



MUTUA IMPRESE

HYGEIA

La tua mutua sanitaria

ENASARCO – PIANO SANITARIO DIPENDENTI

Ed. 3 - 16102024

Guida al Piano sanitario

RSM Dipendenti Enasarco

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

www.unisalute.it

24h su 24, 365 giorni l'anno

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

Numero Verde

800-009684

dall'estero: prefisso per l'Italia

+ 051.63.89.046

orari:

8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

I servizi UniSalute sempre con te!

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

SOMMARIO

1. SOMMARIO	3
2. BENVENUTO	5
3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	5
3.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	5
3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	6
3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	8
4. SERVIZI ONLINE E MOBILE	8
4.1. Il sito di UniSalute	8
4.1.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?	9
4.1.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	10
4.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	10
4.1.4. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	11
4.1.5. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	11
4.1.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario?	12
4.1.7. Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?	12
4.1.8. Come posso ottenere pareri medici?	12
4.2. L'app di UniSalute	13
4.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	13
4.2.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	14
4.2.3. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	15
4.2.4. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	15
5. AVENTI DIRITTO ALLE PRESTAZIONI (ASSISTITI)ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.	
6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	17
6.1. Ricovero con intervento chirurgico, Day Hospital chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale	18
6.1.1. ricoveri in istituto di cura	18
6.1.2. Trasporto sanitario	19
6.1.3. Day-hospital chirurgico	19
6.1.4. Intervento chirurgico ambulatoriale	19
6.1.5. Trapianti	19
6.1.6. Parto e aborto	20
6.1.6.1. Parto cesareo e aborto terapeutico o spontaneo (che implichi intervento chirurgico)	20
6.1.7. Rimpatrio della salma	20

6.1.8.	Modalità di erogazione delle prestazioni	21
6.1.9.	Indennità sostitutiva	22
6.2.	Ricovero senza intervento chirurgico, day hospital senza intervento chirurgico	23
6.2.1.	Ricovero in istituto di cura	23
6.2.2.	Trasporto sanitario	24
6.2.3.	Day-hospital senza intervento chirurgico	24
6.2.4.	Parto, aborto e parto domiciliare	24

6.2.4.1. PARTO NON CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO

(CHE NON IMPLICHI INTERVENTO CHIRURGICO) 24

6.2.5.	Parto domiciliare	25
6.2.6.	Rimpatrio della salma	25
6.2.7.	Modalità di erogazione delle prestazioni	25
6.2.8.	Indennità sostitutiva	26
6.2.9.	Massimale Assistito area ricovero	27
6.3.	Alta diagnostica	28
6.4.	Visite specialistiche e prestazioni extraospedaliere	30
6.5.	Prestazioni odontoiatriche particolari	31
6.6.	Check up	32
6.7.	Protesi odontoiatriche da infortunio	33
6.8.	Cure dentarie da infortunio	34
6.9.	Visita oncologica	35
6.10.	Servizi di consulenza	36

7. CONTRIBUTI 36

8. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO..... 37

9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI..... 39

9.1.	Decorrenza e attivazione della copertura	39
9.1.1.	Adesione dei familiari durante la finestra temporale della prima annualità	39
9.1.2.	Adesione dei familiari durante la finestra temporale delle successive annualità	40
9.1.3.	Periodi di carenza contrattuali - per i nuovi familiari	41
9.2.	Inclusioni/esclusioni	41
9.3.	Validità territoriale	47
9.4.	Limiti di età	47
9.5.	Gestione dei documenti di spesa	48
9.6.	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	48
9.7.	Foro competente	48
9.8.	Reclami	48
9.9.	Diritto all'oblio oncologico	51
9.10.	Informativa "HOME INSURANCE" - indicazioni per l'accesso all'area riservata ai sensi del regolamento IVASS 41/2018 – ove sussistono i requisiti	51
9.11.	Informazioni sull'Impresa di Assicurazione	52

10. SCHEDA ANAMNESTICA ODONTOIATRICA 53

BENVENUTO

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

I servizi online offerti da UniSalute

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

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

COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

1.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute

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

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

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

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



Prenotazione veloce

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

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

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

Importante

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

1.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute

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

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



Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a Internet invia copia della documentazione

esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere) a **Mutua Hygeia – UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.**

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

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

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

- in caso di **prestazioni extraricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;
- in caso di **prestazioni odontoiatriche** (Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero), "scheda anamnestica" redatta dal medico curante sulla base del modello allegato alla presente guida;
- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

Per una corretta valutazione della richiesta di rimborso, UniSalute avrà

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

1.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

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



Richiesta rimborso online

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

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

SERVIZI ONLINE E MOBILE

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

1.4. Il sito di UniSalute

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

- **prenotare** presso le strutture convenzionate visite ed esami non connessi ad un ricovero e **ricevere velocemente la conferma**

dell'appuntamento;

- **verificare e aggiornare** i tuoi **dati** e le tue **coordinate bancarie**;
- chiedere i **rimborsi delle prestazioni** e **inviare la documentazione direttamente dal sito (upload)**;
- visualizzare l'**estratto conto** con lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso;
- consultare le **prestazioni** del proprio **Piano sanitario**;
- consultare l'elenco delle **strutture sanitarie convenzionate**;
- ottenere **pareri medici**.

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

È semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata alla registrazione clienti sul sito UniSalute.

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

Nella home page del sito www.unisalute.it clicca sul pulsante "Area riservata" in alto a destra, poi su "Registrati adesso" e compila la maschera con i dati richiesti.

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

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

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?

Basta cliccare sul pulsante "Area riservata" in alto a destra nell'home page, poi su "Hai bisogno di aiuto?" e inserire i dati richiesti. Procederemo a inviarti all'indirizzo e-mail indicato le credenziali di accesso al sito.

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

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

Accedi all'area clienti e clicca su **"Fai una nuova prenotazione"**.

In base alle tue esigenze puoi:

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



Prenotazione veloce

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

1.4.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Entra nell'Area clienti e **accedi alla sezione "Profilo"**. In base alle tue esigenze puoi:

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



Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

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

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

Entra nell'Area clienti e clicca su **“Richiedi un nuovo rimborso”**



Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a internet, utilizza il modulo di rimborso allegato alla Guida e invialo insieme a copia di tutta la documentazione richiesta a **Mutua Hygeia - UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO**, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere).

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

Entra nell'Area clienti e **accedi all'azione “Estratto conto”**.

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

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

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

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

Entra nell'Area clienti e **accedi alla sezione "Polizze"**.

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

1.4.7. Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?

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

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

1.4.8. Come posso ottenere pareri medici?

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

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

1.5. L'app di UniSalute

Con **UniSalute Up**, l'app di UniSalute, puoi:

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

1.5.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

L'app UniSalute è **disponibile per smartphone e tablet** può essere **scaricata gratuitamente da App Store e Play Store**. Accedi allo store e cerca "UniSalute Up" per avere sempre a portata di mano i nostri servizi. Una volta scaricata puoi registrarti in pochi semplici passi.

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

UniSalute PER TE

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

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

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

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

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

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

Tieni monitorati tutti i tuoi appuntamenti!

Nella sezione APPUNTAMENTI puoi visualizzare l'agenda con i tuoi prossimi appuntamenti per le prestazioni sanitarie prenotate.

Potrai modificarli o disdirli direttamente da qui!

Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

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

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

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

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

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

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

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

Integra la documentazione mancante

Nella sezione "**concludi**" puoi visualizzare le pratiche non liquidabili per le quali è necessario l'upload di documentazione integrativa.

Puoi inviare i documenti mancanti, chiedendo così lo sblocco della pratica, semplicemente caricando una foto!

AVVENTI DIRITTO ALLE PRESTAZIONI (ASSISTITI)

L'assicurazione è prestata a favore **dei dipendenti in forza presso la Fondazione Enasarco in data 15/10/2024** che non abbiano rifiutato entro la data di effetto indicata nel Piano Sanitario l'attivazione della presente copertura.

Qualora il dipendente richieda l'estensione delle coperture, le stesse verranno garantite, con contributo a proprio carico, ancorchè pagato dalla Fondazione Enasarco, al proprio nucleo familiare come di seguito descritto:

- i figli, il coniuge o il convivente more-uxorio, purché regolarmente iscritti in uno stesso certificato anagrafico di stato di famiglia o di residenza, nonché i figli non conviventi ma fiscalmente a carico fino a 30 anni.

Relativamente alla composizione del nucleo familiare fiscalmente a carico, la Centrale Operativa, qualora lo ritenesse necessario, ha facoltà di richiedere specifica documentazione dell'Agenzia delle Entrate (dichiarazione redditi del dichiarante) comprovante il carico fiscale.

Qualora un dipendente decida di non esercitare la facoltà di estendere il Piano Sanitario Dipendenti al suo nucleo familiare entro la finestra temporale prevista, non gli sarà più possibile l'attivazione della stessa in un momento successivo.

Successivamente alla data di chiusura della finestra di adesione concordata tra le parti potranno essere inseriti in copertura i familiari solamente per variazione di stato di famiglia o nuove assunzioni.

La copertura può essere estesa con versamento del relativo contributo a carico del dipendente, anticipato dalla Fondazione Enasarco, al nucleo familiare come sopra descritto.

In questo caso dovranno essere incluse tutte le persone come sopra indicate risultanti dallo stato di famiglia.

LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assistito per:

- ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico, day-hospital chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale;
- ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico, day-hospital senza intervento chirurgico;
- parto e parto domiciliare, aborto terapeutico e spontaneo;
- rimpatrio della salma;
- trasporto della salma;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche e prestazioni extraospedaliere;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- check up;
- cure dentarie da infortunio;
- protesi dentarie da infortunio;
- visita oncologica;
- servizi di consulenza.

AREA RICOVERO

1.6. Ricovero con intervento chirurgico, Day Hospital chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale

1.6.1. ricoveri in istituto di cura

La Centrale Operativa provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche **effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.**

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

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

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso **di ricovero in istituto di cura non convenzionato** con la Centrale Operativa, le spese sostenute vengono rimborsate **nel limite di € 250,00 al giorno.**

e) Accompagnatore

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

Nel caso **di ricovero in Istituto di cura non convenzionato** con la Centrale Operativa, la garanzia è prestata nel **limite di € 110,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.**

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche eseguite in regime ambulatoriale, prestazioni infermieristiche **(la richiesta di**

prestazioni chirurgiche e infermieristiche deve essere 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 120 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.

1.6.2. Trasporto sanitario

La Centrale Operativa rimborsa le spese di trasporto dell'Assistito 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 € 3.000,00 per anno e per nucleo familiare in caso di ricovero UE e € 6.000,00 per anno e per nucleo familiare in caso di ricovero fuori UE.

1.6.3. Day-hospital chirurgico

Nel caso di day-hospital con intervento chirurgico, la Centrale Operativa provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni previste al punto 6.1.1. "Ricovero in Istituto di cura" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.**

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

1.6.4. Intervento chirurgico ambulatoriale

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Centrale Operativa provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni previste al punto 6.1.1. "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico, c) "Assistenza medica, medicinali, cure", g) "Post-ricovero" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.**

1.6.5. Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Centrale Operativa liquida le **spese previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico, day-hospital chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla**

prevenzione del rigetto.

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

1.6.6. Parto e aborto

1.6.6.1. Parto cesareo e aborto terapeutico o spontaneo (che implichi intervento chirurgico)

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Centrale Operativa, questa provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni di cui al punto 6.1.1. “Ricovero in Istituto di cura” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”, e) “Accompagnatore; g) “Post-ricovero”, e “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.**

In strutture convenzionate le spese vengono liquidate direttamente dalla Centrale Operativa alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

In strutture non convenzionate **le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all’Assistito con uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 1.000,00 ed un massimo non indennizzabile di € 3.000,00.** In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, **ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.**

Si precisa che, qualora la prestazione venga erogata presso una struttura non convenzionata e con medici non convenzionati con la Centrale Operativa, il rimborso viene effettuato entro il massimale dell’area ricovero nel sotto limite di € 8.000 per anno di copertura e per nucleo familiare.

1.6.7. Rimpatrio della salma

In caso di decesso all’estero **durante un ricovero**, la Centrale Operativa rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel **limite di € 5.000,00 per anno di copertura e per nucleo familiare.**

1.6.8. Modalità di erogazione delle prestazioni

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Centrale Operativa alle strutture sanitarie convenzionate con l'applicazione di una franchigia di € 300,00, ad eccezione delle seguenti:

punto 6.1.1 "Ricovero in istituto di cura":

lett. a) "Pre ricovero";

punto 6.1.2. "Trasporto sanitario";

punto 6.1.7. "Rimpatrio della salma"

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

Punto 6.1.4. "Intervento chirurgico ambulatoriale"

Punto 6.1.6.1. "parto cesareo e aborto terapeutico o spontaneo (che implichi intervento chirurgico)

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

Nel caso di parto e Intervento chirurgico ambulatoriale le spese vengono liquidate direttamente dalla Centrale Operativa senza applicazione di franchigia.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito con uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 1.000,00 ed un massimo non indennizzabile di € 3.000,00 ad eccezione delle seguenti:

punto 6.1.1. "Ricovero in Istituto di cura":

lett. d) "Retta di degenza";

lett. e) "Accompagnatore";

punto 6.1.2. "Trasporto sanitario";

punto 6.1.6. "Parto e aborto";

punto 6.1.7. "Rimpatrio della salma";

Punto 6.1.4. "Intervento chirurgico ambulatoriale";

Punto 6.1.6.1. "Parto cesareo e aborto terapeutico o spontaneo (che implichi intervento chirurgico)

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

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito con il solo scoperto del 20%.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto "Indennità Sostitutiva". Qualora l'Assistito sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Centrale Operativa rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assistito 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'Assistito, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Centrale Operativa ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Centrale Operativa".

1.6.9. Indennità' sostitutiva

Il Dipendente, qualora non richieda alcun rimborso alla Centrale Operativa, per il ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse, avrà diritto a **richiedere un'indennità di € 150,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 100 giorni per anno di copertura e per persona.**

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

Ricovero senza intervento chirurgico, day hospital senza intervento chirurgico

1.6.10. Ricovero in istituto di cura

La Centrale Operativa provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche **effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.**

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso **di ricovero in istituto di cura non convenzionato** con la Centrale Operativa, le spese sostenute vengono rimborsate **nel limite di € 250,00 al giorno.**

e) Accompagnatore

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

Nel caso **di ricovero in Istituto di cura non convenzionato** con la Centrale Operativa, la garanzia è prestata nel **limite di € 110,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.**

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche eseguite in regime ambulatoriale, prestazioni infermieristiche (**la richiesta di prestazioni chirurgiche e infermieristiche deve essere 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 120 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.**

1.6.11. Trasporto sanitario

La Centrale Operativa rimborsa le spese di trasporto dell'Assistito 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 € 3.000,00 per anno e per nucleo familiare in caso di ricovero UE e € 6.000,00 per anno e per nucleo familiare in caso di ricovero fuori UE.

1.6.12. Day-hospital senza intervento chirurgico

Nel caso di day-hospital, la Centrale Operativa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 6.2.1. "Ricovero in Istituto di cura" e al punto 6.2.2. "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati. La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

Si intendono in copertura, nel caso di day hospital senza intervento, solo i day hospital con degenza diurna superiore a 3 giorni.

1.6.13. Parto, aborto e parto domiciliare

PARTO NON CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO (CHE NON IMPLICHI INTERVENTO CHIRURGICO)

In caso di parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Centrale Operativa, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al punto 6.2.1. "Ricovero in Istituto di cura" lett. c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza"; relativamente alle prestazioni "post-ricovero" vengono garantite due visite di controllo all'anno per persona, effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto "Ricovero in istituto di cura", lettera g) "Post-ricovero", e "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate nel massimale dell'area ricovero con un sotto limite annuo di € 5.000 per nucleo. Non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

1.6.14. Parto domiciliare

In caso di parto domiciliare la Centrale Operativa provvede al rimborso delle spese per le **prestazioni di cui ai punto 6.2.1. “Ricovero in Istituto di cura” lett. c) “Assistenza medica, medicinali, cure”**; relativamente alle **prestazioni “post-ricovero”** vengono garantite **due visite di controllo ostetrico-ginecologiche all’anno per persona, effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto “Ricovero in istituto di cura”, lettera g) “Post-ricovero”, e “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.**

La garanzia è prestata unicamente in strutture non convenzionate nel massimale dell’area ricovero con un sotto limite annuo di € 5.000 per nucleo. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

1.6.15. Rimpatrio della salma

In caso di decesso all’estero **durante un ricovero**, la Centrale Operativa rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel **limite di € 5.000,00 per anno di copertura e per nucleo familiare.**

1.6.16. Modalità di erogazione delle prestazioni

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Centrale Operativa alle strutture sanitarie convenzionate con l’applicazione di una franchigia di € 300,00, ad eccezione delle seguenti:

punto 6.2.1. “Ricovero in istituto di cura”:

lett. a) “Pre ricovero”;

punto 6.2.2. “Trasporto sanitario”;

punto 6.2.6. “Rimpatrio della salma”

che vengono rimborsate all’Assistito nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:

punto 6.2.4.1. “Parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo (che non implichi intervento chirurgico)”che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

Nel caso di “Parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo (che non implichi intervento chirurgico)” le spese vengono liquidate direttamente dalla Centrale Operativa senza applicazione di franchigia.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito con uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 1.000,00 ed un massimo non indennizzabile di € 3.000,00 ad eccezione delle seguenti:

punto 6.2.1. "Ricovero in Istituto di cura":

lett. d) "Retta di degenza";

lett. e) "Accompagnatore";

punto 6.2.2. "Trasporto sanitario";

punto 6.2.6. "Rimpatrio della salma";

punto 6.2.4.1. "Parto, aborto e parto domiciliare"

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

Nel caso di parto naturale e parto domiciliare le spese vengono liquidate direttamente dalla Centrale Operativa senza applicazione di franchigia.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

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

Qualora l'Assistito sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Centrale Operativa rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assistito 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'Assistito, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Centrale Operativa ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Centrale Operativa".

1.6.17. Indennità' sostitutiva

Il Dipendente, qualora non richieda alcun rimborso alla Centrale Operativa, né per il ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse, avrà diritto a richiedere un'indennità di € 150,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non

superiore a 100 giorni per anno di copertura e per persona.

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

1.6.18. Massimale Assistito area ricovero

Il massimale annuo Assistito per il complesso delle garanzie suindicate punti 6.1. "Ricovero con intervento chirurgico, day hospital chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale" e 6.2 "Ricovero senza intervento chirurgico, day hospital senza intervento chirurgico" corrisponde a € 300.000,00 per anno/nucleo familiare con sotto massimale € 5.000,00 anno/nucleo nel caso di day hospital senza intervento con degenza diurna superiore a 3 giorni.

Inoltre, è previsto un sotto massimale unico di € 12.000 per anno di copertura e per nucleo familiare per le prestazioni previste all'art. 6.1 lett. a) pre-ricovero e g) post ricovero e all'art. 6.2 lett. a) pre-ricovero e g) post-ricovero (sia per ricoveri con intervento chirurgico sia per ricoveri senza intervento chirurgico).

AREA EXTRA - RICOVERO

1.7. Alta diagnostica

In deroga a quanto previsto al punto “Casi di non operatività del piano”, la Centrale Operativa provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

- Amniocentesi, Villocentesi e analoghi test prenatali non invasivi (solo per le gestanti con età superiore ai 35 anni oppure in caso di sospetta malformazione del feto)
- Angiografia
- Arteriografia
- Artrografia
- Broncografia
- Broncoscopia
- Cateterismo cardiaco
- Cisternografia
- Cistografia
- Clisma opaco
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Crioterapia
- Dacriocistografia
- Discografia
- Doppler
- Ecocardiografia
- Ecocolor Doppler
- Ecodoppler
- Ecotomografia
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Elettroscopia
- Endoscopia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Holter

- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia
- Mielografia
- Moc
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Rx esofago, Rx tubo digerente
- Scialografia
- Splenoportografia
- Tomografia torace, Tomografia in genere
- Tomografia logge renali, Tomoxerografia
- Urografia
- Vesiculodeferentografia
- Elettromiografia
- Risonanza Magnetica Nucleare
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografia a Emissione di Positroni (PET)

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

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

Nel caso in cui l'Assistito si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Centrale Operativa, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.**

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Centrale Operativa **rimborso** integralmente i **tickets sanitari a carico dell'Assistito.**

Il massimale annuo Assistito per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 5.000,00 per nucleo familiare.

1.8. Visite specialistiche e prestazioni extraospedaliere

La Centrale Operativa provvede al pagamento delle spese per:

- visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio
- accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici;
- trattamenti fisioterapici e/o rieducativi.

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

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

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

Nel caso in cui l'Assistito si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Centrale Operativa, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 40,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.**

In caso di trattamenti fisioterapici e/o rieducativi i limiti si applicano per fattura.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Centrale Operativa rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assistito.

Il massimale annuo Assistito è un sotto massimale annuo della garanzia "Alta Specializzazione" e per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.800,00 per nucleo familiare.

Il sotto limite annuo dedicato ai trattamenti fisioterapici corrisponde a € 400,00 per nucleo familiare.

1.9. Prestazioni odontoiatriche particolari

In deroga a quanto previsto al punto “Casi di non operatività del piano”, la Centrale Operativa provvede al pagamento del “pacchetto” di prestazioni odontoiatriche particolari **fruibile una volta l’anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione**. Le prestazioni che costituiscono il “pacchetto”, sottoindicate, sono nate per monitorare l’eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

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

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell’Assistito, il medico riscontri, in accordo con la Centrale Operativa, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell’arco dello stesso anno di copertura, la Centrale Operativa provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente. Nel caso di utilizzo di struttura sanitaria convenzionata, la seconda seduta deve essere preventivamente comunicata alla Centrale Operativa.

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

La garanzia è prestata solo in strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Centrale Operativa, le spese per le prestazioni erogate all’Assistito vengono liquidate direttamente dalla Centrale Operativa alle strutture medesime senza applicazione di alcun importo a carico del dipendente.

1.10. Check up

La Centrale Operativa provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate al fine di monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Centrale Operativa indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione, le prestazioni sono previste una volta l'anno per persona.

Nel caso in cui l'Assistito si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Centrale Operativa, le spese sostenute vengono rimborsate nel sotto limite annuo di spesa pari a € 250,00 per persona.

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

- prelievo venoso
- ALT
- AST
- gamma GT
- glicemia
- colesterolo totale
- colesterolo HDL
- colesterolo
- LDL
- LDH
- trigliceridi
- urea
- creatinina
- emocromo e morfologico completo
- emoglobina glicosilata
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- VES
- Azotemia
- uricemia
- elettroforesi delle sieroproteine
- protidemia totale e dosaggi ormonali tiroidei (TSH, FT3, FT4)
- GOT
- GPT

- Bilirubina frazionata
- Protidogramma
- esame urine chimico, fisico e micoscopico
- esame feci (ricerca sangue occulto)

È inoltre previsto per tutte le persone assicurate a prescindere dall'età:

- esami valutazione pandemica IgG anti covid

Inoltre, per gli uomini:

- visita specialistica cardiologica ed elettrocardiogramma (con eventuale elettrocardiogramma da sforzo e/o eco cardiogramma nel caso in cui il medico ne ravvisi la necessità)
- Radiografia polmonare
- Ecodoppler TSA

In aggiunta oltre i 40 anni di età (una volta all'anno e per ogni Assistito):

- visita urologica e PSA – specifico antigene prostatico

Inoltre, per le donne:

- visita specialistica cardiologica
- ecodoppler arti inferiori
- PAP test

In aggiunta oltre i 40 anni di età (una volta ogni due anni):

- visita ginecologica
- mammografia ed ecografia mammaria
- Moc
- Ecodoppler TSA ricerca
- radiografia polmonare

1.11. Protesi odontoiatriche da infortunio

In deroga a quanto previsto al punto "Casi di non operatività del piano", la Centrale Operativa provvede al pagamento delle spese per l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribasamento di protesi dentarie e prestazioni diagnostiche odontoiatriche ad esse correlate a seguito di ricevimento di certificato di pronto soccorso.

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

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Centrale Operativa, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di **scoperto o franchigia**.

Nel caso in cui l'Assistito si rivolga a strutture del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate, la Centrale Operativa rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

Il massimale annuo Assistito per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 4.500,00 per nucleo familiare.

Il sotto limite annuo per ogni protesi ammonta a € 600,00.

1.12. Cure dentarie da infortunio

In deroga a quanto previsto al punto "Casi di non operatività del piano", la Centrale Operativa liquida all'Assistito le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

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

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

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

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Centrale Operativa, le spese sostenute vengono rimborsate **senza applicazione di scoperto o franchigia**.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Centrale Operativa rimborsa integralmente i ticket sanitari a Suo carico nel limite dei massimali Assistiti.

Il massimale annuo Assistito per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 3.000,00 per nucleo familiare.

1.13. Visita oncologica

Rientra in copertura una **visita specialistica Oncologica**, da effettuarsi nelle seguenti modalità:

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

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, la Centrale Operativa **rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assistito**.

Non è previsto il rimborso nel caso in cui la prestazione sia resa in strutture sanitarie private e/o da personale medico non convenzionati con la Centrale Operativa.

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

Viene previsto un massimale di € 300,00 per anno di copertura e nucleo familiare.

1.14. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-009684** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

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

a) Informazioni generiche sul contratto

- le prestazioni incluse nelle garanzie, massimali, franchigie o scoperti, eventuale documentazione per attivare la copertura
- stato di valutazione delle pratiche di rimborso
- modalità di richiesta di rimborso

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 Centrale Operativa.

CONTRIBUTI

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

a) per ogni dipendente attivo: **in carico alla Fondazione Enasarco**

b) per nucleo familiare composto da 1 familiare oltre al dipendente: **€ 700,00**

c) per nucleo familiare composto da due o più familiari oltre al dipendente: **€ 900,00**

L'attivazione delle opzioni b) e c) comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari, intesi come alle Definizioni del Piano Sanitario.

CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

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 malattie mentali fatta eccezione per i casi comportanti interventi chirurgici;
3. le conseguenze derivanti da abuso di alcoolici o di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
4. gli Infortuni derivanti da tumulti popolari, aggressioni od atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Isritto abbia preso parte volontariamente;
5. gli infortuni derivanti da azioni delittuose dell'Isritto; l'assicurazione si intende tuttavia estesa agli infortuni determinati da imperizia, Imprudenza e negligenza anche gravi;
6. le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetto fisico* o malformazione** preesistente alla stipulazione del Piano Sanitario, intendendosi per tale la formazione anomala di parte anatomica obiettivamente visibile o clinicamente diagnosticata, prima della stipulazione;
7. le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio), le cure e protesi odontoiatriche e ortodontiche salvo quelle rese necessarie da infortunio e quelle previste eventualmente dalle singole opzioni;
8. l'acquisto, la manutenzione, la riparazione o il noleggio di apparecchi protesici o terapeutici, salvo quanto previsto eventualmente dalle singole opzioni.

Il Piano sanitario inoltre non comprende i danni derivati da:

9. guerre e insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
10. trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti

11. Limitatamente alle prestazioni previste ai punti 6.22, 6.24 e 6.25 relativi a prestazioni di Odontoiatria l'assicurazione non è operante per:

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

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

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

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

ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

1.15. Decorrenza e attivazione della copertura

La copertura per i DIPENDENTI avrà effetto dalle ore 00:00 del 16/10/2024 in forma rimborsuale nelle strutture non convenzionate e in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Centrale Operativa dopo che le anagrafiche siano state correttamente censite nel data base della Mutua previo invio delle anagrafiche dalla Fondazione Enasarco alla Mutua almeno 10 giorni prima dell'effetto del Piano Sanitario.

Le inclusioni di Assistiti ad adesione facoltativa (CATEGORIA DEI FAMILIARI) sono così regolamentate:

Alla decorrenza del contratto, i Dipendenti in attività alla Fondazione Enasarco avranno a disposizione una finestra di ingresso che si aprirà dal 15/10/2024 e si chiuderà in data 30/11/2024, durante la quale potranno effettuare l'estensione al piano sanitario per i propri familiari attraverso un portale dedicato messo a disposizione da Mutua Hygeia il cui link di accesso al form si trova all'interno dell'area riservata Enasarco. La decorrenza della copertura in forma rimborsuale avrà effetto dalle ore 00:00 della data di effetto annuale del contratto purché l'estensione e relativo pagamento del contributo da parte della Fondazione Enasarco nell'interesse del Dipendente e la relativa trasmissione dell'adesione siano avvenuti durante il periodo di finestra di adesione convenuto.

La copertura in forma diretta decorre dalle ore 24:00 della data di corretto censimento dell'anagrafica e caricamento nel database (DB) della Centrale Operativa.

Oltre la data di chiusura della finestra di adesione, non potranno più verificarsi inclusioni di familiari già presenti alla data di chiusura della finestra temporale all'interno dal nucleo familiare, fatto salvo quanto eventualmente previsto al successivo art. Inclusioni/Esclusioni (variazioni di stato di famiglia o nuove assunzioni).

1.15.1. Adesione dei familiari durante la finestra temporale della prima annualità

1. **L'estensione delle prestazioni del Piano Sanitario ai familiari del Dipendente della Fondazione Enasarco NON in copertura con EMAPI alla data del 15/10/2024 è disciplinata come segue:**
 - a. **Finestra temporale di adesione** - Alla decorrenza del contratto prevista per il 15/10/2024, i dipendenti Enasarco in attività avranno a disposizione una finestra di ingresso che si aprirà in data 15 ottobre 2024 e si chiuderà in data 30 novembre 2024. Durante la finestra temporale i familiari del dipendente Enasarco potranno essere inseriti nel piano sanitario tramite un portale dedicato messo a disposizione da Mutua Hygeia previa compilazione di un Modulo di Adesione al Piano sanitario, di una Autocertificazione e, per ogni familiare, di un Questionario Anamnestico la cui valutazione è rimessa all'insindacabile giudizio della Mutua Hygeia.

- b. Copertura in forma rimborsuale** – All’esito positivo della valutazione del Questionario Anamnestico, la decorrenza della copertura in forma rimborsuale per i familiari del dipendente Enasarco in attività, inclusi nel Piano Sanitario nelle modalità convenute, avrà effetto:
- b. Per gli infortuni:** dalle ore 24:00 del giorno di pagamento a condizione che l’adesione e il relativo pagamento del contributo da parte del dipendente e la relativa trasmissione alla Mutua Hygeia del Modulo di adesione e del questionario avvengano entro la finestra temporale.
 - c. Per le malattie:** a condizione che l’adesione e il relativo pagamento del contributo da parte del dipendente e la relativa trasmissione alla Mutua Hygeia del Modulo di adesione e del Questionario Anamnestico avvengano entro la finestra temporale, che la Mutua Hygeia abbia valutato con esito positivo il Questionario Anamnestico, la copertura decorre nel rispetto dei Periodi di carenza contrattuale.
 - d. Copertura in forma diretta** - Ferme le condizioni previste per la decorrenza della copertura in forma rimborsuale per gli infortuni, la decorrenza della copertura in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Centrale Operativa è subordinata al corretto censimento dell’anagrafica nel database della Mutua nel rispetto dei Periodi di carenza contrattuale.
- c.** Alla chiusura della finestra temporale (30 novembre 2024), non saranno più consentite inclusioni di familiari già presenti, alla scadenza di detto termine, nel nucleo familiare, fatto salvo quanto previsto al successivo punto 16 (Inclusioni/Esclusioni).

Per i Nuclei Familiari dei dipendenti inclusi dell’elenco inviato da Enasarco alla Mutua, in copertura con Emapi alla data di effetto del Piano Sanitario, non operano i periodi di carenza contrattuali. L’inclusione è disciplinata come segue: entro il 15/10/2024 la Fondazione Enasarco trasmette alla Mutua l’elenco dei dipendenti Enasarco che, a quella data, hanno in copertura i familiari con EMAPI. Il dipendente compila il Modulo di Adesione alla Mutua e sottoscrive l’autocertificazione. Al ricevimento della Modulistica, Hygeia autorizza la Fondazione Enasarco ad effettuare il pagamento, nell’interesse del Dipendente, del contributo calcolato secondo la Tabella dei Contributi.

1.15.2. Periodi di carenza contrattuali per i nuovi familiari

La garanzia decorre dalle ore 24:

- del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie;
- del 60° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per l'aborto e le malattie dipendenti da gravidanza;
- del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione, dichiarati dall'Assistito e accettati dalla Centrale Operativa;
- del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assistito, ma insorti anteriormente alla stipulazione del Piano Sanitario;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto e le malattie da puerperio;
- del 1° giorno del VI anno di copertura successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le infezioni da HIV.

I termini di aspettativa sopraindicati non vengono applicati qualora la garanzia in favore dei soggetti Assistiti risulti essere stata attivata nell'annualità precedente.

1.16. Inclusioni familiari di dipendenti neo assunti

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per i dipendenti, e per i loro relativi familiari, i quali non abbiano aderito alla stessa entro i termini della finestra di adesione le movimentazioni all'interno del Piano Sanitario sono regolate dai punti di seguito indicati.

- a. Alle ore 24:00 del 30/11/2024, chiusa la finestra temporale, non sarà più consentita l'inclusione di familiari dei Dipendenti, fatto salvo il caso di variazione dello stato di famiglia e salva la possibilità per i Dipendenti assunti dalla Fondazione Enasarco dopo la chiusura della finestra temporale. I Dipendenti assunti dopo la chiusura della finestra temporale, e i Dipendenti che modifichino il proprio stato di famiglia, possono avvalersi di una loro personale finestra temporale di adesione, della durata di 30 giorni a decorrere dalla data della comunicazione della loro assunzione da parte di Enasarco alla Mutua o, rispettivamente, dalla data in cui si è modificato lo stato di famiglia per matrimonio, convivenza more uxorio o nascita di un figlio. Qualora

il Dipendente neo assunto o il dipendente che abbia modificato lo stato di famiglia decida di estendere il Piano Sanitario Dipendenti al proprio Nucleo Familiare, la copertura avrà effetto con le seguenti modalità:

1. in forma rimborsuale, dalle ore 24:00 del giorno dell'invio del Modulo di Adesione alla Mutua a condizione che questo venga trasmesso a Hygeia entro 30 giorni dalla data della comunicazione dell'assunzione del Dipendente da parte di Enasarco alla Mutua o dalla data di modifica dello stato di famiglia. L'inclusione dei familiari verrà effettuata mediante la consueta procedura di adesione fermo il pagamento alla Mutua Hygeia del contributo, come calcolato nella Tabella dei Contributi, entro il termine dei 30 giorni dalla data di comunicazione dell'assunzione del Dipendente o entro 30 giorni dalla modifica dello Stato di famiglia.
2. In forma diretta, ferma l'effettiva copertura in forma rimborsuale:
 - a. dal 1° giorno del mese successivo alla comunicazione alla Mutua qualora questa avvenga entro il 15 del mese e il soggetto interessato risulti regolarmente censito negli archivi della Mutua.
 - b. dal 1° giorno del 2° mese successivo alla comunicazione qualora questa avvenga dopo il giorno 15 del mese e il soggetto interessato risulti regolarmente censito negli archivi della Mutua.

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

A) INCLUSIONI/ESCLUSIONI

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per i familiari di cui all'art. 2 "Aventi diritto alle prestazioni", i quali non abbiano aderito alla stessa entro i termini della finestra di adesione, le movimentazioni all'interno del Piano Sanitario sono regolate dai punti di seguito indicati.

1) Figli non conviventi ma fiscalmente a carico fino a 30 anni

- a. I figli dei dipendenti in servizio alla data di effetto del Piano Sanitario Dipendenti, non conviventi ma fiscalmente a carico fino a 30 anni, possono essere inclusi mediante procedura di adesione online e pagamento del contributo previsto per il Nucleo Familiare entro il periodo della finestra temporale decorrente dal 15 ottobre 2024 al 30 dicembre 2024.
- b. Oltre detto termine, potranno essere inseriti esclusivamente i figli non conviventi ma fiscalmente a carico fino a 30 anni di dipendenti neoassunti.
- c. Alle scadenze annuali del contratto i familiari suindicati inseriti nella copertura, qualora esclusi, non potranno più essere reinscritti.

2) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

- a. Per i dipendenti in garanzia alla data di effetto del Piano Sanitario Dipendenti, l'inclusione di familiari come definiti all'art. 2 (Aventi diritto alle prestazioni) in un momento successivo alla chiusura della finestra temporale di adesione è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite. L'inclusione in copertura nel Piano Sanitario Dipendenti verrà effettuata mediante apposita procedura di adesione online previo pagamento del contributo previsto per il Nucleo Familiare, in favore della Mutua Hygeia da parte del Dipendente in attività ove non già pagato per l'annualità corrente. Al verificarsi di tale circostanza, la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata alla Mutua Hygeia entro 45 giorni dalla variazione e a condizione che sia verificata la regolarità amministrativa del pagamento del contributo da parte della

Fondazione Enasarco nell'interesse del Dipendente. Oltre detto termine, la copertura decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Mutua sempreché sia stato pagato il contributo dovuto.

3) Inserimento di nuovi dipendenti in data successiva all'effetto del Piano Sanitario Dipendenti

- a. Le inclusioni di dipendenti in data successiva alla chiusura della finestra temporale di adesione sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni.
- b. La garanzia per il dipendente in attività decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata dalla Fondazione Enasarco alla Mutua entro 45 giorni dall'assunzione. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà comunque, solo in forma rimborsuale, dal giorno di assunzione.
- c. Qualora il neo dipendente intenda inserire eventuali familiari come definiti all'art. 2 (Aventi diritto alle prestazioni) dovrà includerli nella copertura entro 45 gg dall'assunzione. Qualora l'assunzione del Dipendente venga comunicata alla Mutua decorso detto termine, i familiari potranno essere inclusi in copertura entro 30 giorni dalla data di comunicazione.
- d. Decorso i termini i familiari non potranno essere inclusi in copertura per l'annualità in corso.
- e. L'inclusione verrà effettuata mediante apposita procedura di adesione online e pagamento del contributo alla Mutua ove non già pagato. L'inclusione verrà effettuata mediante apposita procedura di adesione online.

4) Variazione del requisito di carico fiscale da parte di un figlio

- a. Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte di un figlio non convivente, la garanzia cesserà alla prima scadenza annuale utile. La copertura verrà mantenuta fino alla scadenza annuale senza alcuna restituzione del contributo pagato.

5) Contributo per adesioni in corso d'anno

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo di copertura previste ai numeri 1, 2, 3 e 4 del presente punto, il Contributo da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde:

- a. al 100% del contributo annuo per coloro che entrano in copertura nel primo semestre di copertura (dal 15 ottobre al 15 aprile di ogni anno);
- b. al 60% del contributo annuo per coloro che entrano in copertura nel secondo semestre di copertura dal 16 aprile al 15 ottobre di ogni anno).

6) Esclusioni dalla copertura

- a. Eventuali esclusioni di dipendenti per cessazione di rapporto di lavoro verranno effettuate mantenendo gli assistiti in copertura fino alla prima scadenza annuale successiva e senza alcuna restituzione del contributo pagato alla Mutua.

Se il dipendente non paga il contributo per il rinnovo della copertura dei suoi familiari per gli anni successivi all'anno di adesione entro il quindicesimo giorno successivo alla scadenza dell'annualità, la copertura resta sospesa dalle ore 24:00 del giorno di scadenza e riprende efficacia dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.

7) Inserimento di nuovi dipendenti in data successiva all'effetto del Piano Sanitario

Le inclusioni di dipendenti in data successiva alla chiusura della finestra temporale di adesione sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni.

La garanzia per il dipendente in attività decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata dalla Fondazione Enasarco alla Mutua entro 45 giorni dall'assunzione. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà comunque, solo in forma rimborsuale, dal giorno di assunzione.

Qualora il neo dipendente intenda inserire eventuali familiari come definiti all'art. 2 (Aventi diritto alle prestazioni) dovrà includerli nella copertura entro 45 gg dall'assunzione. Qualora l'assunzione del Dipendente venga comunicata alla Mutua decorso detto termine, i familiari potranno essere inclusi in copertura entro 30 giorni dalla data di comunicazione.

Decorsi i termini i familiari non potranno essere inclusi in copertura per l'annualità in corso.

L'inclusione avverrà come sopra stabilito.

8) Variazione del requisito di carico fiscale da parte di un figlio

Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte di un figlio non convivente, la garanzia cesserà alla prima scadenza annuale utile.

La copertura verrà mantenuta fino alla scadenza annuale senza alcuna restituzione del contributo.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo di copertura previste ai numeri 1, 2, 3 e 4 del presente punto, il contributo da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde:

- al 100% del contributo annuo per coloro che entrano in copertura nel primo semestre di copertura;
- al 60% del contributo annuo per coloro che entrano in copertura nel secondo semestre di copertura.

9) Esclusioni dalla copertura

Eventuali esclusioni per cessazione di rapporto di lavoro/decesso verranno effettuate mantenendo gli Assistiti in copertura fino alla prima scadenza annuale successiva e senza alcuna restituzione di contributo.

1.1. Validità territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo.

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

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

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

1.2. Limiti di età

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del **75esimo anno di età del titolare**, e la Centrale Operativa non accetterà ulteriori pagamenti di contributo da soggetti che abbiano già compiuto 76 anni; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un **componente del nucleo familiare raggiunga il 75esimo anno di età**, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua **limitatamente a questo Assistito**.

Si precisa che, per i **figli non conviventi ma fiscalmente a carico** è previsto un **limite di età di 30 anni**.

1.3. Gestione dei documenti di spesa

A. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

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

B. Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

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

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

Ritenendo di soddisfare in questo modo le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli Assistiti sullo stato delle loro richieste di rimborso, UniSalute mette a disposizione nel corso dell'anno i seguenti rendiconti:

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

1.5. Foro competente

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

1.6. Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio di copertura, ovvero il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), devono essere inoltrati

per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892 - e-mail reclami@unisalute.it.**

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

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

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

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

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

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

- a. nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b. individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c. breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- d. copia del reclamo presentato alla Centrale Operativa o all'Intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;

e. ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

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

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

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet <https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net> chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

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

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

negoiazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;

- procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista.

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

1.7. Diritto all'oblio oncologico

A partire dal 2 gennaio 2024 in conformità alla Legge 7 dicembre 2023 n.193 che ha introdotto il "diritto all'oblio oncologico", l'Assistito, guarito da una patologia oncologica senza episodi di recidiva ha diritto a non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica, nei casi previsti dalla legge.

Per ulteriori approfondimenti si rimanda al sito www.unisalute.it Informativa Oblio Oncologico.

1.8. Informativa "HOME INSURANCE" - indicazioni per l'accesso all'area riservata ai sensi del regolamento IVASS 41/2018 – ove sussistano i requisiti

Ai sensi del 2° comma dell'art. 44 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018 nel sito internet di UniSalute (www.unisalute.it) è disponibile un'apposita area riservata a cui il Contraente può accedere per consultare on line la propria posizione contrattuale e per compiere alcune operazioni quali, ad esempio, pagare il Contributo di copertura successivo al primo e richiedere la liquidazione dei Sinistri o la modifica dei propri dati personali. Le credenziali personali per accedere all'area riservata sono rilasciate al Contraente mediante processo di "auto registrazione" disponibile nell'area stessa.

1.9. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

1. Informazioni generali

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

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

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

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2023, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 273,4 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 114,4 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unisalute.it, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2023, è pari ad € 111,4 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 32,4 milioni, a copertura dei quali la Centrale Operativa dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 247,3 milioni e ad € 245,1 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2023, pari a 2,22 volte il requisito patrimoniale di solvibilità e 7,57 volte il requisito minimo di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

10. SCHEDA ANAMNESTICA ODONTOIATRICA

Gentile Cliente,
affinché Unisalute possa valutare la copertura delle prestazioni odontoiatriche di cui si appresta a richiedere il rimborso, è necessario che il suo medico odontoiatra compili la Scheda Anamnestica Odontoiatrica (all. 1 alla Guida) **indicante le patologie e le pregresse riabilitazioni, rilevate PRIMA dell'erogazione delle terapie, durante le fasi diagnostiche pre trattamento.**

Tale scheda è stata suddivisa in due tabelle per rendere più agevole e uniforme la raccolta dei dati relativi allo stato di salute del suo cavo orale, **precedente alle prestazioni** odontoiatriche effettuate.

La documentazione compilata andrà inviata, unitamente alle fatture relative alle prestazioni a: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti
– Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.

**La Scheda Anamnestica Odontoiatrica
si trova in allegato alla presente Guida.**

