fino ad allora attive entrambe le coperture.

La Società provvederà ad allegare all'atto di rinnovo della polizza l'elenco delle variazioni intervenute nell'annualità.

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO (COME DA ELENCO AL SUCCESSIVO ALLEGATO 1)

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

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche **effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.**

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

a.1) Fisioterapia privata pre - ricovero

Viene inoltre ricompresa in garanzia la fisioterapia effettuata in strutture private non convenzionate con la Società purché resa necessaria dal ricovero stesso.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale con l'applicazione di uno scoperto del 20%.

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. **Sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.**

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel **limite massimo di 30 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 successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.**

3.2 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, **con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 2.000,00 per ricovero.**

3.3 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese **previste ai punti 3.1 "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato 1)" 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.

3.4 NEONATI

La Società provvede al pagamento delle spese per interventi effettuati nei primi tre anni di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite (diagnosticate nel primo anno di vita), comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in una struttura alberghiera per il periodo del ricovero, nel limite annuo di **€ 10.000,00** (diecimila/zerozero) per neonato. Detta somma s'intende garantita in eccedenza rispetto all'analogha prestazione prevista dal Piano Sanitario gestito dal contraente; qualora, per qualsiasi motivo, la prestazione del Fondo non fosse operante, questa garanzia coprirà le suddette spese fino a concorrenza della somma assicurata.

3.5 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 con l'applicazione di una franchigia di **€ 2.000,00**, ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato 1)":

- **lett. a) "pre ricovero";**
- **lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";**

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

Per quanto riguarda la lett. a) "Pre ricovero", contattando preventivamente la Centrale Operativa potrà richiedere l'applicazione delle tariffe riservate agli assicurati UniSalute, il cui rimborso avverrà con i limiti previsti al presente punto.

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 un minimo non indennizzabile di € 10.000,00**-fatto salvo le prestazioni di cui al punto "a.1) Fisioterapia privata pre e durante il ricovero" che verranno liquidate con uno scoperto del 20%.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale / Provinciale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.6 "Indennità sostitutiva per intervento chirurgico".

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

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate/liquidate 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".

3.6 INDENNITA' SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO (COME DA ELENCO AL SUCCESSIVO ALLEGATO 1)

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse, avrà diritto a un'indennità di € 100,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 100 giorni per ogni ricovero.

3.7 INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO (DIVERSO DA QUELLI DI CUI ALL'ELENCO ALLEGATO 1)

L'Assicurato, in caso di ricovero con intervento chirurgico diverso da quelli elencati al successivo allegato 1, avrà diritto per ogni giorno di ricovero chirurgico successivo al 4° ad un'indennità di € 80,00 al giorno per un periodo non superiore a 100 giorni per ogni ricovero.

La Società provvederà inoltre al rimborso dei ticket per esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero con intervento chirurgico.

3.8 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 100.000,00 per Assicurato.

4. SINDROME METABOLICA

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 email 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.

L'Assicurato verrà contattato dalla Società (via email, 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 sotto indicate 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, all'Assicurato verrà fornito un **servizio che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate con la Società a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.**

5. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE

5.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società garantisce, esclusivamente attraverso la propria rete di strutture sanitarie convenzionate, l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita all'Assicurato ai sensi dell'articolo 5.4 quando questi si trova in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo articolo 5.3.

In alternativa alle prestazioni di cui al comma precedente, su richiesta dell'Assicurato e nei modi previsti dall'articolo C.2.2, la Società provvederà alla corresponsione di un'indennità sostitutiva mensile di importo pari alla somma garantita all'Assicurato, indicata nell'articolo 5.4.

5.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Non sono assicurabili le persone che al momento di entrata in copertura, si trovino già in uno stato di non autosufficienza, come definito all'articolo 5.3, fatte salve le posizioni in continuità assicurativa con la polizza numero 4083/194/40015485.

5.3 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA PERMANENTE

Ai fini dell'operatività della presente garanzia, viene riconosciuta in stato di non autosufficienza la persona il cui stato di salute viene giudicato "consolidato" e che:

1. si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente di effettuare da sola almeno tre dei quattro atti ordinari della vita (lavarsi, mangiare, spostarsi, vestirsi, secondo le definizioni dell'**Allegato 2**) e necessita in modo costante:
 - dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio
 - di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza;

OPPURE

2. sia affetta da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer – diagnosticata per la prima volta dopo l'inizio della copertura, verificata da un referto medico e dopo esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein)- e necessari in modo costante:
 - o dell'assistenza di un terzo che la sorvegli e/o compia i servizi di cura a domicilio;
 - o di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza.

5.4 SOMMA ASSICURATA

Il **massimale annuo garantito** nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al precedente articolo 5.3 e l'**importo massimo mensile garantito** (o l'equivalente Indennità Sostitutiva) sono rispettivamente di € 7.200,00 (settemiladuecento) e di € 600,00 (seicento).

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'articolo dà diritto all'Assicurato di richiedere la corresponsione della somma assicurata alternativamente nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi articoli C.2.1 e C.2.2:

- a. Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), consistente nell'erogazione diretta della prestazione di assistenza, per mezzo di strutture sanitarie convenzionate;

OPPURE

- b. corresponsione d'una Indennità Sostitutiva.

Qualora l'Assicurato o chi lo rappresenta optino per il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), finché l'opzione non fosse modificata secondo quanto previsto all'articolo C.1.2, il massimale sarà aumentato a **€ 12.000 (euro dodicimila) annui e l'importo mensile di conseguenza sarà di € 1.000 (euro mille)**.

5.5 SPESE PER ADEGUAMENTO DOMESTICO

Rimborso Spese per "Adeguamento Domestico" per gli Assicurati che si trovano in Stato di NON Autosufficienza Permanente.

Con effetto 31/05/2019 la Società rimborsa le spese sostenute per l'Adeguamento Strutturale Domestico o per l'Accesso all'Ambiente Domestico, d'ora in poi denominato "Adeguamento Domestico", a favore dell'Assicurato al quale è stato riconosciuto lo Stato di Non Autosufficienza Permanente.

Relativamente a questa garanzia, **s'intendono "Assicurati" solo:**

- a. i dipendenti cui è stato riconosciuto lo stato di non autosufficienza permanente;

- b. gli ex dipendenti cui è stato riconosciuto lo stato di non autosufficienza permanente dopo la cessazione del rapporto di lavoro per evento occorso, diagnosticato o aggravatosi quando erano iscritti al Contraente.

Fermo l'esonero dall'obbligo del pagamento del premio dopo il riconoscimento dello stato di non autosufficienza permanente (art. 10), nel caso b) dovrà essere stato esercitato il diritto di proseguire nella copertura.

La copertura prevede il rimborso delle spese, dettagliate nei successivi punti a) usque l), per l'abbattimento delle barriere architettoniche interne all'abitazione oppure di accesso all'abitazione e le opere anche murarie effettuate all'interno all'abitazione per adattarle alle esigenze specifiche degli Assicurati non autosufficienti. Il rimborso delle spese è previsto **nei limiti di un massimale autonomo di € 1.500,00 all'anno per ogni Assicurato.**

La garanzia comprende il rimborso delle spese sostenute per:

- a. Adeguamento di porte e di portefinestre interne, o altre vie di passaggio, tali da consentire un agevole transito anche dell'Assicurato non autosufficiente su sedia a ruote.
- b. Per adeguamento si intende l'intervento su dimensioni, posizionamento e manovrabilità di porte e di portefinestre. È compresa l'installazione di porte scorrevoli o con anta a libro.
- c. Sostituzione e/o modifica di maniglie dei fissi e degli infissi, con il riposizionamento delle stesse ad un'adeguata altezza e/o con l'installazione di meccanismi di apertura e di chiusura delle stesse tali da renderle facilmente utilizzabili anche da parte di persone con ridotte o impedito capacità motorie o sensoriali.
- d. Interventi di allargamento e adeguamento del portone d'ingresso e di fissi e infissi del condominio e/o del fabbricato in cui abita l'Assicurato non autosufficiente, tali da evitare ostacoli al suo transito su sedia a ruote e quindi per agevolarne l'accesso alla propria abitazione.
- e. Eliminazione dei dislivelli presenti sul pavimento dell'abitazione e dell'eventuale soglia interposta tra l'ambiente esterno (per es. balcone, terrazza, cortile, giardino) e l'ambiente interno, in modo tale da consentire il transito dell'Assicurato non autosufficiente anche su sedia a ruote.
- f. Adeguamento dei camminamenti esterni (per es. marciapiedi, viottoli, gradini, scale) su suolo privato e/o e di cancelli con l'abbattimento di eventuali barriere architettoniche esistenti e/o allargamento del passaggio dell'Assicurato non autosufficiente anche su carrozzina/sedia a rotelle per l'accesso alla propria abitazione. Adeguamento del garage e/o del posto auto assegnato all'Assicurato non autosufficiente, purché su suolo privato, per consentire il suo transito anche su carrozzina/sedia a rotelle e tale da consentire le necessarie e agevoli manovre di salita e discesa dal veicolo adibito al suo trasporto anche su sedia a ruote.
- g. Sostituzione dei servizi igienici esistenti, come lavabi, WC, bidet, docce e/o vasche da bagno, con altri impianti sanitari adeguati allo stato di non autosufficienza dell'Assicurato.
- h. Si intendono incluse le eventuali spese per le opere murarie/edili e quelle necessarie per i nuovi impianti, sia idraulici che elettrici, rese necessarie per l'installazione dei nuovi sanitari e/o tali da consentire le indispensabili manovre dell'Assicurato non autosufficiente su sedia a ruote.
- i. Interventi su gradini, scale e corridoi esistenti sia all'interno dell'abitazione sia all'interno del condominio/fabbricato ove abita l'Assicurato non autosufficiente e tali da permettere il suo passaggio anche su sedia a ruote e/o il passaggio contemporaneo di due persone e/o il passaggio orizzontale di una barella.
- j. Installazione o sostituzione di idonei congegni di risalita e/o discesa quali per esempio l'ascensore interno, il montacarichi, il servoscala, le piattaforme elevatrici.

- k. Interventi murari/edili per l'ampliamento della camera da letto destinata all'Assicurato non autosufficiente, tali da poter inserire un letto e/o attrezzature mediche necessari e adeguati allo stato di non autosufficienza dell'Assicurato.
- l. Riposizionamento e sostituzione di interruttori di corrente, di apparecchi/congegni elettrici/elettronici, di quadri generali, di valvole e di rubinetti di arresto delle varie utenze, di regolatori di impianti di riscaldamento e condizionamento, nonché di campanelli, pulsanti di comando e citofoni che per tipo e posizione planimetrica e altimetrica potranno permettere un uso agevole anche da parte di persona non autosufficiente su sedia a ruote.
- m. Trattamento antiscivolo/antisdrucchiolo della pavimentazione dell'abitazione e/o delle parti condominiali/del fabbricato, purché insistenti su area privata, che conducono all'accesso dell'abitazione e/o del garage/posto auto dell'Assicurato non autosufficiente.

Si intendono escluse le spese sostenute per:

- a. acquisto/noleggio di carrozzine/sedie a rotelle;
- b. acquisto/noleggio qualsiasi mezzo di ausilio (sono esclusi anche gli ausili meccanici, tecnici ed informatici/elettronici);
- c. acquisto/noleggio di arredi e/o suppellettili e/o elettrodomestici, ancorché destinati esclusivamente all'Assicurato non autosufficiente;
- d. le spese non espressamente previste;
- e. le spese sostenute prima del 31/05/2019, pur in presenza di uno stato di non autosufficienza consolidato già accertato.

6. CRITICAL ILLNESS

6.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

Alle persone di cui all'articolo 2 la Società garantisce un importo una tantum nel caso in cui si manifesti in data successiva all'inizio della copertura, una delle patologie indicate di seguito.

La somma assicurata non potrà essere corrisposta più volte a uno stesso Assicurato a seguito del ripetersi di patologie o condizioni già indennizzati dalla Società ai sensi della presente garanzia.

Malattie indennizzabili

Sono considerati indennizzabili i casi ascrivibili alle seguenti Malattie Gravi.

NEOPLASIE MALIGNI

Si indica una massa di tessuto caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dalla invasione dei tessuti. Questo include leucemia, linfoma di Hodgkin, e linfoma non Hodgkin ma esclude i tumori di carattere non invasivo in situ e tumori della pelle diversi dal melanoma invasivo maligno.

INFARTO MIocardico ACUTO

Si intende la necrosi di una porzione del muscolo cardiaco quale risultato di una inadeguata irrorazione sanguigna come evidenziata da un tipico dolore al petto, alterazioni nell'elettrocardiogramma e un aumento degli enzimi cardiaci.

ICTUS

Si intende un evento cerebrovascolare che come risultante crea un danno neurologico permanente. Sono specificamente esclusi attacchi ischemici transitori.

INTERVENTI CARDIACI

Si intende l'intervento denominato By-pass delle arterie coronariche. L'intervento viene effettuato su indicazione di uno specialista cardiologo, al fine di correggere la riduzione od il bloccaggio di una o più arterie coronariche mediante l'aggiunta di by-pass.

ANGIOPLASTICA

Gli interventi realizzati con qualsiasi tecnica, su indicazione di un cardiologo, al fine di correggere almeno del 50 % il restringimento di due o più arterie coronariche. La Società richiederà la prova angiografica a supporto della necessità delle operazioni suddette.

Fra le tecniche di intervento sono comprese anche la angioplastica, il laser a eccimeri, la "rotablation", gli "stents" e la aterectomia direzionale.

PATOLOGIE A CARICO DELLE VALVOLE CARDIACHE

Si intendono patologie a carico delle valvole cardiache che comportino interventi a cuore aperto affrontati per riparare o sostituire una valvola anormale.

PATOLOGIE A CARICO DELL'AORTA

Si intendono le patologie a carico dell'aorta che comportino interventi affrontati per correggere qualsiasi restringimento, dissezione o aneurisma dell'aorta toracica o addominale.

INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

Si intende l'insufficienza renale in fase finale, caratterizzata da insufficienza cronica irreversibile del funzionamento di entrambi i reni a causa della quale si intraprende un processo di dialisi o un trapianto di rene.

TRAPIANTI

Si intendono le procedure legate al trapianto di cuore, fegato, polmone, rene, midollo osseo o pancreas.

SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA)

Malattia neurodegenerativa progressiva del motoneurone – ad eziologia ignota nel 90-95% dei casi ed ereditaria nel 5-10% dei casi - che colpisce selettivamente i motoneuroni, sia centrali sia periferici. E' caratterizzata da rigidità muscolare, contrazioni muscolari e graduale debolezza a causa della diminuzione delle dimensioni dei muscoli. Ciò si traduce in difficoltà di parola, della deglutizione e, infine, della respirazione.

MALATTIA DI PARKINSON

Malattia neurodegenerativa. I sintomi motori tipici della condizione sono il risultato della morte delle cellule che sintetizzano e rilasciano la dopamina che si trovano nella substantia nigra, una regione del mesencefalo. La causa che porta alla loro morte è sconosciuta. All'esordio della malattia, i sintomi più evidenti sono legati al movimento, ed includono tremori, rigidità, lentezza nei movimenti e difficoltà a camminare. In seguito, possono insorgere problemi cognitivi e comportamentali, con la demenza che si verifica a volte nelle fasi avanzate. La malattia di Parkinson è più comune negli anziani; la maggior parte dei casi si verifica dopo i 50 anni.

MALATTIA DI ALZHEIMER

La forma più comune di demenza degenerativa progressivamente invalidante con esordio prevalentemente in età presenile (oltre i 65 anni, ma può manifestarsi anche in epoca precedente). Si stima che circa il 50-70% dei casi di demenza sia dovuta a tale condizione, mentre il 10-20% a demenza vascolare.

Il sintomo precoce più frequente è la difficoltà nel ricordare eventi recenti. Con l'avanzare dell'età: afasia, disorientamento, cambiamenti repentini di umore, depressione, incapacità di prendersi cura di sé, problemi nel comportamento. Ciò porta il soggetto inevitabilmente a isolarsi nei confronti della società e della famiglia. A poco a poco, le capacità mentali basilari vengono perse. Anche se la velocità di progressione può variare, l'aspettativa media di vita dopo la diagnosi è dai tre ai nove anni

Le Parti provvederanno alla periodica verifica delle sopraddette descrizioni, al fine di mantenerle aggiornate in relazione ai progressi della scienza e della tecnica mediche.

6.2 CARENZA

Relativamente agli stati patologici insorti precedentemente alla data di efficacia della copertura e non conosciuti dall'Assicurato, la garanzia sarà efficace per gli eventi che si manifestino decorsi 180 giorni dalla decorrenza contrattuale, fatte salve le posizioni in continuità assicurativa con la polizza numero 4083/194/40015485.

6.3 SOMMA ASSICURATA

La somma assicurata è di € 7.000,00 (settemila).

6.4 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato o i suoi aventi causa devono presentare denuncia alla Società entro 60 giorni dalla data in cui è stata diagnosticata la Malattia Grave, corredata dalla relativa documentazione medica in loro possesso, nonché sciogliere da ogni riserbo i medici curanti.

Nella fase di accertamento dell'indennizzabilità della Malattia Grave, l'Assicurato o i suoi aventi causa, sotto pena di decadenza della relativa prestazione, si impegnano a fornire con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società, ai fini del predetto accertamento, nonché a presentare le eventuali prove utili alla Società per stabilire cause ed effetti delle Malattie Gravi indennizzabili.

La Società, infine, nei casi dubbi, si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare la diagnosi di Malattia Grave con propri medici di fiducia, i cui costi saranno a totale carico della Società medesima.

6.5 TERMINE PER L'INDENNIZZO

La Società verserà l'indennizzo se l'Assicurato si trova ancora in vita dopo 30 giorni dalla diagnosi della Malattia Grave.

7. DIAGNOSI COMPARATIVA

L'Assicurato potrà avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto.

Telefonando al numero verde della Centrale Operativa UniSalute 800-009623, l'Assicurato verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

La Società mette a disposizione dell'Assicurato i seguenti servizi:

1. Consulenza Internazionale. UniSalute rilascerà all'Assicurato un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Best Doctors® e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione sanitaria richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
2. Trova Il Medico. UniSalute, attraverso Best Doctors®, metterà in contatto l'Assicurato con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Best Doctors® ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Assicurato.
3. Trova la Miglior Cura. Qualora l'Assicurato intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UniSalute, la stessa, affinché l'Assicurato possa fruire di tariffe agevolate, provvederà a fissare attraverso Best Doctors® tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, nonché, laddove necessario, l'alloggio in albergo e il trasporto in automobile o ambulanza.

Best Doctors® supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors® consentirà all'Assicurato di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

L'insieme delle prestazioni sopraindicate è **fornito esclusivamente per le seguenti patologie:**

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Perdita della vista
- Neoplasie
- Stati vegetativi
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Paresi
- Morbo di Parkinson
- Infarto miocardico
- Ictus
- Ustioni Gravi

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà **contattare UniSalute e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare alla Società la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa.** Tale documentazione sarà poi inoltrata dalla Società, con **costi a proprio carico**, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella **specifico patologia.**

8. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società 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 medico “di famiglia” o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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 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 con l'applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 70,00 per fattura/persona.

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 € 350,00.

9. SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-009623 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.

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.

10. PREMIO

Il premio annuo per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivo di oneri fiscali, corrisponde ai seguenti importi:

- **Dipendenti fino a 67 anni compiuti € 47,00**
- **Dipendenti oltre 67 anni compiuti € 185,00**
- **Ex dipendenti (ad adesione) € 185,00**

11. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA – INCLUSIONI ED ESCLUSIONI

La copertura si intende pienamente efficace dalle ore 24.00 del 31 maggio 2019, ferma la carenza prevista dalla garanzia Critical Illness (art. 6.2).

Successivamente la copertura si intenderà efficace, **ferma la carenza prevista dalla garanzia Critical Illness (art. 6.2):**

- in forma rimborsuale (laddove previsto dalle specifiche garanzie) dalle ore 24 del giorno di assunzione;
- In forma diretta **nelle strutture convenzionate con la Società** dal decimo giorno lavorativo successivo all'invio dei nominativi da parte del contraente, tramite il Broker.

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, gli ex-dipendenti vengono **mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.**

Al termine di ciascun periodo assicurativo trimestrale (31 agosto, 30 novembre, 28 febbraio e 31 maggio) il Contraente trasmetterà alla Società, tramite il Broker, con riguardo al precedente trimestre solare, gli elenchi dei dipendenti iscritti al Fondo SIA3, assunti e dimessi dalle Imprese Artigiane della Provincia di Trento.

Per le inclusioni in copertura la retrodatazione della data di effetto è consentita fino al primo giorno del quarto mese antecedente la data di comunicazione.

Per le esclusioni dalla copertura la retrodatazione della data di effetto è consentita per le cessazioni comunicate entro il 31 ottobre e col limite massimo della precedente scadenza annuale della polizza. Nei riguardi degli assicurati la cui esclusione sia stata comunicata successivamente, ove nel frattempo fossero state corrisposte delle prestazioni (rimborso o pagamento diretto), la Società potrà agire per il recupero dei costi sostenuti, restituendo al Fondo l'intero premio indebitamente corrisposto con l'ultimo rinnovo della polizza.

La Società, con apposito atto, calolerà il premio trimestralmente dovuto per le inclusioni e il rimborso annuale per le esclusioni, che – nei limiti della retrodatazione consentita – corrisponderà:

- **PER LE INCLUSIONI:** a tanti 360mi del premio annuo, imposte comprese, quanti sono i giorni compresi fra quello d'inizio del rapporto di lavoro e la successiva scadenza annuale della polizza;
- **PER LE ESCLUSIONI** all'intero premio annuo, al netto delle imposte, per gli assicurati cessati prima dell'annualità assicurativa in corso.

Il saldo risultante sarà regolato col perfezionamento dell'atto medesimo.

A CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella polizza, se il premio o la prima rata sono stati pagati, diversamente ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.

I premi devono essere pagati alla Società tramite il Broker incaricato.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c.

A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE - TACITA PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

La polizza ha durata annuale e scade alle ore 24 del 31/05/2020.

La Società rinuncia alla facoltà di recesso, che spetta quindi esclusivamente al Contraente.

In mancanza di disdetta, l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno.

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

A.3 MANCATO RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE

Se per qualsiasi motivo l'assicurazione non venisse rinnovata, la Società continuerà ad erogare le prestazioni agli Assicurati già riconosciuti in stato di non autosufficienza.

La Società darà altresì corso alle richieste di riconoscimento dello stato di non autosufficienza o di corresponsione della somma assicurata per la garanzia Critical Illness già pervenute o che dovessero pervenirle nei 90 giorni successivi alla cessazione dell'assicurazione, se riferite ad eventi occorsi durante la vigenza della medesima. Per lo stesso periodo resterà attiva anche la garanzia Diagnosi Comparativa di cui all'articolo 7.

Rientrano in copertura i ricoveri con intervento chirurgico di cui all'articolo 3 "Ricoveri" se occorsi durante la vigenza della copertura.

A.4 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

A.5 ONERI FISCALI

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

A.6 FORO COMPETENTE

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

A.7 TERMINI DI PRESCRIZIONE

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

A.8 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

A.9 ALTRE ASSICURAZIONI

Gli assicurati sono esonerati dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze stipulate per il medesimo rischio, **fermo l'obbligo di darne avviso per iscritto in caso di sinistro, ai sensi dell'art. 1910 c.c.**

A.10 RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per gli indennizzi pagati, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, nei confronti degli eventuali terzi responsabili dell'infortunio.

B LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

Relativamente alla Garanzia "Stati di non autosufficienza consolidata/permanente" sono escluse le conseguenze:

1. dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Assicurato con dolo;
2. di alcolismo acuto o cronico, abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
3. di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
4. dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, salvo che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili ai sensi del presente contratto.
5. di movimenti tellurici avvenuti al di fuori della provincia di Trento.

Relativamente alla Garanzia "Critical Illness", sono inoltre escluse le conseguenze dirette di infortunio, nonché le malattie e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto o comunque noti all'Assicurato.

Per tutte le altre garanzie, l'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto.

2. 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);
3. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
4. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
5. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
6. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
7. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
8. 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;
9. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
10. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
11. le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

C SINISTRI

C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

C.1.1 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA DA PARTE DELLA SOCIETÀ

Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a disposizione dell'Assicurato **al numero verde dedicato 800-009623 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia +051 6389046)** per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

Spetta all'Assicurato, o a qualsiasi altra persona del suo ambiente familiare, comunicare alla Società che sono presumibilmente maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi dell'articolo, richiedere alla stessa, tramite il Broker, il questionario di non autosufficienza e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato.

Il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro - indirizzato a: UniSalute - Servizio Liquidazione - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - dovrà contenere un certificato del medico curante o del medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, la sua stabilizzazione, la data della sua sopravvenienza e precisa l'origine accidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni.

Il fascicolo completo dovrà contenere anche il questionario di non autosufficienza compilato dal medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente del malato.

Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.

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

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'articolo:

- se l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte della competente pubblica amministrazione. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto, dovrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata alla competente pubblica amministrazione.
- se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, oltre alla documentazione di cui al punto precedente dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero.

La Società, analizzata tutta la suddetta documentazione, entro 120 giorni valuterà se:

- a. ritenere lo stato di salute dell'Assicurato non consolidato e rimandare la valutazione a quando, secondo il parere del medico curante, fosse constatabile il consolidamento;
- b. richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Assicurato sembrano insufficienti;
- c. effettuare, tramite un proprio medico fiduciario, una visita presso l'Assicurato;
- d. ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato;
- e. ritenere insussistente lo stato di non auto-sufficienza.

La Società comunicherà tempestivamente all'Assicurato l'esito delle proprie valutazioni.

Purché il contratto sia ancora in vigore, un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato dalla Società quando sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione e siano inviati documenti sanitari contenenti elementi nuovi che evidenzino l'aggravarsi dello stato di salute dell'Assicurato intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione.

La Società, come disciplinato all'articolo C.2.3 potrà sempre far verificare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato da un medico di propria fiducia.

C.1.2 RICHIESTA DI EROGAZIONE DI SERVIZI DI ASSISTENZA / CORRESPONSIONE INDENNITÀ

Tutti gli oneri previsti dal presente articolo e dai successivi C.2.1, C.2.2, C.2.3 e C.2.4 in capo all'Assicurato si intendono assumibili anche da chi legalmente lo rappresenta. A detto rappresentante potranno essere effettuati i pagamenti della Società.

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'articolo 3.3 dà diritto all'Assicurato di richiedere la corresponsione della somma assicurata - entro i limiti previsti all'articolo 3.4 - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi articoli C.2.1 e C.2.2:

- a. Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), consistente nell'erogazione diretta della prestazione di assistenza, per mezzo di strutture sanitarie convenzionate;
- oppure
- b. corresponsione d'una Indennità Sostitutiva.

L'Assicurato, dopo che la Società gli avrà comunicato di avere accertato lo stato di non autosufficienza (articolo C.1.1, lettera d), manifesterà in quale forma desidera percepire la somma assicurata.

Successivamente, durante l'intero periodo di erogazione delle prestazioni, potrà modificare due volte la forma inizialmente prescelta, con un preavviso di almeno 90 giorni ed esponendo le motivazioni che, a seguito di effettive necessità, determinano la richiesta di variazione.

Indipendentemente dalla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato, come definito all'articolo 5.3, la Società erogherà le prestazioni con decorrenza dalla data di ricevimento della Società della denuncia del sinistro.

A parziale deroga del precedente capoverso, limitatamente agli stati di non autosufficienza conseguenti ad infortuni, laddove a parere medico e tecnico assicurativo la documentazione fornita alla Società dimostrasse la perdita di autonomia a termini di polizza al di là di ogni ragionevole dubbio e questa risultasse strettamente ed unicamente correlata all'evento traumatico documentato, la Società erogherà le prestazioni con decorrenza dalla data del sopraggiungere dello stato di non autosufficienza.

C.2 PRESTAZIONI

C.2.1 EROGAZIONE DIRETTA DELLA PRESTAZIONE DI ASSISTENZA - PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI) E PRESTAZIONI SANITARIE MEDICO ASSISTENZIALI FORNITE DA STRUTTURE CONVENZIONATE

A) Se è stato riconosciuto lo stato di non autosufficienza, il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il Piano Assistenziale Individualizzato (di seguito: PAI), tenendo conto dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Assicurato una guida orientativa, contenente sia informazioni su strutture, convenzioni, contributi e servizi disponibili nel comune di residenza, sia risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Assicurato o dai familiari.

Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle sotto elencate, la Società, nei limiti del massimale mensile, tramite la propria rete di strutture convenzionate, provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'Assicurato che nelle strutture stesse.

All'Assicurato verrà fornita una lettera con l'indicazione delle prestazioni che sono state concordate. In tale documento sarà indicato in modo analitico l'elenco delle prestazioni che resteranno a carico della Società, quelle che verranno erogate con tariffe agevolate il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato e quelle eventualmente rifiutate dall'Assicurato. Questo documento dovrà essere firmato dall'Assicurato per accettazione del PAI.

Le prestazioni che possono rientrare nel PAI sono:

- assistenza fornita da infermiere, operatore socio sanitario, assistente familiare;
- assistenza di badante;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- visite specialistiche;
- accertamenti diagnostici;
- trasporto in ambulanza;
- prestazioni erogate in regime di ricovero fino al raggiungimento del massimale previsto.

La Società procederà con la prenotazione e autorizzazione delle suddette prestazioni, esclusivamente in Strutture Sanitarie Convenzionate restando escluso il rimborso di qualsiasi spesa sostenuta per l'Assicurato.

Quando il PAI comprende l'assistenza di badante, il relativo contratto di lavoro dovrà essere sottoscritto dall'Assicurato, se impossibile, dal suo amministratore di sostegno o tutore legale, oppure dal familiare che ne ha cura in misura prevalente.

La struttura e/o il personale convenzionati non potranno richiedere nulla all'Assicurato né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvi i crediti per prestazioni non contenute nel PAI o eccedenti la somma assicurata.

La Società provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente per modificarlo in base al mutare delle necessità e ai riscontri ricevuti dall'Assicurato e/o dalle Strutture Sanitarie Convenzionate coinvolte nel PAI.

Qualora a seguito dell'esaurimento del massimale, una prestazione rimanga a parziale o a totale carico dell'Assicurato, questi potrà ottenere, tramite il Case Manager e la Centrale Operativa, la prenotazione presso le Strutture Sanitarie Convenzionate delle prestazioni sanitarie/assistenziali e l'applicazione delle tariffe agevolate riservate ai clienti della Società.

B) Se è stato accertato uno stato di non autosufficienza ancora non consolidato e suscettibile di miglioramento, il Case Manager eseguirà comunque una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, tenendo conto dei servizi assistenziali, se attivati, forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Assicurato una guida orientativa, contenente sia informazioni su strutture, convenzioni, contributi e servizi disponibili nel comune di residenza, sia risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Assicurato o dai familiari.

Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto A), la Società, a semplice richiesta, provvederà a prenotarle presso le Strutture Sanitarie Convenzionate. I costi, che resteranno a carico dell'Assicurato, saranno quelli risultanti dall'applicazione delle tariffe agevolate riservate ai clienti della Società.

La Società provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente per modificarlo in base al mutare delle necessità e ai riscontri ricevuti dall'Assicurato e/o dalle Strutture Sanitarie Convenzionate coinvolte nel PAI.

Nel caso in cui, successivamente, il consolidamento dello stato di salute dell'Assicurato comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, troverà applicazione quanto previsto al precedente punto A).

C) Se non è riconosciuto lo stato di non autosufficienza, la Società provvederà a darne comunicazione scritta all'Assicurato.

Qualora l'Assicurato si trovi nell'impossibilità fisica di effettuare da solo almeno due dei quattro atti ordinari della vita (lavarsi, mangiare, spostarsi, vestirsi, secondo le definizioni dell'Allegato 2) il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, tenendo conto dei servizi assistenziali, se attivati, forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Assicurato una guida orientativa, contenente sia informazioni su strutture, convenzioni, contributi e servizi disponibili nel comune di residenza, sia risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Assicurato o dai familiari.

Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto A), la Società, a semplice richiesta, provvederà a prenotarle presso le Strutture Sanitarie Convenzionate. I costi, che resteranno a carico dell'Assicurato, saranno quelli risultanti dall'applicazione delle tariffe agevolate riservate ai clienti della Società.

Nell'interesse degli Assicurati, le Parti collaboreranno per sviluppare i convenzionamenti con le strutture assistenziali della Provincia di Trento.

C.2.2 RICHIESTA DI CORRESPONSIONE DELL'INDENNITÀ SOSTITUTIVA

L'Assicurato dovrà presentare dichiarazione espressa di volersi avvalere della facoltà di usufruire della corresponsione di un importo mensile pari ad un dodicesimo della somma annua assicurata, comunicando le coordinate bancarie del conto sul quale accreditarlo.

L'indennità sarà corrisposta in rate trimestrali posticipate previo invio alla Società del certificato di esistenza in vita dell'Assicurato.

Qualora nel corso del trimestre cessi lo stato di non autosufficienza, spetterà all'Assicurato l'intera indennità relativa al mese in corso.

Dovranno essere restituite alla Società le indennità che fossero corrisposte per mensilità successive a quella di cessazione dello stato di non autosufficienza.

C.2.3 ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA E DEGLI STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA NON CONSOLIDATI

La Società, si riserva la facoltà di procedere in ogni momento - con ragionevole preavviso e, ove richiesto, alla presenza del medico curante - a controlli presso l'Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data della richiesta della Società.

C.2.4 ADEGUAMENTO DOMESTICO

Condizioni di Operatività della garanzia

L'Assicurato potrà inoltrare la richiesta di rimborso delle spese previste dalla garanzia a condizione che:

- sia **già** stato accertato dalla Società il suo stato di non autosufficienza consolidata/permanente;
- le spese per gli adeguamenti previsti in garanzia, siano state sostenute dopo il 31/05/2019;
- le fatture risultino debitamente quietanzate e riportino analiticamente tutte le voci di spesa sostenute; rimane inteso che, ove gli adeguamenti rendessero necessarie prestazioni non espressamente previste, le stesse saranno scorporate dalla/e fattura/e, restando a carico dell'Assicurato.

Il rimborso delle spese è previsto solo nel caso in cui l'Assicurato non autosufficiente **risieda stabilmente** nell'abitazione in cui sono stati effettuati i lavori di adeguamento.

Rimane inteso che **compete all'Assicurato l'onere delle necessarie verifiche fiscali** sulla congruità della richiesta di rimborso spese con eventuali agevolazioni fiscali.

L'Assicurato potrà in ogni caso contattare Unisalute, e più specificamente il suo Case Manager, il quale potrà fornire informazioni in relazione alle normative generali e/o locali (ossia applicate dai rispettivi Comuni di residenza) e informazioni generali anche di carattere burocratico oppure indirizzarlo agli uffici competenti.

Criteri di liquidazione

1°) Il rimborso delle spese sostenute è previsto purché gli **interventi** per l'“Adeguamento Domestico”, siano stati **effettuati in conformità con le vigenti normative** edilizie, anche locali, e/o con il regolamento del condominio/fabbricato nel quale si trova l'abitazione dell'Assicurato non autosufficiente.

Si conviene pertanto che:

- per gli interventi che non richiedono alcun permesso/nulla osta da parte del Comune e/o del condominio (quali per esempio l'installazione di montascale oppure l'adeguamento degli impianti sanitario e/o elettrico all'interno dell'abitazione) sarà sufficiente che sulle fatture sia chiaramente indicato le spese

sono state sostenute per l'“Adeguamento Domestico” a favore dell'Assicurato e che gli adeguamenti sono stati effettuati in conformità con le norme vigenti;

- per gli interventi più complessi, la Società potrà sempre richiedere copia della dichiarazione dell'impresa esecutrice dei lavori oppure del progettista incaricato (geometra, ingegnere, architetto regolarmente iscritti ai rispettivi Albi Professionali) in merito a:
 - permessi/nulla osta ottenuti dal Comune e/o dal condominio, per l'effettuazione delle opere;
 - attestazione che le opere eseguite non hanno richiesto alcun nulla osta.

2°) **Per ottenere il rimborso delle spese sostenute**, l'Assicurato deve inviare a UniSalute S.p.A., tramite il Broker (Assintel s.r.l. – Via Moro 11 – 40033 Casalecchio di Reno BO o assintel@assintelbroker.it), la seguente documentazione:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- copia delle fatture intestate all'Assicurato, con le indicazioni riportate al precedente punto 1°), debitamente quietanzate oppure corredate da copia del bonifico effettuato per il pagamento;
- certificato esistenza in vita successivo alla data di pagamento della fattura;
- certificato di residenza dell'Assicurato;
- una descrizione dei lavori svolti con l'eventuale dichiarazione di “fine lavori” (se prevista) emessa dall'impresa esecutrice dei lavori oppure del progettista incaricato (geometra, ingegnere o architetto).

L'Assicurato potrà richiedere anche il rimborso della quota condominiale di sua spettanza, qualora le spese siano state suddivise tra i condomini sulla base della ripartizione concordata tra gli stessi e previo inoltro della fattura complessiva e dell'idonea documentazione riguardante la ripartizione dei costi.

3°) **Liquidazione delle fatture di acconto**

Nel caso in cui l'Assicurato inviasse per il rimborso una fattura di acconto debitamente quietanzata, la Società potrà procedere alla liquidazione di una somma non superiore a **€ 1.000,00**. Alla richiesta di rimborso dovranno essere allegati:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- preventivo di spesa complessivo controfirmato sia dalla società incaricata/esecutrice, sia dall'Assicurato;
- copia delle fatture intestate all'Assicurato, con le indicazioni riportate al precedente punto 1°), debitamente quietanzate oppure corredate da copia del bonifico effettuato per il pagamento;
- certificato esistenza in vita successivo alla data di pagamento della fattura di acconto;
- certificato di residenza dell'Assicurato.

La società provvederà al saldo di quanto effettivamente pagato, nei limiti previsti dalla garanzia, alla conclusione delle opere.

Per il pagamento del saldo sarà necessario inoltrare alla Società:

- copia delle fatture di saldo intestate all'Assicurato, con le indicazioni riportate al precedente punto 1°), debitamente quietanzata oppure corredata da copia del bonifico effettuato per il pagamento;
- la dichiarazione di “fine lavori” (se prevista) emessa dall'impresa esecutrice e/o dal progettista incaricato (geometra, ingegnere o architetto);
- il certificato di esistenza in vita successivo alla data di pagamento della fattura.

Rimane inteso che qualora le fatture siano emesse su più annualità assicurative, ciascuna, secondo la data di emissione, sarà imputata all'annualità assicurativa di competenza e pertanto liquidata nel limite del relativo massimale residuo.

UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Si intende che gli obblighi e oneri a carico dell'Assicurato possono essere adempiuti anche dai soggetti che lo assistono o lo rappresentano legalmente.

C.2.5 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIURGICO E TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

C.2.5.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

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

In caso di ricovero, o nel caso in cui non possa accedere ad internet, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde gratuito 800-009623 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389046) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

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

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura **sanitaria convenzionata** con la Società **senza avere preventivamente prenotato secondo la procedura on line o tramite la centrale operativa, le spese sostenute potranno essere rimborsate solo se prevista tale modalità di erogazione e con l'applicazione delle condizioni indicate nelle rispettive garanzie di polizza.**

C.2.5.2 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato può utilizzare la funzione di richiesta rimborso disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti del sito www.unisalute.it e caricare i documenti in formato elettronico oppure, può inviare la documentazione richiesta a Assintel srl - Broker di Assicurazioni, Via A. Moro 11 - 40033 Casalecchio di Reno BO, che ne curerà l'inoltro alla Compagnia:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di ricovero (*), copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- copia della prescrizione contenente la patologia;
- copia del certificato di Pronto Soccorso, ove richiesto;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

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

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

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

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

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

C.2.5.3 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti C.2.5.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o C.2.5.4 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società".

Per chiedere il rimborso di quanto speso l'Assicurato può utilizzare la funzione di richiesta rimborso disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti del sito www.unisalute.it e caricare i documenti in formato elettronico. In alternativa **può inviare la documentazione richiesta a Assintel srl - Broker di Assicurazioni, Via A. Moro 11 - 40033 Casalecchio di Reno BO, che ne curerà l'inoltro alla Compagnia.**

C.2.5.4 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

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

In caso di ricovero, per permettere alla Compagnia di valutare la copertura, è necessario inviare la documentazione necessaria all'istruttoria della pratica, almeno 5 giorni prima della data prevista per l'evento.

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

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

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

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi **prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Assicurato potranno essere rimborsate solo se prevista tale modalità di erogazione e con l'applicazione delle condizioni indicate nelle rispettive garanzie**

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

C.3 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

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

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

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo Arbitro ed è esclusa ogni responsabilità solidale.

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

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

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

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

C.4 CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker **ASSINTEL S.r.l. – Via Aldo Moro, 11 – 40033 Casalecchio di reno (BO)** - e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker **ASSINTEL** il quale tratterà con l'Impresa.

Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo, che debbono necessariamente essere fatte dal Contraente, le comunicazioni fatte all'Impresa dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderanno come fatte dal Contraente stesso. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente all'Impresa, prevarranno queste ultime.

Ferma restando l'inesistenza di qualsiasi rappresentanza dell'Impresa da parte del Broker, le comunicazioni eventualmente fatte dal Contraente al Broker potranno intendersi come fatte all'Impresa soltanto se tempestivamente trasmesse a quest'ultima ed alla condizione essenziale che la loro data sia oggettivamente certa. In ogni caso, le comunicazioni comportanti la decorrenza di un termine ovvero un aggravamento del rischio dovranno essere fatte all'Impresa e avranno efficacia dal momento della ricezione da parte dell'Impresa stessa.

Il pagamento del premio realizzato in buona fede al broker ed ai suoi collaboratori si considera effettuato direttamente all'Impresa di assicurazione, ai sensi dell'art. 118 del D. Lgs. 209/2005.

Allegato 1) ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

QUALSIASI NEOPLASIA MALIGNA DI ORGANO OD APPARATO.

La diagnosi per la presa in carico ed il successivo rimborso dovrà essere supportata da adeguata certificazione di sospetto diagnostico supportato da idoneo accertamento clinico (Citologia, Istologia, Diagnostica di immagine anatomica e metabolica, markers tumorali etc).

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 sul plesso brachiale
- Intervento per ernie del disco lombo sacrali

OCULISTICA

- Cataratta ed interventi sul cristallino con eventuale vitrectomia
- Calazio
- Retina, intervento per distacco
- Interventi chirurgici per glaucoma

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia)
- Corde vocali decorticazione o Cordotomia in microlaringoscopia
- Laringectomia parziale
- Svuotamento dell'etmoide
- Interventi per poliposi nasale
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale
- Tiroidectomia totale con linfadenectomia
- Resezione Esofago Cervicale
- Dissezione Radicale del Collo
- Escissione Dotto Tireoglosso

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Intervento chirurgico per Enfisema bolloso

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore e grandi vasi con qualsiasi via di accesso sul torace
- Tutti gli interventi in sala Emodinamica sul cuore
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasverso
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Safenectomia per grandi vasi (solo varici della grande safena)

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Chirurgia bariatrica Sleeve Gastrectomy per BMI superiore a 33
- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento di Nissen per reflusso gastroesofageo
- Intervento per mega-esofago
- 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
- Ernia inguinale e femorale
- Interventi per echinococchi epatica
- Resezioni epatiche
- Resezione gastrica per ulcere non curabili farmacologicamente
- Colectomia con qualsiasi tecnica
- 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
- Fistole entero-enteriche
- Anastomosi entero-esofagee
- Polipectomia per via laparotomica
- Intervento per prolasso rettale

UROLOGIA

- Prostatectomia sottocapsulare
- Varicocele in microchirurgia
- Surrenalectomia
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Calcolosi urinaria

GINECOLOGIA

- Isterectomia con eventuale annessiectomia
- Sacrocolpopsi per via Addominale per colpocistorettocele
- Miomectomia per via vaginale
- Interventi per endometriosi

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi su legamenti, menisco e sinovia del ginocchio in artroscopia
- Meniscectomia in artroscopia
- Osteosintesi grandi, medi e piccoli segmenti
- Riparazione Cuffia dei rotatori ed acromionplastica spalla
- 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
- Interventi al tunnel carpale e dito a scatto
- Amputazioni di piccoli, medi e grandi segmenti

CHIRURGIA MAXILLO- FACCIALE

Interventi di chirurgia oro maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali superiore al 25%

ALLEGATO 2

DEFINIZIONI DEGLI ATTI ORDINARI DELLA VITA

LAVARSI

La capacità di soddisfare, in modo spontaneo e senza incitamento, a un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo.

Una persona che abbia bisogno di aiuto unicamente per lavarsi i capelli non verrà riconosciuta nell'incapacità di lavarsi.

MANGIARE

La capacità di servirsi e di ingerire il cibo preparato e messo a disposizione.

La capacità di nutrirsi implica di essere in grado di tagliare gli alimenti, di servirsi da bere, di portare gli alimenti in bocca e di inghiottire.

SPOSTARSI

La capacità di spostarsi su una superficie piana, con ricorso ad attrezzature adatte.

Se una persona può spostarsi da sola con l'aiuto di un bastone, di una stampella, di una carrozzella o di altra attrezzatura adatta, viene considerata in grado di spostarsi da sola.

VESTIRSI

La capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente.

Il solo handicap di allacciarsi le scarpe o il solo fatto di non potere indossare o togliere le calze non viene considerato incapacità di vestirsi.

Con riguardo a tutte le predette definizioni degli atti ordinari della vita, le Parti si danno atto che - ove non diversamente precisato - s'intende incapace chi ha necessità dell'aiuto di terzi.

INFORMATIVA PRIVACY

Versione del 02/05/2019

Informativa al cliente sull'uso dei tuoi dati personali e dei tuoi diritti

Gentile Cliente, ai sensi dell'Art. 13 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento"), ti informiamo che, per fornirti i nostri prodotti e/o servizi assicurativi, eventualmente anche a favore dei tuoi familiari assicurati, UniSalute S.p.A. ha la necessità di utilizzare alcuni dati che ti riguardano e che riguardano i tuoi familiari e conviventi, per le finalità e nei termini di seguito indicati.

QUALI DATI RACCOGLIAMO

Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, data di nascita, indirizzo di residenza, recapito telefonico e di posta elettronica), che tu stesso o altri soggetti¹ ci fornite, indispensabili per fornirti i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione², e in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria o in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza³. In assenza di tali dati non saremo in grado di fornirti correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi a tuoi recapiti (recapiti telefonici e indirizzo di posta elettronica) può inoltre risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

Se deciderai di registrarti all' "Area riservata" del nostro sito internet e/o di scaricare la nostra App UniSalute per dispositivi mobili utilizzeremo questi dati anche per identificarti come nostro assicurato e per fornirti i servizi previsti dalla tua polizza ed inviarti le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite. Il conferimento di questi dati è necessario per permettere a te ed ai tuoi familiari eventualmente assicurati di ottenere i servizi online tramite l' "Area riservata" del nostro portale internet o direttamente tramite l'App UniSalute dal tuo *smartphone*, e per fornirti, a mezzo email, SMS o, limitatamente all'App, tramite notifiche *push*, informazioni sullo stato delle tue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri, anche riguardanti la posizione dei tuoi familiari eventualmente assicurati.

Raccogliamo inoltre categorie particolari di dati⁴ (idonei a rivelare le tue condizioni di salute, come quelli riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, ecc., inviati in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell' "Area riservata" del sito UniSalute, o utilizzando la fotocamera dello *smartphone* per l'App) per dare corso alle prestazioni previste dalla tua polizza e per fornirti i servizi richiesti, nonché per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite)⁵ e per adempimenti normativi⁶. Il conferimento di questi dati è necessario per poterti fornire le prestazioni assicurative, ma potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso tuo o del tuo eventuale familiare/convivente interessato⁷.

I tuoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che ti riguardano⁸ o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa³. I tuoi dati personali saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 10 anni).

PERCHÉ TI CHIEDIAMO I DATI

I tuoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da te richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi dei dati (esclusi quelli particolari), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i tuoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁸. Il trattamento per le finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv) è necessario per il perseguimento dei legittimi interessi della nostra Società e delle altre Società del nostro Gruppo allo svolgimento delle sopra indicate attività.

COME TRATTIAMO I TUOI DATI

I tuoi dati e quelli dei tuoi familiari eventualmente assicurati non saranno soggetti a diffusione, saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che ti riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa, che operano quali responsabili del trattamento per nostro conto⁷. Ove necessario, e limitatamente alle finalità assicurative, i dati personali potranno essere trattati, per attività amministrative e contabili, anche da altre Società facenti parte, come la Titolare UniSalute, del Gruppo Unipol⁸. Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i dati potranno essere comunicati anche a società assicurative, non appartenenti al Gruppo, ove indispensabili per il perseguimento da parte della nostra Società e/o di queste ultime società di legittimi interessi correlati a tali esigenze o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale.

Potremo trattare eventuali dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi allo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto l'esplicito consenso della persona interessata (tu o tuo eventuale familiare/convivente).

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore dei tuoi familiari/conviventi, alcuni dati, anche rientranti nella categoria di dati particolari, relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore saranno messi a tua conoscenza, ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti. Ciascun beneficiario della tua polizza potrà tuttavia registrarsi individualmente all' "Area riservata" del nostro sito internet e/o scaricare la nostra App UniSalute per dispositivi mobili e gestire così in autonomia la propria posizione anche in riferimento ai propri dati personali.

QUALI SONO I TUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) ti garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che ti riguardano, di richiedere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione o la limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, la portabilità dei dati che ci hai fornito, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20), di opporsi al trattamento per motivi legati alla tua situazione particolare, nonché, ove il trattamento dei tuoi dati sia basato sul consenso da te espresso, di revocarlo senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca.

Titolare del trattamento dei dati personali è UniSalute S.p.A. (www.unisalute.it) con sede in Via Larga, n. 8 - 40138 Bologna (BO).

Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a tua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrai contattarlo presso l'indicata sede di UniSalute S.p.A., al recapito privacy@unisalute.it, al quale potrai rivolgerti, oltre che per l'esercizio dei tuoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati di cui alla nota (6). Resta fermo il tuo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei tuoi dati personali e dei tuoi diritti in materia.

¹ Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.) da cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; soggetti ai quali, per soddisfare le tue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.

² Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la prevenzione e l'accertamento, di concerto con le altre compagnie del Gruppo Unipol, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.

³ Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali, (iii) adempimenti in materia di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per il riscontro.

⁴ Ai sensi dell'art. 9 del Regolamento, per categorie particolari di dati si intendono i dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.

⁵ Ti facciamo inoltre presente che il trattamento dei dati personali, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato da UniSalute, senza il tuo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da te richieste o previste in tuo favore, per l'adempimento di obblighi posti dalla legge a carico di UniSalute, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto assicurativo e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute e delle Società del Gruppo Unipol (es.: prevenzione e contrasto di frodi, difesa di diritti in sede giudiziaria). Resta fermo l'eventuale trattamento di tali dati, ove indispensabile per lo svolgimento di investigazioni difensive e per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti illeciti o fraudolenti.

⁶ In particolare, i tuoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da UniSalute S.p.A., da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it) e da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali; investigatori privati; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.

⁷ Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

⁸ Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. L'elenco delle società del Gruppo è disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it