

## GLOSSARIO

### **Aborto**

Interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente.

### **Aborto spontaneo**

Interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno.

### **Aborto terapeutico**

Interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni al feto.

### **Accertamento diagnostico**

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

### **Amministratore di sostegno**

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

### **Anno**

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

### **Assicurato**

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

### **Assicurazione**

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

### **Assistenza**

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

### **Assistenza Infermieristica**

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

### **Atti ordinari della vita**

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

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

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

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

### **Atti ordinari della vita (garanzia "Stati di non autosufficienza temporanea")**

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

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

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

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

### **Case Manager (CM)**

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

### **Centrale Operativa/Struttura organizzativa**

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

La Centrale Operativa con linea telefonica "verde" provvede a:

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

**Coassicuratrice**

UnipolSai S.p.A. - Divisione Fondiaria

**Contraente**

Il soggetto che stipula la polizza.

**Day-hospital**

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

**Diagnosi comparativa**

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

**Difetto fisico**

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

**Dispositivo medico**

Dispositivo, compreso il software informatico, impiegato a scopo di controllo e monitoraggio della patologia cronica secondo quanto previsto nell'Art. "Servizio Monitor Salute".

**Documentazione sanitaria**

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

**Fascicolo informativo**

L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di assicurazione, Informativa Privacy.

**Franchigia**

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

**Indennità giornaliera**

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

**Indennizzo**

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

**Infortunio**

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

**Intervento chirurgico**

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

**Intervento chirurgico ambulatoriale**

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

**Istituto di Cura**

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

**Ivass**

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



**Lettera di Impegno** (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

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

**Libera professione intramuraria**

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

**Malattia**

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

**Malformazione**

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

**Massimale**

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

**Massimale mensile**

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

**Piano assistenziale Individualizzato (PAI)**

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

**Piano terapeutico** (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Documento sottoscritto dall'Assicurato contenente l'insieme delle prestazioni che il dentista convenzionato e lo stesso concordano di effettuare. Tale documento deve essere comunicato alla Società per rendere possibile la successiva "presa in carico". Eventuali successive variazioni al piano terapeutico concordato dovranno essere sottoposte ad una nuova presa in carico da parte della Società.

**Polizza**

Il documento che prova l'assicurazione.

**Premio**

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

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

**Presa in carico** (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Comunicazione della Società al Centro Odontoiatrico convenzionato in ordine alle prestazioni contenute nel piano terapeutico che la Società stessa si impegna a pagare, in toto o in parte, direttamente allo stesso. La liquidazione degli oneri contenuta nella presa in carico è subordinata al rispetto di quanto riportato nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nel presente contratto.

**Prestazioni psichiatriche**

Procedure volte alla cura e alla riabilitazione dei disturbi psichici e mentali.

**Prestazioni psicoterapeutiche**

Colloqui volti a scoprire le cause di un disturbo psichico e a impostarne l'adeguata Terapia. Possono esserne abilitati sia gli Psichiatri sia gli Psicologi iscritti all'albo.

**Questionario di riconoscimento di uno stato di non autosufficienza temporanea**

Documento contenente le informazioni sullo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medesimo o rappresentante legale e dal medico curante.

**Questionario di riconoscimento di uno stato di non autosufficienza consolidata/permanente-Protezione completa**

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



### **Questionario Monitor Salute**

Documento contenente le informazioni sullo stato di cronicità dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medesimo.

### **Reclamo**

Una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti di un'impresa di assicurazione relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto

### **Reclamante**

Un soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del reclamo da parte dell'impresa di assicurazione, ad esempio il contraente, l'Assicurato, il beneficiario e il danneggiato.

### **Retta di degenza**

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva.

### **Ricovero**

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

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

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

### **Rischio**

La probabilità del verificarsi del sinistro.

### **RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali)**

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

### **Scheda anamnestica (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)**

Documento redatto dal dentista, in collaborazione con l'Assicurato, che descrive lo stato dell'apparato masticatorio dell'Assicurato, con particolare riferimento alle patologie che possono influire sulla sua salute.

### **Scoperto**

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

### **Sinistro**

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

### **Società**

UniSalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

### **Stato di non autosufficienza consolidato**

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

### **Somma garantita**

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

### **Struttura sanitaria convenzionata**

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

### **Tutore legale**

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

*UniSalute S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.*



## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Edizione del 01/01/2017

Redazione del 24/11/2016

### 1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

#### SEZIONE PRIMA:

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia e oculistica;
- trapianti;
- ricovero per parto cesareo, aborto spontaneo o terapeutico e parto naturale;
- neonati;
- anticipo dell'indennizzo;
- indennità giornaliera;
- diagnosi comparativa nel periodo di pre ricovero;
- ospedalizzazione domiciliare;
- alta specializzazione;
- visite specialistiche, accertamenti diagnostici e prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche per i figli in caso di disagio in età scolare;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi solo a seguito di infortunio sul lavoro (garanzia operante per il solo titolare);
- protesi/ausili medici ortopedici ed acustici;
- lenti e occhiali;
- interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- implantologia;
- cure dentarie da infortunio;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- prestazioni odontoiatriche particolari (anche per i figli < 6 anni);
- cura delle carie per i bambini dai 6 ai 14 anni;
- prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate;
- prestazioni diagnostiche particolari (garanzia operante per titolare e coniuge);
- prestazioni diagnostiche particolari (garanzia operante solamente per i figli);
- prestazioni diagnostiche particolari (per i figli < 6 anni);
- pacchetto maternità;
- prestazioni per maternità a tariffe agevolate;
- prestazioni a tariffe agevolate;
- servizi di consulenza e assistenza.

#### SEZIONE SECONDA:

- Stati di non autosufficienza completa/permanente (garanzia operante per il solo titolare).
- Stati di non autosufficienza temporanea (garanzia operante per il solo titolare);
- Monitor salute

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

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

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



## 2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei lavoratori dipendenti con contratto a tempo indeterminato o con contratto a termine di durata predeterminata pari o superiore a 9 mesi nell'arco dell'anno solare per i quali si applica il C.C.N.L. dell'Industria Alimentare, ai loro coniugi/conviventi more uxorio ed ai figli, questi ultimi solo se fiscalmente a carico, risultanti da stato di famiglia regolarmente iscritti al Fondo FASA.

*NB: Si precisa che qualora ci siano due coniugi/conviventi entrambi dipendenti di Aziende iscritte al Fondo, dovranno essere inseriti entrambi come titolari e non potranno essere in alcun modo inseriti come beneficiari; i figli fiscalmente a carico invece potranno risultare beneficiari di entrambe le coperture dei genitori.*

A completamento della definizione di nucleo si precisa che possono essere inclusi nella presente copertura, **previa tassativa compilazione di un'autocertificazione in carta libera da inviare al Fondo:**

- i figli del/della dipendente non presenti sul medesimo stato di famiglia purchè fiscalmente a carico del/della dipendente stesso/a,
- il coniuge non presente sul medesimo stato di famiglia del/della dipendente purchè convivente presso il domicilio del/della dipendente stesso/a,
- il convivente more uxorio.

Ogni altro soggetto diverso da quelli sopra indicati (es. figli non fiscalmente a carico, genitori, fratelli, zii etc.), non può in ogni modo essere incluso nella presente copertura.

## 3. RICOVERO

### 3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

#### a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 150 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

#### b) Intervento chirurgico

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

#### c) Assistenza medica, medicinali, cure

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

#### d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

#### e) Accompagnatore

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

La garanzia è prestata nel limite di € 100,00 al giorno per ogni giorno di ricovero.

#### f) 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 200 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

### 3.2 DAY-HOSPITAL e CURE ONCOLOGICHE

La garanzia è operante in caso di day-hospital con intervento chirurgico.

La garanzia è altresì operante per i day-hospital medici eseguiti per dialisi e per cure e terapie di patologie oncologiche.

→ Sono esclusi invece dalla presente garanzia tutti i day-hospital medici diversi da quelli per cure e terapie di patologie oncologiche.



Nel caso di day-hospital come sopra definito, la Società, per il tramite del Fondo, provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" con i relativi limiti in esso indicati.

**Per quanto concerne le cure oncologiche, la garanzia si intende altresì operante nel caso in cui le terapie siano state effettuate in regime ambulatoriale.**

### 3.3 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE PER PRESTAZIONI DI DERMATOLOGIA E OCULISTICA

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia e oculistica, la Società, per il tramite del Fondo, provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico, c) "Assistenza medica, medicinali, cure", f) "Post-ricovero" con i relativi limiti in essi indicati.

**NB:**

- In caso di interventi ambulatoriali per prestazioni di dermatologia la garanzia opererà in presenza di situazioni patologiche refertate dallo specialista che esegue la prestazione (es. esame istologico per i nei etc..)
- In caso di intervento per la correzione della miopia, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, la garanzia opererà soltanto in presenza di un difetto della capacità visiva risultante dallo specchietto dell'oculista riportante l'indicazione delle diottrie.

### 3.4 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" con i relativi limiti in esso 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.

### 3.5 PARTO E ABORTO

#### 3.5.1 PARTO CESAREO, ABORTO SPONTANEO O TERAPEUTICO

In caso di parto cesareo effettuato in struttura sanitaria privata, la Società, per il tramite del Fondo, provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore; f) "Post-ricovero".

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per persona (da intendersi come sottolimito del massimale di cui al punto 3.10 "Massimale assicurato").

#### 3.5.2 PARTO NATURALE

In caso di parto naturale, effettuato in struttura sanitaria privata, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" 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", lettera f) "Post-ricovero".

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 3.000,00 per anno assicurativo e per persona (da intendersi come sottolimito del massimale di cui al punto 3.10 "Massimale assicurato")

#### 3.5.3 RIMBORSO DI UNA VISITA ANESTESIOLOGICA PER PARTO E ABORTO *Contiene Cod. 1713*

Per i casi previsti ai precedenti punti "3.5.1 Parto cesareo, aborto spontaneo o terapeutico" e "3.5.2 Parto naturale" è previsto in copertura il rimborso di una visita anestesiologicala preparatoria. Il costo della prestazione è ricompreso all'interno dei massimali indicati.



### 3.6 NEONATI

La Società, per il tramite del Fondo, 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. La copertura decorrerà dal primo giorno di vita del neonato.**

### 3.7 ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

**Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico in strutture sanitarie private, fermi restando i limiti previsti, è data facoltà all'Assicurato di richiedere un anticipo sulle spese già sostenute e documentate in misura non superiore al 70% delle stesse, previa contestuale presentazione alla Società, per il tramite del Fondo, di certificazione attestante la necessità dell'intervento chirurgico, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare totale delle spese sanitarie.**

Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di spesa e della documentazione relativa al ricovero come previsto al punto "C - Sinistri", si procederà al relativo conguaglio.

### 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, con l'applicazione di uno scoperto del 20%, ad eccezione delle seguenti:

**punto 3.11 "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**

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate dalla Società al Fondo con uno scoperto del 30% ad eccezione dei seguenti:

- **punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":**

- **lett. e) "Accompagnatore";**

**che viene rimborsata al Fondo nel limite previsto al punto indicato;**

- **punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":**

- **lett. a) "Pre ricovero"**

- **lett. e) "Post ricovero"**

**che vengono rimborsati integralmente.**

**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 Giornaliera". Tale garanzia sarà altresì attivata in caso di day-hospital con i relativi limiti in essa indicati.

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

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 non convenzionate con la Società.

### 3.9 INDENNITA' GIORNALIERA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, per il tramite del Fondo, per il ricovero e per le prestazioni ad esso connesse avrà diritto a un'indennità per ogni giorno di degenza di:

**a) € 50,00 per ogni giorno di degenza**

- **Per i ricoveri chirurgici, per i day-hospital chirurgici, è corrisposta a partire dal primo giorno di degenza e per un periodo non superiore a 90 giorni per evento.**

- **Per i ricoveri medici: dal primo giorno di degenza e per un periodo non superiore a 90 giorni per evento.**

- **Per i day-hospital per dialisi e per cure e terapie di patologie oncologiche: corrisposta a partire dal primo giorno per un massimo di 50 giorni per evento (sono esclusi tutti i day-hospital medici diversi da quelli per dialisi e per cure e terapie di patologie oncologiche). Per i day hospital effettuati per dialisi, l'indennità viene erogata indipendentemente dal fatto che il day hospital sia avvenuto presso una struttura pubblica o privata. L'Assicurato potrà fruire dell'indennizzo descritto solo in alternativa a quanto previsto dall'Articolo 4 "Alta Specializzazione"**



- b) **L'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) si intende equiparata a tutti gli effetti al Ricovero e viene pertanto indennizzata ai sensi di quanto previsto dal precedente punto a).**
- c) **€ 70,00 per ogni giorno di degenza**
- Per i ricoveri per parto naturale, cesareo, aborto spontaneo o terapeutico, corrisposta a partire dal primo giorno di degenza per un periodo non superiore a 90 giorni per evento.

### 3.10 DIAGNOSI COMPARATIVA NEL PERIODO DI PRE-RICOVERO

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 800-009619 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30, 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 **specificata patologia.**

### 3.11 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.

### 3.12 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo previsto per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 300.000,00 per persona

## 4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società, per i tramite del Fondo, provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

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

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Chemioterapia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Cobaltoterapia
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Dialisi
- Elettroencefalografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- Mielografia
- Retinografia
- Risonanza
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia



- TAC
- Wirsungrafia

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

**a) Prestazioni effettuate presso le strutture sanitarie private convenzionate con la Società:**

- ✓ Nel caso in cui l'Assicurato, **esclusi i figli fiscalmente a carico**, si rivolga a **strutture sanitarie private convenzionate** con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di € 20,00 per ciascuna prestazione/ciclo di terapia.
- ✓ **Nel caso in cui il Figlio fiscalmente a carico** si rivolga a strutture sanitarie private convenzionate **con la Società**, le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza nessuno scoperto o franchigia a carico dell'Assicurato.

**b) Prestazioni effettuate presso le strutture sanitarie private non convenzionate con la Società:**

Nel caso in cui l'Assicurato, **compresi i figli fiscalmente a carico**, si rivolga a strutture sanitarie private non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di € 20,00 per ciascuna prestazione/ciclo di terapia

**c) Prestazioni effettuate presso il Servizio Sanitario Nazionale:**

Nel caso in cui l'Assicurato, **compresi i figli fiscalmente a carico**, si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di € 20,00 per ciascuna prestazione/ciclo di terapia.

Il massimale annuo previsto per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 25.000,00 per persona.

**5. VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE PER I FIGLI IN CASO DI DISAGIO IN ETÀ SCOLARE**

Il massimale annuo previsto per il complesso delle prestazioni di cui ai punti 5.1 "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici" e 5.2 "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche per i figli in caso di disagio in età scolare", corrisponde a € 7.000,00 per persona.

**5.1 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**

La Società, per il tramite del Fondo, provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia, **fatta eccezione per quanto specificamente** previsto dal successivo punto 5.2 "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche per i figli in caso di disagio in età scolare".

Rientrano inoltre in garanzia gli accertamenti ecografici alle anche per il bambino nel primo anno di vita.

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

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

**a) Prestazioni effettuate presso le strutture sanitarie private convenzionate con la Società :**

- ✓ Nel caso in cui l'Assicurato, **esclusi i figli fiscalmente a carico**, si rivolga a **strutture sanitarie private convenzionate** con la Società le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di € 25,00 per visita specialistica/accertamento.

**Condizioni per l'applicazione di un'unica franchigia per prestazioni effettuate presso le strutture sanitarie private convenzionate con la Società :**

- Nel caso in cui durante lo svolgimento di una visita specialistica venga **effettuato contestualmente anche un accertamento diagnostico correlato**,  
oppure
- Qualora si renda necessario effettuare una **visita specialistica propedeutica ad un accertamento diagnostico invasivo**,



verrà applicata un'unica franchigia pari a € 25,00 sulle due prestazioni, purché le 2 prestazioni sanitarie siano state contestualmente richieste alla centrale operativa per il tramite del Fondo.

b) Prestazioni effettuate da parte dei Figli a carico presso le strutture sanitarie private convenzionate con la Società:

- ✓ Nel caso in cui il Figlio fiscalmente a carico si rivolga a strutture sanitarie private convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia

c) Prestazioni effettuate presso le strutture sanitarie private non convenzionate con la Società:

Nel caso in cui l'Assicurato, compresi i figli fiscalmente a carico, si rivolga a strutture sanitarie private non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con:

- l'applicazione di una franchigia di € 35,00 per ogni visita specialistica;
- l'applicazione di una franchigia di € 45,00 per ogni accertamento diagnostico.

Condizioni per l'applicazione di un'unica franchigia per prestazioni effettuate presso le strutture sanitarie private non convenzionate con la Società:

- Nel caso in cui durante lo svolgimento di una visita specialistica venga effettuato contestualmente anche un accertamento diagnostico correlato, oppure
- Qualora si renda necessario effettuare una visita specialistica propedeutica ad un accertamento diagnostico invasivo,

verrà applicata un'unica franchigia pari a € 35,00 sulle due prestazioni, purché il rimborso delle 2 prestazioni sia richiesto dall'Assicurato con un solo invio e che le 2 prestazioni sanitarie siano state contestualmente richieste dal medico curante.

d) Prestazioni effettuate presso il Servizio Sanitario Nazionale:

Nel caso in cui l'Assicurato, compresi i figli fiscalmente a carico, si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di € 20,00 ogni ticket emesso a fronte di visita specialistica o accertamento diagnostico.

Condizioni per l'applicazione di un'unica franchigia per prestazioni effettuate esclusivamente presso il Servizio Sanitario Nazionale:

- Nel caso in cui durante lo svolgimento di una visita specialistica venga effettuato contestualmente anche un accertamento diagnostico correlato, oppure
- Qualora si renda necessario effettuare una visita specialistica propedeutica ad un accertamento invasivo,

verrà applicata un'unica franchigia pari a € 20,00 sui ticket emessi a fronte delle due prestazioni, purché il rimborso delle 2 prestazioni sia richiesto dall'Assicurato con un solo invio e che le 2 prestazioni sanitarie siano state contestualmente richieste dal medico curante

**5.2 PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE PER I FIGLI IN CASO DI DISAGIO IN ETA' SCOLARE (dai 6 anni compiuti fino ai 16 anni)**

La Società, per il tramite del Fondo, prevede il pagamento delle prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche dei figli dell'Assicurato in caso di disagio in età scolare, ossia di età dai 6 anni compiuti fino a 16 anni, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da medico specialista e vengano effettuate da psichiatra o da psicoterapeuta / psicologo iscritto all'albo.

La presente copertura viene attivata esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie private convenzionate con la Società; le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza alcun importo a carico dello stesso.

Il sotto massimale annuo garantito per il complesso delle prestazioni sopra indicate, corrisponde a € 500,00 per nucleo familiare.

**6. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI SOLO A SEGUITO DI INFORTUNIO SUL LAVORO (garanzia operante per il solo titolare)**

La Società, per il tramite del Fondo, provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio sul lavoro, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza sia del certificato di Pronto Soccorso sia della denuncia dell'infortunio che il Datore di lavoro ha presentato all'INAIL, sempreché siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie private non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 40,00 per fattura.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 40,00 per ticket.

Il massimale annuo previsto per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 800,00 per persona.

#### **7. PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI garanzia 1 Contiene**

La Società, per il tramite del Fondo, rimborsa le spese per l'acquisto di protesi o il noleggio di protesi ortopediche e acustiche. Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici ed acustici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodi, plantari, apparecchi acustici)

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20% e con un minimo non indennizzabile di €. 70,00 per fattura/persona.

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

#### **8. LENTI E OCCHIALI Cod. 1793**

La Società rimborsa integralmente all'Assicurato le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto, inclusa la montatura, nel limite una tantum nell'arco del triennio di € 100,00 per nucleo familiare.

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

#### **9. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO**

La Società liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale:

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

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 private o personale non convenzionati, la Società rimborsa integralmente le spese sostenute.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute vengono rimborsate, per il tramite del Fondo, integralmente.



Le spese sostenute vengono liquidate nel limite annuo di € 5.000,00 per Persona.

## 10. IMPLANTOLOGIA

La Società, per il tramite del Fondo, provvede al pagamento delle spese per le prestazioni per impianti osteointegrati e per le relative corone fisse.

La copertura opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel 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 all'impianto/i con le modalità specificate nei successivi punti 10.1, 10.2 e 10.3.

- 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.

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

- Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie private o personale non convenzionati oppure nel caso in cui l'assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente le spese sostenute.

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute per gli impianti, l'assicurato dovrà inoltrare anche le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.

Il massimale annuo previsto per il complesso delle prestazioni implantologia dentale corrisponde a € 1.100,00 per nucleo familiare.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie private o personale non convenzionati con la Società oppure nel caso in cui l'assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la garanzia si intende operante nel limite di un sotto-massimale annuo di € 650,00 per nucleo familiare,.

### 10.1 APPLICAZIONE DI TRE O PIU' IMPIANTI

La presente 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.

- 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, nei limiti indicati all'art. "10 Implantologia".

Nel caso in cui il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale annuo previsto, 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 "10.2 applicazione di due impianti" oppure la garanzia di cui al punto "10.3 Applicazione di un impianto", si rendesse necessario l'innesto di tre o più impianti, le spese verranno liquidate nell'ambito del massimale di € 1.100,00 al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

- Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie private o personale non convenzionati oppure nel caso in cui l'assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente le spese sostenute nel limite di un sotto-massimale annuo di € 650,00 per nucleo familiare.



## 10.2 APPLICAZIONE DI DUE IMPIANTI

La presente garanzia opera nel caso di applicazione di 2 impianti previsti dal medesimo piano di cura, nel limite di un sotto-massimale annuo di € 700,00 per nucleo familiare.

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

- 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, nei limiti sopra indicati.

Nel caso in cui il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale annuo previsto, 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 10.3 "Applicazione di un impianto", si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottomassimale di € 700,00 previsto in questa garanzia, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

- Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie private o personale non convenzionati oppure nel caso in cui l'assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente le spese sostenute nel limite di un sotto-massimale annuo di € 400,00 per nucleo familiare.

## 10.3 APPLICAZIONE DI UN IMPIANTO

La presente garanzia opera nel caso di applicazione di 1 impianto previsto dal piano di cura, nel limite di un sotto-massimale annuo di 400,00 per nucleo familiare.

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

- 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, nei limiti sopra indicati.

Nel caso in cui il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale annuo previsto, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

- Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie private o personale non convenzionati oppure nel caso in cui l'assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente le spese sostenute nel limite di un sotto-massimale annuo di € 200,00 per nucleo familiare.

## 11. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto t), 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.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie private o personale non convenzionati, la Società rimborsa integralmente le spese sostenute.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società, per il tramite del Fondo, rimborsa integralmente i ticket sanitari a Suo carico nel limite dei massimali assicurati.

Il massimale annuo previsto per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 2.000,00 per persona.

## 12. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto (t), 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.

Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- Visita specialistica odontoiatrica;
- Ablazione del tartaro 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 ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

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 in cui l'Assicurato si rivolga a struttura sanitaria pubblica o privata non convenzionata con la Società, è previsto un massimale annuo di € 25,00 per anno/persona.

## 13. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (garanzia operante per i figli con età < a 6 anni)

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto t), la Società provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con la Società indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- Visita specialistica odontoiatrica;
- Fluorazione.

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a struttura sanitaria pubbliche o privata non convenzionata con la Società, è previsto un massimale annuo di € 25,00 per anno/persona.

### 13.1 CURA DELLE CARIE PER I BAMBINI DAI 6 AI 14 ANNI

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto t), la Società provvede al pagamento delle spese per la cura di una carie all'anno.

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 alcuna applicazione di scoperti o franchigie.

In caso di utilizzo di struttura sanitaria pubblica o privata non convenzionata è previsto un massimale annuo di € 50,00 per anno/persona.

## 14. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Qualora una prestazione non sia ricompresa nelle prestazioni odontoiatriche di cui sopra perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere 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.



#### 15. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (garanzia operante per titolare e coniuge/convivente more uxorio)

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 devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste sia per gli uomini che per le donne una volta all'anno e 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
- Elettrocardiogramma di base

**Accertamenti di Prevenzione per le patologie della Tiroide, previsti sia per gli uomini che per le donne una volta all'anno e senza limiti di età:**

Esami di laboratorio specifici:

- FT3
- FT4
- TSH

Accertamento Diagnostico:

- Ecografia della Tiroide

Prestazioni previste per gli uomini una volta ogni due anni a partire dal compimento dei 45 anni

- PSA (Specifico antigene prostatico)

Prestazioni previste per le donne una volta ogni due anni a partire dal compimento dei 35 anni

- Pap test
- Mammografia (*solo con presentazione della prescrizione del medico curante*)

#### 16. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI FIGLI (garanzia operante solamente per i figli)

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 devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- 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
- Elettrocardiogramma di base

#### 17. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI PER FIGLI di età inferiore ai 6 ANNI

La Società provvede al pagamento della prestazione sotto elencata effettuata una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. La prestazione prevista, nata per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede sia particolarmente opportuna per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- **Visita oculistica.**

#### 18. PACCHETTO MATERNITA'

Sono comprese nella garanzia:

- n° 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a n° 6 per gravidanza a rischio); le ecografie;
- le analisi clinico chimiche;
- l'amniocentesi o la 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'Iscriita 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 private non convenzionate, la Società rimborsa integralmente le spese sostenute.

Nel caso in cui l'Iscriita si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società, per il tramite del Fondo; rimborsa integralmente i ticket sanitari a Suo carico nel limite dei massimali assicurati.

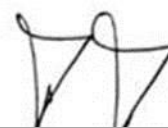
Il massimale annuo previsto per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 650,00 per persona.

#### 18.1 PRESTAZIONI PER MATERNITA' A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Qualora una prestazione non sia ricompresa nelle prestazioni del pacchetto maternità di cui sopra perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Associata, 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.

#### 19. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere 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.



## SEZIONE SECONDA

### **20. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA E PERMANENTE (garanzia operante per il solo titolare)**

#### **20.1 OGGETTO DELLA GARANZIA**

In aggiunta a quanto già previsto dal piano in corso e garantito per il tramite del Fondo, ossia in aggiunta al rimborso delle spese sanitarie ed assistenziali sostenute alle condizioni previste con gli articoli successivi,

la Società garantisce attraverso la propria rete di strutture convenzionate il pagamento diretto e l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali, per un valore corrispondente alla somma garantita all'Assicurato (avente la qualità di TITOLARE) quando questi si trovi, in un momento successivo alla data di decorrenza della polizza, in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo articolo 20.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente"

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.

#### **20.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ'**

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

1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi.
2. Aver diritto, aver richiesto, o percepire una pensione di invalidità, o una rendita per incapacità permanente che corrisponda ad un livello di incapacità superiore al 25%.
3. Presentare malattie, postumi di malattie o di infortuni precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.
4. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di 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.

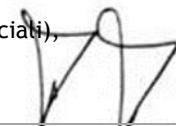
#### **20.3 MASSIMALE MENSILE ASSICURATO**

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo 20.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente" corrisponde a € 1.000,00 da corrispondersi per una durata massima di 3 anni.

#### **20.4 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE**

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

- soddisfare la propria igiene personale (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale),
- nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile),
- spostarsi (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio),
- coprire (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali), e necessari in modo costante:
  - o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;



- o di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza.

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato che sia affetto da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer, accertata da un referto medico redatto successivamente all'esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein) e necessari in modo costante:

- di un soggiorno in ospedale psichiatrico riconosciuto dal Servizio Sanitario Nazionale
- dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio.

#### **20.5 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. 20.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente"), dovrà telefonare alla Centrale UniSalute (entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza), **800-009619 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30** e fornire le informazioni richieste per poter fruire, nell'ambito del massimale mensile previsto all'art. 20.3 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 D.1 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. 20.3, 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. 20.3, esclusivamente la retta mensile.

## 21. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA (garanzia operante per il solo titolare)

### 21.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita mensilmente all'Assicurato (avente la qualità di TITOLARE) quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo articolo 21.2 "Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea".

### 21.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

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

1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:
  - a) spostarsi,
  - b) lavarsi,
  - c) vestirsi,
  - d) nutrirsi.



2. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%
3. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di 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. Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica

### 21.3 SOMMA ASSICURATA

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo 18.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a € 1.000,00 da corrispondersi per una durata massima di 6 mesi.

### 21.4 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA

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

- soddisfare la propria igiene personale (La capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo).
- nutrirsi (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire).
- spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio).
- vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente).

e necessari temporaneamente ma in modo costante:

- o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;

o di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di ricovero.

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

### 22. SERVIZIO MONITOR SALUTE PER PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE CON PATOLOGIE CRONICHE (garanzia valida per il solo titolare)

UniSalute, per il tramite del Fondo, offre ai pazienti non autosufficienti e con malattie croniche il controllo delle patologie croniche.

UniSalute, per il tramite del Fondo, mette a disposizione un sistema di tecnologia avanzato che permette la misurazione dei parametri clinici direttamente al domicilio.

Dopo la compilazione di un questionario, viene consegnato gratuitamente al paziente un dispositivo medico per eseguire delle misurazioni direttamente da casa.

I valori dei pazienti vengono monitorati costantemente da una **Centrale Operativa**, composta da infermieri specializzati che, intervengono laddove si presentino degli alert clinici e svolgono una funzione di coaching e formazione a supporto dell'empowerment del paziente.

Il vantaggio per il paziente è quello del miglioramento nella gestione della patologia grazie ad una maggiore aderenza al proprio piano di cura e ad una migliore consapevolezza del proprio stato di salute.

### 23. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

In Italia



I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde nazionale **800-009619** dal lunedì al venerdì dalle **8.30 alle 19.30**.

Dall'estero occorre comporre il seguente numero verde il seguente numero verde **00800-39009619**, in caso di mancato funzionamento del numero verde internazionale occorre comporre il seguente numero a pagamento: **0039514185619**).

**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.

**I seguenti servizi di assistenza** vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute **per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800-009619**.

Dall'estero occorre comporre il seguente numero verde **00800-39009619**, in caso di mancato funzionamento del numero verde internazionale occorre comporre il seguente numero a pagamento: **0039514185619**).

**ASSISTENZA ALLA PERSONA**

**a) Invio di un medico**

Qualora, in conseguenza di infortunio o malattia, l'Assicurato necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, la Compagnia provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte dei medici convenzionati di intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

**b) Invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio**

Nei casi di ricoveri con frattura, che hanno determinato:

- Frattura del femore
- Fratture vertebrali
- Fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee
- Fratture che rendano necessario l'immobilizzazione di almeno un arto
- Frattura del bacino

e con una situazione di immobilizzazione, certificata da prescrizione medica, che comporti la necessità di prestazioni infermieristiche/fisioterapiche: La Compagnia provvederà, nei 10 giorni successivi al ricovero o alla rimozione del gesso, ad inviare un infermiere o un fisioterapista convenzionato, assumendone l'onorario fino ad un massimo di 1 ora al giorno, per un massimo di 7 giorni.

**c) Collaboratrice domestica**

Nei casi di ricoveri con frattura, in conseguenza di scippo, rapina, di furto o di tentato furto, che hanno determinato una situazione di immobilizzazione, certificata da prescrizione medica: la Compagnia provvederà, nelle 4 settimane successive alla dimissione dall'istituto di cura o alla rimozione del gesso, ad inviare una collaboratrice domestica, assumendone l'onorario fino ad un massimo di 6 ore alla settimana, per un massimo di 2 settimane.

**d) Invio di medicinali a domicilio**

L'assistenza sarà prestata qualora l'Assicurato necessiti di medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute, certificati dal suo medico, e nessuno può andare per lui.

La Compagnia provvederà, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, alla consegna dei medicinali prescritti. La prestazione sarà fornita massimo 3 volte l'anno per nucleo familiare assicurato. A carico dell'Assicurato resta solo il costo dei medicinali.

**e) Rientro dal ricovero di primo soccorso**

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un

importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300km e con il massimo di euro 300 per sinistro e per persona.

f) Trasporto in autoambulanza

Nel caso in cui l'Assicurato, in seguito a infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il trasferimento inviando il mezzo di soccorso nel più breve tempo possibile. Le spese di trasporto sono a carico della Società sino ad un massimo di 300km complessivi a/r.

La garanzia non opera per i casi di emergenza, dove per emergenza si intende l'alterazione dello stato di salute caratterizzata da acuzie di tale gravità da costituire un pericolo per la vita del paziente: in tali casi risulta necessario richiedere l'intervento delle strutture pubbliche deputate in base alle norme di legge vigenti.

g) Spesa a domicilio

Nei casi di:

- Frattura del femore
- Fratture vertebrali
- Fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee
- Fratture che rendano necessaria l'immobilizzazione di almeno un arto
- Fratture del bacino

che hanno determinato una situazione di immobilizzazione certificata da prescrizione medica in conseguenza di scippo o rapina avvenuti all'interno del territorio del Comune, di furto o di tentato furto presso la propria abitazione, la Società provvederà, nelle quattro settimane successive al sinistro, ad organizzare la consegna al domicilio dell'Assicurato di generi alimentari/prima necessità.

Sarà a carico della Centrale Operativa trasferire la richiesta per l'acquisizione della lista dei generi alimentari/prima necessità da ordinare e delle coordinate utili alla consegna.

L'Assicurato sarà quindi informato sui tempi previsti per il recapito della spesa e dell'importo totale che dovrà riconoscere al fattorino al momento della consegna.

h) Interprete a disposizione all'estero

Quando l'Assistito, a seguito di ricovero ospedaliero, trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un interprete assumendosene i relativi costi entro un massimo di € 300,00 per evento e per anno assicurativo.

i) Rientro anticipato dell'Assistito a causa di gravi motivi familiari

Quando l'Assistito si trovi all'estero e a seguito di gravi motivi familiari sia richiesta la Sua presenza in Italia la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il rientro dell'Assistito col mezzo di trasporto più idoneo tenendo a proprio carico le spese di viaggio fino ad un massimo di € 200,00.

### ASSISTENZA ALL'ESTERO

UniSalute vi offre inoltre per tutto l'arco delle 24 ore i seguenti servizi telefonando dall'estero al numero al seguente numero verde 00800-39009619, in caso di mancato funzionamento del numero verde internazionale occorre comporre il seguente numero a pagamento: 0039514185619)

h) Rimpatrio sanitario

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

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

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

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

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio.

La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

b) Rimpatrio della salma dall'estero all'Italia

In caso di decesso all'estero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 2.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.



#### A.5 FORO COMPETENTE

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

#### A.6 TERMINI DI PRESCRIZIONE

**Per i termini di prescrizione si rimanda al Regolamento del Fondo.**

#### A.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

#### A.8 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'Assicurato di darne avviso per iscritto in caso di sinistro, ai sensi dell'art. 1910 c.c. .

#### A.9 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve comunicare alla Società l'eventuale aggravamento del rischio legato al trasferimento della sede operativa o della sede legale dell'Azienda assicurata, ai sensi dell'art. 1898 c.c..

### B - LIMITAZIONI

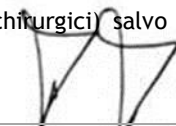
#### B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

#### B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

Sono in ogni caso escluse dalla copertura le spese per:

- a) L'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del piano;
- b) Qualsiasi trattamento avente mera finalità di controllo routinario e/o prevenzione, salvo quanto previsto agli artt. 12 e 13 "Prestazioni odontoiatriche particolari" agli artt. 15, 16 e 17 "Prestazioni diagnostiche particolari" e all'art. 18 "Pacchetto maternità";
- c) Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, salvo quanto previsto all'art. 5.2 "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche per i figli in caso di disagio in età scolare"
- d) La semplice correzione di difetti visivi con trattamento laser eccetto quelli finalizzati alla correzione della miopia come previsto all'art. 3.3 "Intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia e oculistica";
- e) L'intervento per deviazione del setto nasale, se non a seguito di evento traumatico, anche se associato ad ipertrofia dei turbinati o poliposi;
- f) Cure e trattamenti terapeutici non fruiti in regime di ricovero o nei 200 giorni successivi allo stesso;
- g) Tutte le prestazioni afferenti ad una fecondazione non fisiologica (assistita);
- h) Infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assicurato (è operante invece per gli infortuni derivanti da imprudenze e negligenze anche gravi);
- i) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- j) gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- k) Aborto volontario non terapeutico;
- l) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- m) Le protesi di qualsiasi altro tipo (escluse le endoprotesi applicate in occasione di interventi chirurgici) salvo quanto previsto all'art. 7 "Protesi/ausili medici ortopedici ed acustici";
- n) Trattamenti sclerosanti;



- o) I trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali, medicinali e vaccini (salvo quanto previsto all'art. 6 "Trattamenti fisioterapici da infortunio sul lavoro" e al punto g) "Post ricovero" di cui all'art. 3. "Ricovero");
- p) Le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o trasmutazione dell'atomo, naturali o provocate e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopiradio-attivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.)
- q) Le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- r) Prestazioni rese a persone affette da infermità mentali, alcolismo, tossicodipendenza e relative alle cause ed alle conseguenze di tali infermità, salvo quanto previsto all'art. 5.2 "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche per i figli in caso di disagio in età scolare"
- s) Le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.
- t) le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici salvo quanto previsto ai punti 9 "Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero", 10 "Implantologia", 11 "Cure dentarie da infortunio", 12 "Prestazioni odontoiatriche particolari", 13 "Prestazioni odontoiatriche particolari (per i figli con età inferiore a 6 anni)", 14 "Prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate".

Limitatamente alle prestazioni previste al punto 20 "Stati di non autosufficienza consolidata e permanente" e al punto 21 "Stati di non autosufficienza temporanea", 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.

### B.3 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza; 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.

## C - SINISTRI

### SEZIONE PRIMA

#### C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

La modalità di denuncia del sinistro si differenzia a seconda della forma attivabile:

- La forma diretta presso le strutture convenzionate con la Società;
- La forma indiretta (metodo rimborsuale) presso le strutture non convenzionate con la Società o presso le strutture del SSN.

#### C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

L'Assicurato o il familiare potrà richiedere la prenotazione della prestazione tramite il sito [www.fondofasa.it](http://www.fondofasa.it) utilizzando la funzione "Prenotazione visite ed esami" disponibile all'interno dell'Area riservata.

Se non può accedere ad internet potrà alternativamente contattare la Centrale Operativa di Fondo FASA - presso UniSalute telefonando al numero verde nazionale **800-009619** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30 (**dall'estero** occorre comporre il seguente numero verde 00800-39009619, in caso di mancato funzionamento del numero verde internazionale occorre comporre il seguente numero a pagamento: 0039514185619), 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; inoltre, all'interno dell'Area riservata accessibile dal sito [www.fondofasa.it](http://www.fondofasa.it), l'Assicurato potrà consultare e conoscere con precisione le strutture ed i medici convenzionati dedicati al suo specifico Piano sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa oppure qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti C.1.3 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o C.1.4 "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

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 (ove richiesta) e dovrà comunicare le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

Per le prestazioni previste in forma diretta, 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.1.3 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o C.1.4 "Sinistri nel servizio sanitario nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie purché tale modalità sia contemplata alle 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.1.2 "SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE DI ODONTOIATRIA)

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 al punto C.1.4 "Sinistri nel servizio sanitario nazionale" e con l'applicazione degli scoperti e/o franchigie previsti purché tale modalità sia contemplata alle 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.1.3 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (solo per le garanzie che prevedono tale modalità)**

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l' Assicurato deve inviare direttamente alla sede della Fondo FASA Via Flavia, 3 - 00187 ROMA 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;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale(\*), copia completa della documentazione clinica, conforme 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 per il tramite del Fondo, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

(\* Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero od all'intervento chirurgico ambulatoriale e 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, la Società, per il tramite del Fondo, 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 per il tramite del Fondo 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/o dal Fondo 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. a) "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.1.4 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER LE GARANZIE DI ODONTOIATRIA)**

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente alla sede della Fondo FASA Via Flavia, 3 - 00187 ROMA 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 oppure copia della certificazione dell'odontoiatra sulla propedeuticità di tali prestazioni ai piani di cura previsti dal piano sanitario;
- 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 per il tramite del Fondo 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/o dal Fondo 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.1.5 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 convenzionate con la Società, C.1.2 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie odontoiatria)" e C.1.3 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società (solo per le garanzie che prevedono tale modalità)" e C.1.4. "Sinistri in strutture non convenzionate con la società (sezione valida per le garanzie di odontoiatria"

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente alla sede della Fondo FASA Via Flavia, 3 - 00187 ROMA

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di ricovero(\*) è sufficiente presentare la lettera di dimissione; per taluni casi, tassativamente concertati con il Fondo, la Società potrà sempre richiedere copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale (non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro).
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale(\*), copia completa della documentazione clinica, conforme 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 per il tramite del Fondo, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

(\*) Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero od all'intervento chirurgico ambulatoriale e ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato dalla lettera di dimissione; per taluni casi, tassativamente concertati con il Fondo, la Società potrà sempre richiedere copia della cartella clinica conforme all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.

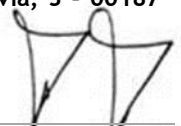
### SEZIONE SECONDA

#### D. STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE e STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA

##### D.1 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE DA PARTE DELLA SOCIETÀ

Entro 60 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:

- chiamare il numero verde gratuito 800-009619 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30 e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre alla Società ai fini della valutazione medica finale e ai servizi socio/sanitari disponibili.
- produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: Fondo FASA - via Flavia, 3 - 00187 ROMA - 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. 20.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente", 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. 20.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente", 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 giustifichino 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 indicate nei successivi articoli, 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.



#### D.1.1 MODALITÀ DI RIMBORSO / RICHIESTA DI EROGAZIONE DI SERVIZI

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'articolo 20.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza **consolidata/permanente**" 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 20.3) "MASSIMALE MENSILE ASSICURATO"** - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi articoli:

- 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.

#### D.1.2 EROGAZIONE DIRETTA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E/O SOCIO ASSISTENZIALI

In caso di erogazione delle prestazioni di cui al punto 1) dell'articolo 20.5, avvalendosi quindi di strutture e/o 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.

#### D.1.3 RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE A SEGUITO DI PERMANENZA IN RSA

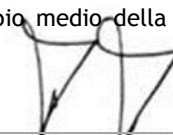
In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: **Fondo FASA - via Flavia, 3 - 00187 ROMA** - dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- 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'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 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.



#### D.1.4 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.

#### D.2 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA DA PARTE DELLA SOCIETÀ

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà:

- a) chiamare il numero verde gratuito **800-009619** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30, e specificare la prestazione richiesta e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre alla Società ai fini della valutazione medica finale;
- b) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: **Fondo FASA - via Flavia, 3 - 00187 ROMA** - 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;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, indicandone esordio e termine. Dovrà, inoltre, precisare 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).
- 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.

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

Se lo stato di non autosufficienza è riconosciuto consolidato le garanzie di polizza non si attivano.

Se non si sarà in grado di stabilire se lo stato di non autosufficienza sia consolidato o temporaneo, la Società, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

In risposta, la Società invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Assicurato o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente del malato. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. 21.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea", 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. 21.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea", se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, 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 temporaneo dell'Assicurato.

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.

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, con le modalità di cui all'articolo 21 e sub-articoli, decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione dello Stato di non autosufficienza temporaneo dell'Assicurato.

#### **E. CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE**

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

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

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

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

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

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

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

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

