

# PIANO SANITARIO PLUS 2017

## FAMILIARI FONDO FASDA

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Edizione del 01/09/2015.

Redazione del 13/09/2017.

### 1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

#### SEZIONE PRIMA

- ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico (come da elenco in allegato);
- ricovero in istituto di cura per parto naturale o cesareo e per aborto terapeutico o spontaneo;
- ospedalizzazione domiciliare;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche e altre prestazioni diagnostiche;
- ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso;
- pacchetto maternità;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi;
- protesi ortopediche e acustiche;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- implantologia;
- avulsione fino ad un massimo di 4 denti (solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia);
- cure dentarie da infortunio;
- interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- cure odontoiatriche, terapie conservative e prestazioni diagnostiche odontoiatriche diverse da protesi e ortodonzia;
- prevenzione dentale e protocollo ortodontico;
- lenti e occhiali;
- vaccini per Herpes Zoster e Meningococco;
- diagnosi comparativa;
- sindrome metabolica;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- procreazione medico assistita;
- Servizio Monitor Salute;
- prestazioni a tariffe agevolate ;
- servizi di consulenza.

#### SEZIONE SECONDA

- stati di non autosufficienza consolidata/permanente-protezione completa.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società
- c) Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

### 2. PERSONE ASSICURATE

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo contributo a carico del dipendente già iscritto al Fondo Fasda, ai seguenti familiari risultanti dallo stato di famiglia:

- Coniuge / convivente more uxorio;
- Figli conviventi fiscalmente e non fiscalmente a carico;
- Figli con affidamento condiviso al 50%;
- Figli del coniuge;
- Figli del convivente more uxorio

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

Qualora un Iscritto decida di escludere dalla copertura il proprio nucleo familiare precedentemente inserito, potrà procedere ad una nuova inclusione in copertura soltanto per una ulteriore volta e dopo che siano passati almeno due anni dalla data di uscita dalla copertura. Dopodiché non gli sarà più possibile l'attivazione della stessa in un momento successivo.

## **SEZIONE PRIMA**

### **3. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (COME DA ELENCO IN ALLEGATO) E PARTO E ABORTO TEAPEUTICO E SPONTANEO**

#### **3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (COME DA ELENCO IN ALLEGATO)**

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.

##### **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, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi 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 Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di €. 400,00 al giorno.

##### **e) Accompagnatore**

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

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di €. 60,00 al giorno per un massimo di 40 giorni per ricovero.

##### **f) Assistenza infermieristica privata individuale**

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di €. 70,00 al giorno per un massimo di 40 giorni per ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

##### **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 PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (COME DA ELENCO IN ALLEGATO)**

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 grande intervento chirurgico (come da elenco in allegato)" e 3.2 "Trasporto sanitario per grande intervento chirurgico (come da elenco in allegato)" 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 PANCOLONSCOPIA E ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA OPERATIVE

Nel caso di Pancolonscopia ed Esofagogastroduodenoscopia operativa, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 3.1 “Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico (come da elenco in allegato)”, con i relativi limiti in essi indicati. La garanzia è prestata fino ad un limite massimo di € 1.000,00 per persona.

### 3.5 INTERVENTI PER LA CORREZIONE DEI DIFETTI VISIVI

La società provvede al pagamento delle spese per gli interventi di chirurgia refrattiva, nonché i trattamenti con laser ad eccimeri qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.

La presente copertura è operante esclusivamente per gli Assicurati con età compresa tra i 25 anni compiuti e i 40 anni compiuti.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 500,00 per occhio.

### 3.6 NEONATI

La Società provvede al pagamento delle spese per interventi effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, 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 € 13.000,00.

### 3.7 PARTO E ABORTO

#### 3.7.1 PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 “Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico (come da elenco in allegato)” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”, e) “Accompagnatore; g) “Post-ricovero”, e 3.2 “Trasporto sanitario per grande intervento chirurgico (come da elenco in allegato)” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 2.000,00 per anno assicurativo e per persona, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

#### 3.7.2 PARTO NON CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO

In caso di parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 “Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico (come da elenco in allegato)” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”; relativamente alle prestazioni “post-ricovero” vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 3.1 “Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico (come da elenco in allegato)”, lettera g) “Post-ricovero”, e 3.2 “Trasporto sanitario per grande intervento chirurgico (come da elenco in allegato)” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 2.000,00 per anno assicurativo e per persona, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

### 3.8 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 senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 “Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico (come da elenco in allegato)”:

- lett. a) “Pre ricovero”;
  - lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;
- punto 3.2 “Trasporto sanitario per grande intervento chirurgico (come da elenco in allegato)”;  
che vengono rimborsate all’Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:  
punto 3.4 “Pancoloscopia e esofagogastroduodenoscopia operative”;  
punto 3.5 “Interventi per la correzione dei difetti visivi”;  
punto 3.6 “Neonati”;  
punto 3.7 “Parto e aborto”;  
punto 3.10 “Ospedalizzazione domiciliare”  
che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

#### **b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.**

Qualora l’Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la società, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all’Assicurato nel limite di un massimale pari ad € 12.000,00 per intervento, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 “Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico (come da elenco in allegato)”:

- lett. d) “Retta di degenza”;
  - lett. e) “Accompagnatore”;
  - lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;
- punto 3.2 “Trasporto sanitario per grande intervento chirurgico (come da elenco in allegato)”;  
punto 3.4 “Pancoloscopia e esofagogastroduodenoscopia operative”;  
punto 3.5 “Interventi per la correzione dei difetti visivi”;  
punto 3.6 “Neonati”;  
punto 3.7 “Parto e Aborto”  
che vengono rimborsate all’Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

#### **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, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.9 “Indennità sostitutiva”.

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 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”.

### **3.9 INDENNITA' SOSTITUTIVA**

L’Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per le prestazioni effettuate durante il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un’indennità di €. 140,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 150 giorni per ogni ricovero.

### **3.10 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE**

La Società, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, per ricovero indennizzabile a termini di polizza, e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica. La Società concorderà il programma medico/riabilitativo con l’Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 10.000,00 per persona.

### **3.11 MASSIMALE ASSICURATO**

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 120.000,00 per persona.

## **4. ALTA SPECIALIZZAZIONE**

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

**Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”)**

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx anca
- Rx Colonna Vertebrale
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx ginocchio;
- Rx piede;
- Rx spalla;
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Rx torace;
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urea Breath test per la ricerca di HP
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

**Accertamenti**

- Ecocardiografia
- Ecografie
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)
- Holter pressorio
- MOC
- Amniocentesi per donne > 35 anni
- Prelievo dei villi corali
- Esofagogastroduodenoscopia diagnostica
- Pancolonscopia diagnostica
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscopia diagnostica
- Cistoscopia diagnostica

**Terapie**

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi

- Radioterapia

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

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

Solo nel caso in cui l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società, nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 10.000,00 per persona.

Per i figli di età inferiore a 20 anni il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 8.000,00 per persona.

## 5. VISITE SPECIALISTICHE E ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia. Rientrano inoltre in garanzia le visite mediche effettuate da osteopata o fisiatra. Rientra inoltre in garanzia la spirometria.

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

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

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

Solo nel caso in cui l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società, nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

La Società provvede inoltre al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica.

- Visita specialistica dermatologica;
- Mappatura nei;
- Epiluminescenza.

PRESTAZIONI COLLEGATE ALL'ARTICOLO 21. "PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI" e previste per i figli delle età di seguito specificate, all'interno del presente articolo:

- a) per ogni figlio di età inferiore a 14 anni, la Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione, qualora fossero prescritte dal Pediatra a seguito della fruizione della Visita Pediatrica di Controllo di cui all'art. 21:
  - Visita otorinolaringoiatrica;
  - Esame audiometrico
- b) per ogni figlio di età inferiore a 20 anni, la Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione, qualora fossero prescritte dal Dietologo a seguito della fruizione della Visita Dietologica di Controllo di cui all'art. 21:
  - Visita cardiologica;
  - E.C.G. di base

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.200,00 per persona. Per i figli di età inferiore a 20 anni il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.000,00 per persona.

#### **6. TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO**

La Società provvede al rimborso integrale dei ticket sanitari per visite specialistiche e accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale.

La Società provvede anche al rimborso dei ticket di Pronto Soccorso.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 800,00 per persona. Per i figli di età inferiore a 20 anni il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per persona.

#### **7. PACCHETTO MATERNITÀ (Garanzia VALIDA ESCLUSIVAMENTE per il coniuge / convivente more uxorio e figli di età uguale o superiore ai 20 anni)**

Sono comprese nella garanzia:

- 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a n.6 per gravidanza a rischio);
- le ecografie;
- le analisi clinico chimiche;
- amniocentesi e villocentesi: per le donne di età  $\geq 35$  anni tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione mentre per le donne di età  $< 35$  anni sono riconosciute solo nel caso di malformazione famigliare in parenti di 1° grado o nel caso di patologie sospette.

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.200,00 per persona.

#### **8. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI**

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di malattia o infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico "di 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.

Sono escluse dalla garanzia prestazioni quali linfo-drenaggio, pressoterapia, shiatsu.

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

È prevista l'agopuntura effettuata da medico anche a fini antalgici per le seguenti patologie:

- emicrania;
- lombalgia;
- artrosi ginocchio.

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.

Solo nel caso in cui l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società, nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 400,00 per persona.

Per i figli di età inferiore a 20 anni il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 250,00 per persona.

#### **9. PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE (Garanzia VALIDA ESCLUSIVAMENTE per i figli di età inferiore ai 20 anni)**

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di € 600,00 per persona.

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di € 50,00 per fattura/persona.

#### **10. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (Garanzia VALIDA ESCLUSIVAMENTE per il coniuge / convivente more uxorio e figli di età uguale o superiore ai 20 anni)**

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società 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", sotto indicate, sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

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

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Società 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 Società.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 30% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.

#### **11. IMPLANTOLOGIA (Garanzia VALIDA ESCLUSIVAMENTE per il coniuge / convivente more uxorio e figli di età uguale o superiore ai 20 anni)**

Viene previsto un massimale di € 2.800,00 per prestazioni di implantologia dentale in un anno assicurativo.

##### **Si specifica che:**

- **La presente garanzia si intende operante, e quindi fruibile, solo a partire dal secondo anno di copertura assicurativa continuativa;**
- le prestazioni sono erogabili **solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato con la Società;**
- le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate, nella misura del 70%, direttamente dalla Società alle strutture medesime;
- ai fini liquidativi dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.

#### **11.1 APPLICAZIONE DI TRE O PIU' IMPIANTI**

La garanzia opera nel caso di applicazione di tre o più impianti previsti dal medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi ai 3 o più impianti.

Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

## 11.2 APPLICAZIONE DI DUE IMPIANTI

Viene previsto un **sottomassimale** annuo di € 950,00 nel caso di applicazione di due impianti previsti dal medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi ai 2 impianti.

- Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

Qualora, nel corso della medesima annualità di copertura, dopo aver attivato la garanzia prevista al punto 11.3 "Applicazione di un impianto", si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del **sottomassimale** di € 950,00 previsto in questa garanzia, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

## 11.3 APPLICAZIONE DI UN IMPIANTO

Viene previsto un **sottomassimale** annuo di € 550,00 nel caso di applicazione di un impianto previsto dal piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi all'impianto.

- Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

## 12. AVULSIONE FINO AD UN MASSIMO DI 4 DENTI (Solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia) (Garanzia VALIDA ESCLUSIVAMENTE per il coniuge / convivente more uxorio e figli di età uguale o superiore ai 20 anni)

La garanzia opera nel caso di avulsione fino ad un massimo di 4 denti l'anno.

### Si specifica che:

- La presente garanzia si intende operante, e quindi fruibile, solo a partire dal secondo anno di copertura assicurativa continuativa;
  - le prestazioni sono erogabili **solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato con la Società;**
  - le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime **senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto;**
  - Ai fini liquidativi dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.
- Qualora il numero complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il numero sopra indicato, il relativo costo dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

## 13. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società liquida all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

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

- radiografie e referti radiologici;
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

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

Solo nel caso in cui l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società, nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

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

#### 14. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura assicurativa purché anch'essi conseguenti alle seguenti patologie:

- adamantinoma
- ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canale
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- odontoma
- osteiti che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare (se localizzate nell'arcata superiore) o mandibolare (se localizzate nell'arcata inferiore)

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

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

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari e ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canale;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma, odontoma.

Le spese sostenute vengono liquidate nel limite annuo di € 2.300,00 per persona.

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.

Solo nel caso in cui l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società, nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

#### 15. CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE E PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE ODONTOIATRICHE DIVERSE DA PROTESI E ORTODONZIA (Garanzia VALIDA ESCLUSIVAMENTE per il coniuge / convivente more uxorio e figli di età uguale o superiore ai 20 anni)

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento delle spese per cure odontoiatriche, terapie conservative e prestazioni diagnostiche odontoiatriche diverse da protesi e ortodonzia.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 10% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura.

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 100,00 per persona.

## 16. PREVENZIONE DENTALE E PROTOCOLLO ORTODONTICO (Garanzia VALIDA ESCLUSIVAMENTE per i figli di età inferiore ai 20 anni)

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento, nel limite annuo di € 300,00 a persona, delle prestazioni descritte ai punti:

- 16.1 "Prestazioni Odontoiatriche Particolari" (visita di controllo + ablazione del tartaro);
- 16.2 "Prestazioni di Igiene e Profilassi Dentale";
- 16.3 "Protocollo Ortodontico" - le prestazioni saranno fruibili con le modalità temporali descritte all'interno della garanzia;

Gli eventuali importi di spesa eccedenti il massimale annuo assicurato dovranno essere versati dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.

### 16.1 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

La Società 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", sotto indicate, sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

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

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Società provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente. La seconda seduta deve essere preventivamente comunicata alla Società.

La presente garanzia viene prestata solo in forma diretta, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con la Società. Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

### 16.2 PRESTAZIONI DI IGIENE E PROFILASSI DENTALE

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni d'igiene e profilassi dentale:

- **Fluorazione**
- **Scaling**
- **Sigillatura dei Solchi**

La presente garanzia viene prestata solo in forma diretta, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con la Società. Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

### 16.3 PROTOCOLLO ORTODONTICO

A partire dalla seconda annualità assicurativa e continuativa del singolo assicurato, calcolata a partire dall'effetto della presente polizza 01/10/2017, la Società provvede al pagamento delle spese per:

- **Le Prestazioni Ortodontiche (Apparecchi Ortodontici Fissi o Mobili) anche di tipo diagnostico**

La presente garanzia viene prestata solo in forma diretta, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con la Società. Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

## 17. LENTI E OCCHIALI

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto, inclusa la montatura.

La Società provvederà al rimborso delle spese sostenute con l'applicazione di una franchigia di € 50,00 per fattura.

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

Il massimale assicurato per ogni biennio per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 100,00 per persona.

#### 18. VACCINI PER HERPES ZOSTER E MENINGOCOCCO

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per i seguenti vaccini:

- vaccino per Herpes Zoster per i soggetti cronici debilitati;
- vaccino per Meningococco.

Per l'attivazione della garanzia l'Assicurato dovrà inoltrare copia della ricevuta fiscale e/o del ticket, accompagnati dalla prescrizione medica.

Ogni rimborso verrà effettuato nel limite massimo di €30,00 per singolo vaccino.

#### 19. DIAGNOSI COMPARATIVA (Garanzia VALIDA ESCLUSIVAMENTE per il coniuge / convivente more uxorio e figli di età uguale o superiore ai 20 anni)

La Società dà la possibilità all'Assicurato di 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 **800-009632** 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, attraverso Best Doctors®, provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell'Assicurato laddove necessario. 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
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Infarto
- Ictus
- Ustioni Gravi

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 specifica patologia.

#### 20. SINDROME METABOLICA

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà **compilare il questionario** raggiungibile cliccando su [www.unisalute.it](http://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 delle valutazioni 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.

La Società comunicherà l'esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assicurato verrà contattato dalla Società (via 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 di "fax-assistito"** che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate con la Società a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.

## 21. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

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

**Le prestazioni previste dai seguenti pacchetti devono essere effettuate in un'unica soluzione.**

**a) Prestazione previste per gli uomini e le donne senza limiti di età:**

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto

**b) Prestazione previste per gli uomini e le donne di età superiore ai 20 anni:**

- Visita specialistica cardiologica con elettrocardiogramma di base (ECG)

**c) Prestazione previste per le donne e gli uomini a partire dal compimento dei 30 anni:**

- ecocolordoppler arterioso e venoso arti inferiori

**d) Prestazione previste per gli uomini a partire dal compimento dei 45 anni:**

- PSA (Specifico antigene prostatico)
- PSA Free

**e) Prestazione previste per gli uomini a partire dal compimento dei 50 anni:**

- Visita urologica

**f) Prestazione previste per le donne a partire dal compimento dei 24 anni:**

- Visita ginecologica
- Pap test

**g) Prestazione previste per le donne a partire dal compimento dei 40 anni:**

- Mammografia con prescrizione
- Visita senologica

**h) Prestazione previste per ogni figlio di età inferiore ai 20 anni:**

**h.1. Visita dietologica**

A seguito della visita Dietologica di controllo e su prescrizione del Dietologo stesso, la Società provvede al pagamento di una Visita Cardiologica con Elettrocardiogramma di Base, come specificato all'art. 5 "VISITE SPECIALISTICHE E ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE"

**h.2. Visita Oculistica**

**i) Prestazione previste per ogni figlio di età inferiore ai 14 anni:**

- Visita pediatrica

A seguito della visita Pediatrica di controllo e su prescrizione del Pediatra stesso, la Società provvede al pagamento di una visita otorinolaringoiatrica con eventuale Esame audiometrico, come specificato all'art. 5 "VISITE SPECIALISTICHE E ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE"

**j) Prestazione previste per ogni figlio a partire dai 12 anni di età e inferiore ai 20 anni:**

- Visita endocrinologica

## 22. PROCREAZIONE MEDICO ASSISTITA

La Società rimborsa all'Assicurata le spese extra-ospedaliere sostenute per procreazione medico assistita.

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

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

**La garanzia è operante per le sole Assicurate donne.**

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 1.000,00 per persona.

## 23. SERVIZIO MONITOR SALUTE

Il Servizio Monitor Salute è offerto da UniSalute in collaborazione con SiSalute, divisione di UniSalute Servizi S.r.l., la nuova società controllata da UniSalute che offre servizi non assicurativi in ambito salute.

Si tratta di un servizio di monitoraggio delle seguenti patologie croniche:

- Patologie croniche respiratorie (asma bronchiale e BPCO);
- ipertensione;
- diabete tipo 2;

e rivolto agli Assicurati con età maggiore o uguale a 40 anni. Per attivare il Servizio, l'Assicurato dovrà compilare il "Questionario Monitor Salute" presente sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it), reperibile nell'Area Riservata alla quale ogni Assicurato può accedere tramite proprie credenziali di accesso.

L'Assicurato compilerà il Questionario seguendo le indicazioni fornite e al termine dello stesso dovrà: inviare documentazione medica attestante la patologia cronica, sottoscrivere e inviare l'adesione al servizio e il consenso al trattamento dei dati personali.

In caso di risposte dubbie o non definitive al Questionario, SiSalute potrà contattare telefonicamente l'Assicurato al fine di concludere la procedura di compilazione.

Nel caso in cui l'Assicurato presenti i requisiti clinici prestabiliti per entrare in un programma di telemonitoraggio, SiSalute potrà provvedere all'invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all'attivazione degli stessi, previo contatto telefonico con l'Assicurato.

Unisalute, attraverso il proprio personale qualificato, provvederà a monitorare a distanza la patologia cronica e all'occorrenza contatterà telefonicamente l'Assicurato, per verificare i valori rilevati dai dispositivi medici.

L'Assicurato avrà inoltre a disposizione un **massimale aggiuntivo** per **accertamenti diagnostici** inerenti la sua condizione di cronicità, tali prestazioni potranno essere eseguite presso le strutture convenzionate con UniSalute di cui all'Art.23.1 "Accertamenti diagnostici per patologie croniche".

L'Assicurato idoneo avrà a disposizione 2 numeri telefonici:

- Per necessità di informazioni o di un confronto sui valori registrati
- Per segnalare anomalie nel funzionamento dei dispositivi o del telefono

La presente garanzia è prestata per l'intera annualità assicurativa sempre che l'Assicurato presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio.

### 23.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PER PATOLOGIE CRONICHE

Per gli Assicurati affetti dalle patologie croniche secondo i parametri indicati nell'Art.23 " Servizio Monitor Salute", la Società provvede al pagamento delle spese per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli Assicurati, con le modalità sotto indicate.

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

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

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

**Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 200,00 per persona.**

### 24. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Qualora per una delle prestazioni appartenenti a una delle garanzie sopra indicate non sia attivabile la copertura nel piano sanitario per esaurimento del massimale o prestazione inferiore alla franchigia e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

### 25. SERVIZI DI CONSULENZA

#### In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-009632** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

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

In Centrale Operativa è inoltre sempre presente, anche di notte e nei giorni festivi, almeno un medico pronto a fornire consulenze telefoniche urgenti agli Assicurati i quali ne abbiano necessità.

#### 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 tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);

- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

**b) Prenotazione di prestazioni sanitarie**

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

**SEZIONE SECONDA**

**26. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE-PROTEZIONE COMPLETA (Garanzia VALIDA ESCLUSIVAMENTE per il coniuge / convivente more uxorio e figli di età uguale o superiore ai 20 anni)**

**26.1 OGGETTO DELLA GARANZIA**

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 7, la Società, nel limite del massimale mensile di cui all'articolo 26.3, garantisce attraverso la propria rete di strutture convenzionate l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali e, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute secondo quanto indicato nel successivo articolo 26.6 punto 4), sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza dell'Assicurato.

**26.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ**

All'effetto di polizza, ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate devono rientrare nelle seguenti condizioni di assicurabilità:

1. Non avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate:
  - a) Lavarsi
  - b) Vestirsi e svestirsi
  - c) Andare al bagno e usarlo
  - d) Spostarsi
  - e) Continenza
  - f) Nutrirsi
2. Non essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
3. Non essere affette dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.
4. Non essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

**26.3 MASSIMALE MENSILE ASSICURATO**

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo 26.5 "Definizione dello stato di non autosufficienza", il massimale mensile garantito per il complesso delle garanzie sotto indicate, corrisponde a € 500,00 per un massimo di 4 anni.

**26.4 TERMINE PER L'INDENNIZZO**

La Società riconoscerà l'indennizzo se l'Assicurato si troverà ancora in vita dopo 60 giorni dalla denuncia scritta alla Compagnia dello stato di non autosufficienza.

## 26.5 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato clinico venga giudicato consolidato e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo parte degli atti elementari di vita quotidiana:

- Lavarsi
- Vestirsi e svestirsi
- Andare al bagno e usarlo
- Spostarsi
- Continenza
- Nutrirsi

Per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell'assicurato nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo lo schema di seguito riportato.

L'insorgenza dello stato di non autosufficienza permanente viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti (per la definizione del punteggio si veda il seguente "Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza").

### SCHEMA PER L'ACCERTAMENTO DELL'INSORGERE DI NON AUTOSUFFICIENZA:

#### ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA

<b>LAVARSI</b>	<b>PUNTEGGIO</b>
1° grado L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente Autonomo	0
2° grado L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno	5
3° grado L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno	10
<b>VESTIRSI E SVESTIRSI</b>	<b>PUNTEGGIO</b>
1° grado L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo	0
2° grado L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi la parte superiore o la parte inferiore del corpo e/o per applicare/togliere una protesi	5
3° grado L'Assicurato necessita sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo di assistenza per vestirsi e/o svestirsi e/o applicare/togliere una protesi	10
<b>ANDARE AL BAGNO E USARLO</b>	<b>PUNTEGGIO</b>
1° grado L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3): (1) andare in bagno (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno	0
2° grado L'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	5
3° grado L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	10

<b>SPOSTARSI</b>	<b>PUNTEGGIO</b>
1° grado L'Assicurato è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi	0
2° grado L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore	5
3° grado L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi	10

<b>CONTINENZA</b>	<b>PUNTEGGIO</b>
1° grado L'Assicurato è completamente continente	0
2° grado L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al Giorno	5
3° grado L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia	10

<b>NUTRIRSI</b>	<b>PUNTEGGIO</b>
1° grado L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	0
2° grado L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: c) sminuzzare/tagliare cibo d) sbucciare la frutta e) aprire un contenitore/una scatola f) versare bevande nel bicchiere	5
3° grado L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale	10

#### **26.6 PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI) E PRESTAZIONI SANITARIE MEDICO ASSISTENZIALI FORNITE DA STRUTTURE CONVENZIONATE / RIMBORSO SPESE IN CASO DI PERMANENZA IN RSA**

L'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato o l'Assicurato stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito ai sensi di polizza (art. 26.5 "Definizione dello stato di non autosufficienza"), dovrà telefonare alla Centrale UniSalute (entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza), al numero verde **800-009632** (o dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e fornire le informazioni richieste per poter fruire, nell'ambito del massimale mensile previsto all'art. 26.3 e previa valutazione della Società, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità ivi descritte.

La Società intervistando telefonicamente l'Assicurato, l'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, valuterà la richiesta pervenuta ed effettuerà una prima valutazione del caso. In questa fase, qualora la Società valuti che vi siano i presupposti, potranno essere fornite dal Case Manager informazioni sui servizi socio-sanitari erogati dalle strutture socio assistenziali e indicazioni sugli uffici deputati ad offrire assistenza a fronte di condizioni di non autosufficienza. Il Case Manager provvederà inoltre ad inviare all'Assicurato una guida orientativa per le agevolazioni socio/gestionali.

A seguito del contatto telefonico l'Assicurato, l'amministratore di sostegno o il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, dovrà produrre la documentazione specificata all'articolo C.1.6. Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta, la Società si

riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo stato di non autosufficienza, alla presenza anche del proprio Medico e del Case Manager.

1) Nel caso in cui la Società riconosca lo stato di non autosufficienza consolidato, all'assicurato verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, 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 di cui all'art. 26.3, 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, dall'amministratore di sostegno o tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell'Assicurato, per accettazione del PAI.

Di seguito le prestazioni erogabili a seguito del processo sopra descritto:

- Assistenza fornita da infermiere - Operatore Socio Sanitario - Assistente familiare;
- Badante;
- Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- Visite specialistiche;
- Accertamenti diagnostici;
- Trasporto in Ambulanza;
- Prestazioni erogate in regime di ricovero.

La Società procederà con la prenotazione e autorizzazione, delle suddette prestazioni, esclusivamente in Strutture Convenzionate con la Società stessa, non prevedendo il rimborso di alcuna spesa sostenuta, ad eccezione di quanto previsto al successivo punto 4).

La Società provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Assicurato stesso e/o dalle Strutture Convenzionate con la Società utilizzate per l'erogazione delle sopra elencate prestazioni.

Qualora a seguito dell'esaurimento del massimale, una prestazione rimanga a parziale o a totale carico dell'Assicurato, è possibile usufruire tramite condivisione con il Case Manager e la Centrale Operativa, della prenotazione delle prestazioni sanitarie/assistenziali e l'invio alle strutture, prescelte tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

2) Nel caso in cui la Società riconosca uno stato di non autosufficienza non ancora consolidato e suscettibile di miglioramento, il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali, se attivati, forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, 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 1), la Società, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Assicurato, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria Rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati Unisalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

La Società provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Assicurato stesso e/o dalle Strutture Convenzionate con la Società utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste al precedente punto 1).

La Società si riserva la facoltà di sottoporre l'assicurato ad ulteriori visite mediche allo scopo di monitorare le condizioni cliniche dello stesso.

Nel caso in cui, successivamente, il consolidamento dello stato di salute dell'Assicurato comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, la Società rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate per tramite della Società, nei limiti del massimale mensile.

Qualora invece le condizioni dell'Assicurato non rientrassero più nei parametri della non autosufficienza, tali prestazioni rimarranno a carico dell'Assicurato stesso.

3) Nel caso in cui la Società non riconosca lo stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all'Assicurato.

Laddove il punteggio assegnato dalla Società al termine dell'istruttoria risultasse essere di almeno 30 punti, all'assicurato verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; inoltre il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, 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 1), la Società, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Assicurato, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria Rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

4) Qualora l'Assicurato sia "assistito" presso una RSA e pertanto non possa usufruire delle prestazioni previste al precedente punto 1), la Società provvederà a rimborsargli, nei limiti del massimale previsto all'art. 26.3, esclusivamente la retta mensile.

## **27. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

La copertura per i Familiari avrà effetto dalle ore 00:00 del 01/10/2017 sia in forma rimborsuale che in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società sempreché siano pervenuti i nominativi alla società entro il 20/09/2017. In caso contrario la copertura avrà effetto:

- dalle ore 00:00 del 01/10/2017 in forma rimborsuale;
- anche in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società, a far data dal 10° giorno successivo al ricevimento dei nominativi da parte della Società.

Non sono previsti termini di aspettativa fatto salvo per le seguenti garanzie sottostanti:

- 11. IMPLANTOLOGIA;
- 12. AVULSIONE FINO AD UN MASSIMO DI 4 DENTI (Solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia);
- 16.3 PROTOCOLLO ORTODONTICO

che si intendono operanti, e quindi fruibili, solo a partire dal secondo anno di copertura assicurativa continuativa;

Entro il 31/10/2017 devono essere comunicati da parte del Fondo tutti i nominativi dei familiari che avranno effetto copertura dal 01/10/2017.

### **27.1 INCLUSIONI / ESCLUSIONI**

Le movimentazioni all'interno della presente polizza sono possibili solamente annualmente, alla scadenza annuale prevista (01/10 di ogni anno).

La copertura per i Familiari neo inseriti avrà effetto dalle ore 00:00 del 01/10/ di ciascun anno sia in forma rimborsuale che in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società, fatti salvi i termini di aspettativa previsti alle singole garanzie, sempreché siano pervenuti i nominativi alla società entro il 20/09/ di ciascun anno. In caso contrario la copertura avrà effetto:

- dalle ore 00:00 del 01/10/ di ciascun anno in forma rimborsuale;
- anche in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società, a far data dal 10° giorno successivo al ricevimento dei nominativi da parte della Società.

Resta inteso che entro il 31/10/ di ciascun anno devono essere comunicati da parte del Fondo tutti i nominativi dei familiari che avranno effetto copertura dal 01/10/ della stessa annualità.

## **A - LIMITAZIONI**

### **ESTENSIONE TERRITORIALE**

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

### **ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE**

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, fatta eccezione per gli interventi di correzione dei vizi di rifrazione, come previsto dalla garanzia "3.5 Interventi per la correzione dei difetti visivi";
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici fatto salvo le garanzie a carattere odontoiatrico espressamente previste in copertura;

4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, compresi nell'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici, resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto e salvo gli interventi di chirurgia plastica eseguiti sui neonati come previsto all'art. 3.6);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport 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;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
12. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
13. 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;
14. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
15. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Limitatamente alle garanzie a carattere odontoiatrico espressamente previste in copertura, l'assicurazione non è operante per:

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

Limitatamente alle prestazioni previste al punto 26 "Stati di non autosufficienza Consolidata/Permanente - Protezione Completa" in aggiunta alle esclusioni sopraelencate, l'assicurazione non è operante per le conseguenze:

- a) di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
- b) dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
- c) di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- d) 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;
- e) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- f) di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- g) del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'assicurato di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- h) di 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);
- i) di partecipazione attiva dell'assicurato ad atti criminali;
- j) di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato;
- k) delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- l) di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici

#### LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 74° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza, al compimento del 75° anno d'età da parte del titolare; 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 75° anno di età, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assicurato.

## SINISTRI

### SEZIONE PRIMA

#### C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente chiedere la prenotazione della prestazione sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) utilizzando la funzione "Prenotazione visite/esami" disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti. Se non può accedere ad internet e in caso di ricovero, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde gratuito 800-009632 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.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti C.1.1 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie diverse dall'odontoiatria/ortodonzia)" C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie odontoiatria/ortodonzia)", C.1.3 "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale" C.1.4 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie diverse dall'odontoiatria/ortodonzia)" o C.1.5 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie odontoiatria/ortodonzia)".

All'interno dell'Area riservata accessibile dal sito [www.unisalute.it](http://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 contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate ai punti C.1.1 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie diverse dall'odontoiatria/ortodonzia)", 3.8 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b)" Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società" e C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie odontoiatria/ortodonzia)".

#### C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE DIVERSE DALL'ODONTOIATRIA/ORTODONZIA)

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO, la documentazione necessaria:

- 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;
- nel caso di Pancoloscopia/Esofagogastroduodenoscopia operative, copia del referto operatorio;
- in caso di Interventi per la correzione dei difetti visivi, copia completa della documentazione clinica anche precedente l'intervento e referto operatorio, conformi all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- 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 di cui al punto 3.8 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società" per le garanzie di ricovero e con le modalità riportate nei singoli punti delle garanzie di specialistica, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

#### **C.1.2 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE ODONTOIATRIA/ORTODONZIA)**

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO, la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di prestazioni diagnostiche, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento; nelle distinte e ricevute dovranno essere riportate in modo analitico le prestazioni effettuate e il relativo costo. 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.
- "scheda anamnestica" redatta dal medico curante sulla base del modello allegato al presente contratto (e/o contenuto nella "Guida al piano sanitario").

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 fruitive 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, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere certificato, e di eventuali scoperti e franchigie previsti alle singole garanzie.

#### **C.1.3 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti C.1.1 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie diverse dall'odontoiatria/ortodonzia)", C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie odontoiatria/ortodonzia)", C.1.4 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie diverse dall'odontoiatria/ortodonzia)" o C.1.5 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie odontoiatria/ortodonzia)".

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](http://www.unisalute.it) e caricare i documenti in formato elettronico. In alternativa può usare il modulo cartaceo.

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà fornire copia della cartella clinica conforme all'originale.

#### **C.1.4 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE DIVERSE DALL'ODONTOIATRIA/ORTODONZIA)**

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.

In caso di ricovero e/o di Pancoloscopia/Esofagogastroduodenoscopia e/o Interventi per la correzione dei difetti visivi 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 verranno liquidate con le modalità previste ai punti C.1.1 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie diverse dall'odontoiatria/ortodonzia)" o C.1.3 "Sinistri nel servizio sanitario nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

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.1.5 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE ODONTOIATRIA/ORTODONZIA)**

L'Assicurato, o il Centro odontoiatrico convenzionato, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al fine di attivare la verifica della copertura assicurativa e la conseguente trasmissione della "presa in carico" al centro odontoiatrico relativa alle prestazioni sanitarie cui l'Assicurato stesso ha diritto.

In occasione del primo sinistro nella struttura sanitaria convenzionata, il dentista provvederà all'effettuazione della prima visita e redigerà la "scheda anamnestica" relativa all'apparato masticatorio dell'Assicurato, mentre le eventuali prestazioni necessarie saranno elencate nel piano terapeutico.

Il dentista invierà alla Società:

- la scheda anamnestica compilata in ogni parte;
- l'eventuale piano terapeutico, condiviso con l'Assicurato, insieme ai referti, alle radiografie, ecc.;

Successivamente all'esame di tale documentazione 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.

All'atto dell'effettuazione delle prestazioni, l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e sottoscrivere la lettera di impegno.

La Società provvederà, nei limiti indicati nelle singole garanzie, a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni prese in carico. 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 restanti a suo carico per prestazioni non completamente pagate dalla Società, non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale Assicurato, non prese in carico.

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Assicurato verranno liquidate con le modalità previste ai punti C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie odontoiatria/ortodonzia)" o C.1.3 "Sinistri nel servizio sanitario nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

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.

### **SEZIONE SECONDA**

#### **C.1.6 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE DA PARTE DELLA SOCIETÀ**

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'Assicurato, il suo amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, dovranno:

a) chiamare il **numero verde gratuito 800-009632** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre alla Società ai fini della valutazione medica finale e ai servizi socio/sanitari disponibili.

b) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: UniSalute S.p.A. - servizi di liquidazione - via Larga, 8 - 40138 Bologna - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno. Tale fascicolo deve contenere:

- il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- il certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la relativa data d'insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami

- complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
- il questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato;
  - Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento - invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
  - Qualora l'Assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il tardivo o omesso contatto con la Centrale Operativa potrebbe comportare l'impossibilità per la Società di erogare il miglior servizio nell'ambito della propria rete convenzionata.

La Società ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite medico legali.

Nel caso in cui l'Assicurato sia riconosciuto in stato di non autosufficienza, ma la situazione non risulti consolidata, la Società, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Assicurato.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. 26.5 "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. 26.5 "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, , dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Assicurato, dovrà essere inviata alla Società.

Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Assicurato sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato;
- riscontrare uno stato di non autosufficienza suscettibile di miglioramento, rimandando la valutazione alla stabilizzazione delle condizioni di salute;

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

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato dalla Società quando il contratto sia ancora in vigore e:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustificano l'aggravarsi dello stato di salute dell'Assicurato intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione.

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, con le modalità di cui agli articoli C.1.7.1 e C.1.7.2 decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Assicurato.

#### **C.1.7 MODALITÀ DI RIMBORSO / RICHIESTA DI EROGAZIONE DI SERVIZI**

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'articolo 26.5 "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in Stato di non autosufficienza, oltre all'attivazione di un numero verde specifico attivo 24 ore su 24, anche a richiedere il rimborso spese sostenute in caso di permanenza in RSA o l'erogazione delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali per un valore corrispondente alla somma garantita - entro i limiti previsti all'articolo 26.3 "MASSIMALE MENSILE ASSICURATO" - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi articoli C 1.7.1 e C 1.7.2.

- erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali, per mezzo di strutture e/o personale convenzionato;
- rimborso della retta mensile in caso di permanenza in RSA.

### C.1.7.1 EROGAZIONE DIRETTA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E/O SOCIO ASSISTENZIALI

In caso di erogazione delle prestazioni di cui al punto 1), avvalendosi quindi di strutture e/o di personale convenzionati con la Società, la stessa provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate. Si precisa che qualora l'assicurato opti per il pagamento diretto da parte della compagnia, della badante, il contratto di assunzione della stessa dovrà comunque essere sottoscritto personalmente dall'assicurato oppure, ove ciò non sia possibile, dal suo amministratore di sostegno o tutore legale o familiare preposto alla cura dell'Assicurato.

La struttura e/o il personale convenzionati non potranno 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 la somma assicurata o non autorizzate dalla Società.

### C.1.7.2 RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE A SEGUITO DI PERMANENZA IN RSA

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: UniSalute - Servizio Liquidazione - Via Larga,8 - 40138 Bologna - dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato; il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- il certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la relativa data d'insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
- il questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato; Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'invalidità di accompagnamento - invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- Qualora l'Assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il fascicolo dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle rette di degenza in RSA.

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

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

### C.1.8 ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

La Società si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Assicurato, a controlli presso l'Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato. In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data della richiesta della Società.

### C.1.9 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

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

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa ricevuta dalla Società in copia fotostatica viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre - qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali - si restituisce all'Assicurato, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

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

## ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

### NEUROCHIRURGIA

- **Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale** (Contiene anche: Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali per via endocranica; Craniotomia per ematoma extradurale; Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali; Craniotomia a scopo decompressivo/esplorativo; Epilessia focale, intervento per; Tumori della base cranica, intervento per via transorale; Talamotomia pallidotomia ed altri interventi similari; Malformazione aneurismatica o angiomatosa intracranica, terapia chirurgica diretta.)
- **Interventi di cranioplastica** (Contiene anche: Cranioplastica; Craniostenosi.)
- **Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale** (Contiene anche: Ipofisi, intervento per neoplasie per via transfenoidale)
- **Asportazione tumori dell'orbita**
- **Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/ o extramidollari)** (Contiene: Tumori intramidollari, extramidollari, intradurali, intervento di lami-nectomia per)
- **Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore**
- **Interventi sul plesso brachiale**
- **Trapanazione cranica per PIC e/o drenaggio ventricolare**
- **Ernia del disco dorsale, intervento per via trans-toracica**
- **Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica**
- **Deviazione liquorale diretta e indiretta, intervento di**
- **Traumi vertebro-midollari, intervento per via anteriore o posteriore**
- **Cerniera atlanto occipitale, intervento per malformazioni**
- **Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi**
- **Ascesso o ematoma intracranico, intervento per**
- **Mielomeningocele, intervento per**
- **Encefalomeningocele, intervento per**
- **Fistole artero-venose terapia chirurgica diretta**
- **Malformazioni e/o fistole vascolari cerebrali, embolizzazione e/o Gamma-Knife**

### OCULISTICA

- **Interventi per neoplasie del globo oculare** (Contiene anche: Enucleazione globo oculare con impianto di protesi)
- **Intervento di enucleazione del globo oculare** (Contiene anche: Enucleazione globo oculare con impianto di protesi)
- **Trapianto corneale a tutto spessore**

### OTORINOLARINGOIATRIA

- **Asportazione di tumori maligni del cavo orale** (Contiene anche: Labbro e guancia, intervento di asportazione di neoplasie maligne con svuotamento della loggia sottomascellare; Lingua e pavimento orale, intervento di asportazione di neoplasie maligne con svuotamento latero-cervicale)
- **Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)**
- **Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)** (Contiene anche: Laringectomia totale o parziale con o senza svuotamento laterocervicale monolaterale; Laringectomia totale o parziale con svuotamento laterocervicale bilaterale; Laringofaringectomia totale)
- **Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare**
- **Ricostruzione della catena ossiculare**
- **Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico** (Contiene anche: Neurinoma dell'ottavo paio di nervi cranici)
- **Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari**
- **Atresia auris congenita**

- **Tumori maligni dell'orecchio, asportazione di**
- **Mastoidectomia radicale**
- **Otosclerosi, intervento completo**

#### **CHIRURGIA GENERALE**

- **Intervento per ernia femorale**

#### **CHIRURGIA DEL COLLO**

- **Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale** (Contiene anche: Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale; Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale)
- **Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia**
- **Fistole e cisti congenite del collo, asportazione di**
- **Fistola esofago-tracheale, intervento per**
- **Paratiroidectomia totale**
- **Tiroidectomia parziale solo per patologia neoplastica maligna**
- **Linfoadenectomia monolaterale e/o bilaterale (come unico intervento)**
- **Tracheostomia con tracheotomia**

#### **CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO**

- **Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici** (Contiene anche: Pleuro-pneumonectomia, intervento di; Pleurectomia per neoplasia maligna della pleura; Trachea, resezione e plastica per neoplasie maligne)
- **Interventi per fistole bronchiali** (Contiene anche: Fistole esofago-bronchiali, intervento per; Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi, intervento per)
- **Interventi per echinococchi polmonare**
- **Pneumectomia totale o parziale** (Contiene anche: Resezione segmentaria polmonare tipica; Resezione segmentaria polmonare atipica; Lobectomia, intervento di; Pneumonectomia, intervento di)
- **Interventi per cisti o tumori del mediastino** (Contiene anche: Mediastino, interventi per tumori e cisti del; Linfoadenectomia mediastinica)
- **Cisti polmonari, asportazione di**
- **Resezione bronchiale con reimpianto**
- **Timectomia**

#### **CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE**

- **Interventi sul cuore per via toracotomica** (Contiene anche: By-pass aorto-coronarico singolo; Sezione e legatura del dotto arterioso di Botallo; Pericardiectomia)
- **Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica**
- **Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica**
- **Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale**
- **Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario**
- **Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi**
- **Asportazione di tumore glomico carotideo**
- **Bypass vascolare extracranico-intracranico (EC-IC)**
- **Correzione chirurgica malformazioni congenite cardiache e dei grossi vasi**
- **Cardiochirurgia in C.E.C.**
- **Aneurismi aorta toracica e/o addominale, interventi per**
- **Aneurismi arterie viscerali e tronchi sovraortici, interventi per**

- **Aneurismi aorta addominale e tronchi sovraortici, intervento con posizionamento endovascolare di protesi**
- **By-pass aorto-iliaco o aorto-femorale, femoro-tibiale, femoro-femorale, femoro-popliteo, axillo-femorale**
- **By-pass aorto-renale o aorto-mesenterico con eventuale TEA**
- **By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavio**
- **Tromboendarterectomia di carotide e vasi epiaortici (by-pass, patch, embolectomia, trapianto)**
- **Rivascolarizzazione miocardica, qualsiasi metodica**
- **Angioplastica coronarica percutanea con eventuale applicazione di stents**
- **Sostituzione valvolare singola**
- **Sostituzione valvolare multipla**
- **Valvuloplastica cardiocirurgica**
- **Commissurotomia per stenosi mitralica**
- **Difetto interatriale, correzione percutanea**
- **Ablazione transcateretere vie elettriche anomale (CARTO)**

#### **CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE**

- **Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago** (Contiene anche: Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, con linfadenectomia; Esofago cervicale, resezione con esofagostomia; Esofago, resezione parziale con esofagostomia; Esofago-gastrectomia totale per via toracolaparotomica ed eventuale linfadenectomia)
- **Interventi con esofagoplastica** (Contiene anche: Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, con linfadenectomia; Esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonoplastica, sostitutiva o palliativa)
- **Intervento per mega-esofago** (Contiene anche: Megaesofago, intervento per; Megaesofago, reintervento per)
- **Resezione gastrica totale** (Contiene anche: Esofago-gastrectomia totale per via toracolaparotomica ed eventuale linfadenectomia; Gastrectomia totale con linfadenectomia)
- **Resezione gastro-digiunale**
- **Intervento per fistola gastro-digiunocolica**
- **Colectomie totali, emicolectomie e resezioni retto-coliche per via anteriore (con o senza colostomia)** (Contiene anche: Colectomie totali con eventuale stomia; Emicolectomia dx; Emicolectomia sx ed eventuale colostomia (Hartmann e altre); Procto-colectomia totale; Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale stomia)
- **Interventi di amputazione del retto-ano** (Contiene anche: Retto, amputazione del, per neoplasia dell'ano con linfadenectomia inguinale bilaterale; Amputazione addomino-perineale sec. Miles, trattamento completo)
- **Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale** (Contiene anche: Megacolon, intervento per; Megacolon, colostomia per)
- **Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale** (Contiene anche: Tumore retroperitoneale, exeresi di)
- **Drenaggio di ascesso epatico**
- **Interventi per echinococcosi epatica**
- **Resezioni epatiche** (Contiene anche: Resezioni epatiche maggiori; Resezioni epatiche minori)
- **Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari**
- **Interventi chirurgici per ipertensione portale** (Contiene anche: Varici esofagee, intervento transtoracico o addominale; Anastomosi porto-cava o spleno-renale mesenterica-cava)
- **Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica** (Contiene anche: Pancreatite acuta, intervento demolitivo)
- **Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica**
- **Interventi per neoplasie pancreatiche** (Contiene anche: Cefaloduodenopancreasectomia compresa eventuale linfadenectomia; Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per; Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia)
- **Appendicectomia con peritonite diffusa**
- **Splenectomia totale** (Contiene anche: Splenectomia)
- **Diverticoli nell'esofago cervicale, intervento per**
- **Dumping syndrome, interventi di riconversione per**

- **Resezione gastroduodenale**
- **Resezione gastroduodenale per UPPO**
- **Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per**
- **Morbo di Crohn, resezione intestinale per**
- **By-pass gastrointestinali e intestinali per patologie maligne**
- **By-pass intestinali per il trattamento dell'obesità patologica**
- **Colectomia segmentaria con eventuale stomia**
- **Reinterventi addominali, di qualunque tipo, per ripetizioni di neoplasie comprese nel presente elenco preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità**
- **Atresia dell'ano: abbassamento addomino-perineale**
- **Occlusione intestinale del neonato (qualunque tipo di intervento)**
- **Piloro, stenosi congenita del**
- **Omentectomia per neoplasie maligne**
- **Deconnessione azygos-portale per via addominale**
- **Ascessi epatici, cisti epatiche di qualsiasi natura, angiomi cavernosi, intervento chirurgico per**
- **Colecistostomia per neoplasie non resecabili**
- **Derivazione pancreatico-Wirsung digestive**
- **Pancreatectomia totale con eventuale linfadenectomia**
- **Pancreasectomia sinistra senza splenectomia**
- **Interventi per fistole pancreatiche conseguenti ad altri interventi**

#### **UROLOGIA**

- **Nefroureterectomia radicale** (Contiene anche: Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di; Nefroureterectomia radicale più trattamento trombo-cavale ed eventuale surrenectomia; Tumore di Wilms, asportazione)
- **Surrenalectomia** (Contiene anche: Surrenectomia)
- **Interventi di cistectomia totale**
- **Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia** (Contiene anche: Neovescica continente ortotopica)
- **Cistoprostatovescicolectomia** (Contiene anche: Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovescicolectomia)
- **Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retro-pubica o trans-sacrale**
- **Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare**
- **Terapia della calcolosi urinaria**
- **Tumori renali, nefrectomia allargata, con e senza surrenectomia**
- **Ureteroileoanastomosi mono-bilaterale**
- **Ureteroenteroplastiche con tasche continenti, mono-bilaterale, intervento di**
- **Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovescicolectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder**
- **Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovescicolectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa**
- **Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovescicolectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia o uretero-rocuteostomia**
- **Estrofi a vescicale (trattamento completo)**
- **Prostatectomia radicale con linfadenectomie**
- **Ipospadi e epispadi, trattamento completo con plastica**
- **Pene, amputazione totale con linfadenectomia**
- **Pene, amputazione totale con creazione di neovagina**
- **Orchietomia mono-bilaterale**

## **GINECOLOGIA**

- **Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia e Isterectomia radicale con linfadenectomia**
- **Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica** (Contiene anche: Vulvectomia allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di)
- **Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia**
- **Eviscerazione pelvica**
- **- D13 Localizzazioni endometrioidiche addomino-pelviche-annessiali, intervento chirurgico demolitivo mono-bilaterale per via laparotomica**
- **Aplasia della vagina, ricostruzione per**
- **Annessiectomia bilaterale**

## **MAMMELLA**

- **Quadrantectomia con biopsia del linfonodo sentinella ed eventuale svuotamento cavo ascellare nello stesso ricovero**
- **Ricostruzione mammaria postmastectomia radicale o semplice per cancro, comprensivo di protesi**
- **Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate**
- **Mastectomia semplice totale con eventuali linfadenectomie**

## **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

- **Interventi per costola cervicale** (Contiene anche: Artrodesi vertebrale)
- **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** (Contiene anche: Coste e sterno, interventi per neoplasie maligne)
- **Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio** (Contiene anche: Artroprotesi anca, totale; Artroprotesi spalla, totale; Artroprotesi ginocchio; Artroprotesi gomito, totale)
- **Interventi per sindrome del tunnel carpale**
- **Intervento per dito a scatto**
- **Riduzione cruenta di lussazione dell'anca**
- **Artroprotesi totale di polso**
- **Artroprotesi totale di caviglia**
- **Scoliosi, intervento per**
- **Tumori ossei e forme pseudotumorali grandi segmenti o articolazioni, asportazione di**
- **Tumori ossei e forme pseudotumorali della colonna vertebrale, asportazione di**
- **Metastasi ossee, svuotamento ed armatura con sintesi e cemento**
- **Emipelvectomy interna con salvataggio dell'arto**
- **Amputazione di grandi segmenti di arti**
- **Pott, intervento focale con o senza artrodesi vertebrale**
- **Reimpianti di arto o suo segmento, escluso dita**
- **Asportazione di neoplasie maligne dei muscoli**
- **Frattura piatto tibiale, osteosintesi con placca**
- **Frattura del bacino: intervento chirurgico di osteosintesi**

**CHIRURGIA PEDIATRICA** (gli interventi sotto elencati sono in copertura solo in caso di neonati iscritti dal momento della nascita)

- **Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)**
- **Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite** (Contiene anche: Atresia esofagea, trattamento completo)
- **Correzione chirurgica di megauretere congenito**
- **Correzione chirurgica di megacolon congenito**

#### **TRAPIANTI DI ORGANO**

- **Tutti** (Contiene anche: Trapianto di cuore, polmoni, fegato, pancreas, grandi segmenti addominali, reni)
- **Trapianto di midollo osseo (compreso autotrapianto)**
- **Omotrapianto ed autotrapianto di cellule staminali per affezioni ematologiche**
- **Prelievo organi per omotrapianto**
- **Prelievo midollo osseo per omotrapianto**

#### **ORO - MAXILLO - FACCIALE**

- **Massiccio facciale, intervento demolitivo per neoplasie maligne con svuotamento dell'orbita**
- **Lingua, pavimento orale, ghiandole sottomascellari, intervento di asportazione di neoplasie maligne con svuotamento latero-cervicale**
- **Mandibola, resezione per neoplasie maligne con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale**
- **Mascellare superiore, resezione per neoplasie maligne con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale**
- **Parotidectomia totale**
- **Tumori misti ghiandole salivari, asportazione completa della ghiandola**
- **Maxillo-facciale, interventi di ricostruzione conseguenti a traumi (con esclusione fratture ossa nasali)**
- **Labiopalatoschisi, intervento correttivo**

#### **GRANDI USTIONI E APPARATO TEGUMENTARIO**

- **Grandi ustioni - trattamento chirurgico per**
- **Osteo-odontocheratoprotesi (per tutte le fasi)**
- **Melanoma cutaneo: allargamento chirurgico con biopsia del linfonodo sentinella contestuale ed eventuale svuotamento linfonodale.**

## SCHEDA ANAMNESTICA ODONTOIATRICA

Il Sottoscritto/a			Denominazione Azienda/Ente <small>(obbligatoria se la polizza è stipulata dall'Azienda/Ente)</small>		
Nato a	il	Codice Fiscale			
Residente a		Prov	CAP		
Via/Piazza		N°	N° tel.		

Gentile Cliente,  
affinché Unisalute possa valutare la copertura delle prestazioni odontoiatriche che si appresta ad effettuare, è necessario che il suo medico dentista compili la Scheda Anamnestica odontoiatrica che segue. Tale scheda, formulata per rendere più agevole e uniforme lo stato di salute del suo cavo orale, una volta compilata in ogni sua parte, andrà inviata, unitamente alle fatture relative alle prestazioni a: **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO.**

### Terminologia:

X	Elemento mancante
O	Otturazione
D	Devitalizzazione
In	Intarsio
RIC	Ricostruzione
W	Corona
F	Fixture (impianti osteointegrati)
Pf	Protesi fissa
Pm	Protesi mobile

Wor	Oro-Resina
Woc	Oro-Ceramica
Wlp	Lega Preziosa
Wlnp	Lega Non Preziosa
P	Perno moncone
S	Scheletrito
Dp	Dente Pilastro

### Schema

DX		SUPERIORE												SX	
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
DX		INFERIORE												SX	

Note:

---



---



---

Firma del medico curante (dentista)

---

Data

---