

FONDO FONSAF

PIANO SANITARIO 2015

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa per i lavoratori dipendenti delle aziende di Panificazione e attività affini

Direttore: Dott. Claudio Fierro

SEDE LEGALE:

VIA ALESSANDRIA 159/D

00198 - ROMA

Pec: ebipan@pec.it

E-mail: info@ebipan.org

Codice fiscale: **97658870585**

SEDE OPERATIVA:

VIA FLAVIA, 3

00187 - ROMA

Tel. 0647824858

Fax: 647824603

Fax: 647880567

E-mail: info@fonsap.it

UNISALUTE

Centrale Operativa per prenotazioni

Tel. 800-009635

(lunedì - venerdì dalle 8.30 alle 19.30)

FON.SA.P.: Presentazione

Il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa per i lavoratori del settore panificazione "Fon.sa.p.", è un organismo paritetico costituito con atto pubblico il 15 giugno 2011 dalle Organizzazioni sindacali rappresentative dei datori di lavoro (Federazione Italiana Panificatori e Assopanificatori-Fiesa/Confesercenti) e dei lavoratori (Flai-Cgil, Flai-Cisl e Uila-Uil) in attuazione del C.C.N.L., datato 1° dicembre 2009 per il personale comunque dipendente da aziende di panificazione anche per attività collaterali e complementari, nonché da negozi di vendita al minuto di pane, generi alimentari e vari.

Il Fon.sa.p. che ha natura giuridica di associazione non riconosciuta non persegue finalità di lucro ed è regolarmente iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari integrativi istituita presso il Ministero della Salute.

Promosso e regolato in sede di contrattazione collettiva, il Fon.sa.p. si propone di erogare prestazioni di assistenza sanitaria che integrino per i lavoratori iscritti i trattamenti di assistenza sanitaria già offerti dal Servizio Sanitario Nazionale.

Con il rinnovo della Polizza assicurativa a partire dal 1° gennaio 2015 il Piano sanitario del Fon.sa.p. si arricchisce di nuove prestazioni a favore degli iscritti. Dal corrente anno infatti in, caso di malattia e/o infortunio gli associati oltre alle prestazioni erogate in forma indiretta - con il rimborso delle spese sostenute per le necessarie cure presso strutture sanitarie private o del Servizio sanitario nazionale - potranno beneficiare di una serie di prestazioni indennizzate in forma diretta attraverso strutture sanitarie che operano in regime di convenzione con Unisalute tra le quali si ritiene utile sottolineare gli interventi di prevenzione odontoiatrica e di maternità.

Per facilità di lettura Il Piano Sanitario che viene illustrato di seguito evidenzia con un particolare richiamo alle novità della Polizza Fon.sa.p. 2015. Nell'invitare ad un'attenta lettura ricordiamo che nel documento sono contenute le necessarie indicazioni su condizioni, modalità e procedure per accedere alle prestazioni del Fon.sa.p. Si precisa, tuttavia, che dette informazioni, per quanto esaustive e puntualmente ricavate dal contratto assicurativo stipulato per le coperture in questione, non sostituiscono in nessun caso il contratto stesso che rimane l'unico strumento di riferimento valido a fini legali e giuridici.

Il Fon.sa.p. ha sede legale in Via Alessandria 159/D – 00198 ROMA

Il direttore
(dott. Claudio Fierro)

FONSAP

Piano sanitario 2015

NOTE UTILI

DECORRENZA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura avrà effetto con decorrenza 01/01/2015

BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

Beneficiari delle prestazioni garantite dal Fonsap sono le seguenti tipologie di lavoratori per i quali si applica il C.C.N.L.-Panificazione regolarmente iscritti al Fondo FONSAP e in regola con i versamenti contributivi al Fondo:

1. Lavoratori dipendenti con contratto a tempo indeterminato;
2. Lavoratori dipendenti assunti con contratto di lavoro a termine di durata predeterminata pari o superiore a 9 mesi nell'arco dell'anno solare.

STRUTTURE SANITARIE A CUI RIVOLGERSI

A seconda della tipologia della copertura sanitaria garantita da FONSAP, per ottenere le prestazioni di cui necessita, i beneficiari possono rivolgersi, con le modalità riportate nel Piano Sanitario a:

PRESTAZIONI INDENNIZZATE IN FORMA INDIRECTA (RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE)

- a) Strutture Sanitarie Private*;
- b) Servizio Sanitario Nazionale*.

*Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Associato deve inviare la documentazione necessaria direttamente alla sede operativa del Fondo FONSAP - Via Flavia, 3 – 00187 ROMA (tel. 0647824858; fax 0647880567; info@fonsap.it)

PRESTAZIONI INDENNIZZATE IN FORMA DIRETTA (STRUTTURE IN CONVENZIONE) (NOVITA' 2015)

- c) Strutture convenzionate con UNISALUTE**

** L'Associato potrà richiedere la prenotazione della prestazione contattando la Centrale Operativa di Fondo FONSAP - presso UniSalute telefonando al numero verde nazionale 800-009635 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30

INDICE

FON.SA.P.: PRESENTAZIONE	2
BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI	3
INDICE	4
A. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO	5
B. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI.....	8
GLOSSARIO.....	11
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	15
1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	16
2. PERSONE ASSICURATE	17
3. RICOVERO	17
3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO	17
3.2 DAY-HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO	17
3.3 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER PRESTAZIONI DI DERMATOLOGIA E OCULISTICA (NOVITA' 2015)	18
3.4 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO.....	18
3.5 PARTO E ABORTO	18
3.6 ANTICIPO DELL'INDENNIZZO.....	19
3.7 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI.....	19
3.8 INDENNITÀ GIORNALIERA.....	20
3.9 MASSIMALE ASSICURATO	20
4. ALTA SPECIALIZZAZIONE	20
5. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI.....	21
6. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI SOLO A SEGUITO DI INFORTUNIO SUL LAVORO	22
7. PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI (NOVITA' 2015)	23
8. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO.....	23
9. IMPLANTOLOGIA (NOVITA' 2015).....	24
9.1 APPLICAZIONE DI TRE O PIU' IMPIANTI (NOVITA' 2015).....	24
9.2 APPLICAZIONE DI DUE IMPIANTI (NOVITA' 2015)	24
9.3 APPLICAZIONE DI UN IMPIANTO (NOVITA' 2015)	25
10. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE ED ORTODONTICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO (NOVITA' 2015)	25
11. PREVENZIONE ODONTOIATRICA (NOVITA' 2015)	26
12. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE (NOVITA' 2015)	26
13. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (NOVITA' 2015).....	26
14. PACCHETTO MATERNITÀ (NOVITA' 2015)	27
15. PRESTAZIONI PER MATERNITÀ A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE (NOVITA' 2015).....	27
16. SERVIZI DI CONSULENZA (NOVITA' 2015)	28
17. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA	28
17.1 OGGETTO DELLA GARANZIA.....	28
17.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ'	28
17.3 SOMMA ASSICURATA	29
17.4 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	29
A - LIMITAZIONI	34
A.1 ESTENSIONE TERRITORIALE	34
A.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE.....	34
A.3 LIMITI DI ETÀ.....	35
B - SINISTRI	
B.1 DENUNCIA DEL SINISTRO	35
B.2 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA DA PARTE DI UNISALUTE	38
INFORMATIVA PRIVACY.....	41

A. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

1. Coperture assicurative – Limitazioni ed esclusioni

Le coperture offerte dal contratto, con le modalità ed esclusioni specificate nelle Condizioni di assicurazione sono le seguenti:

A) RICOVERO: Unisalute indennizza le spese mediche per ricovero con o senza intervento chirurgico, day hospital, intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia od oculistica, trapianti, parto cesareo, naturale aborto spontaneo o terapeutico e neonati. Sono inoltre comprese le spese sostenute nei giorni precedenti e successivi, attinenti all'evento stesso ed è previsto un anticipo dell'indennizzo.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

B) ALTA SPECIALIZZAZIONE: Unisalute indennizza le spese mediche per prestazioni effettuate con macchinari altamente specializzati.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

C) VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI: Unisalute indennizza le spese per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici effettuati da medico specialista.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

D) TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI SOLO A SEGUITO DI INFORTUNIO SUL LAVORO: Unisalute indennizza le spese per le terapie fisiche riabilitative a seguito di infortunio sul lavoro in presenza di certificato di pronto soccorso.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

E) PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI: Unisalute indennizza le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche atte a sostituire una parte anatomica. Sono compresi anche gli ausili medici ortopedici e acustici.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

F) INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO: Unisalute indennizza le spese sostenute per interventi chirurgici odontoiatrici.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

G) IMPLANTOLOGIA: Unisalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di implantologia previste nel medesimo piano di cura.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

H) CURE DENTARIE DA INFORTUNIO: Unisalute indennizza le spese sostenute per cure dentarie conseguenti ad infortunio, in presenza di certificato di pronto soccorso

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

I) PREVENZIONE ODONTOIATRICA: Unisalute provvede al pagamento di una visita odontoiatrica e una seduta di igiene orale effettuate per monitorare e prevenire l'insorgenza di stati patologici.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

L) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE A TARIFFE AGEVOLATE: Unisalute consente all'Associato di ottenere tariffe agevolate nelle Strutture convenzionate, qualora una prestazione odontoiatrica non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario, o per esaurimento massimale o per importo inferiore ai limiti contrattuali.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

M) PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI: Unisalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni sanitarie effettuate per monitorare e prevenire l'insorgenza di stati patologici.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

N) PACCHETTO MATERNITA': Unisalute indennizza le spese relative a prestazioni di controllo quali visite, ecografie, esami del sangue per il monitoraggio della gravidanza nonché la diagnosi prenatale (amniocentesi o villocentesi).

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

P) PRESTAZIONI PER MATERNITA' A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE: Unisalute consente all'Iscritta di ottenere tariffe agevolate nelle Strutture convenzionate, qualora una prestazione per maternità non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario, o per esaurimento massimale o per importo inferiore ai limiti contrattuali.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

Q) STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA: Unisalute liquida le spese sostenute nel caso in cui l'Associato (titolare di polizza) si trovi in uno stato di non autosufficienza tale da non consentirgli di compiere almeno tre dei quattro atti ordinari della vita quotidiana.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

R) INFORTUNI PROFESSIONALI: Unisalute liquida la somma assicurata in polizza in caso di morte o di invalidità permanente dell'Assicurato conseguenti a infortunio professionale.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

S) SERVIZI DI CONSULENZA: Unisalute fornisce servizi di consulenza telefonica quali:

- Informazioni sanitarie
- Prenotazione di prestazioni sanitarie
- Pareri medici immediati

Avvertenza: le coperture assicurative sono soggette a limitazioni ed esclusioni della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo. Si rinvia alle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: le suddette coperture sono prestate con specifiche franchigie, scoperti e massimali. Si rinvia agli articoli delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Per facilitarne la comprensione da parte del Contraente/Assicurato, di seguito s'illustra il meccanismo di funzionamento di franchigie, scoperti e massimali mediante esemplificazioni numeriche:

Meccanismo di funzionamento della franchigia:

1° esempio

Somma assicurata € 10.000,00

Richiesta di rimborso € 1.500,00

Franchigia € 250,00

Indennizzo € 1.500,00 – 250,00 = € 1.250,00

2° esempio

Somma assicurata € 10.000,00

Richiesta di rimborso € 200,00

Franchigia € 250,00

Nessun rimborso è dovuto perché l'importo richiesto è inferiore alla franchigia.

Meccanismo di funzionamento dello scoperto:

1° esempio

Somma assicurata € 50.000,00

Richiesta di rimborso € 10.000,00

Scoperto 10% con il minimo di € 500,00

Indennizzo € 10.000,00 - 10% = € 9.000,00 (perché lo scoperto del 10% del danno è superiore al minimo non indennizzabile).

2° esempio

Somma assicurata € 50.000,00

Richiesta di rimborso € 3.000,00

Scoperto 10% con il minimo di € 500,00

Indennizzo € 3.000,00 - 500,00 = € 2.500,00 (perché lo scoperto del 10% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile).

Meccanismo di funzionamento del massimale:

Somma assicurata € 50.000,00

Richiesta di rimborso € 60.000,00

Indennizzo € 50.000,00.

Meccanismo di funzionamento della garanzia "Stati di non autosufficienza"

1° esempio

Un nostro Associato, a seguito di una malattia, perde completamente la vista da entrambi gli occhi.

Questo fatto però non gli impedisce di continuare a compiere in maniera autonoma le attività ordinarie della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, spostarsi, nutrirsi), e pertanto la situazione in cui si trova a seguito della perdita totale della vista non giustifica l'attivazione della copertura assicurativa per stati di non autosufficienza.

2° esempio

Un nostro Associato rimane vittima di un incidente stradale particolarmente grave, che lo costringe ad uno stato tale da aver costantemente bisogno dell'assistenza di un'altra persona per effettuare servizi di cura al suo domicilio. Questo fatto gli impedisce oggettivamente di compiere in maniera autonoma le attività ordinarie della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, spostarsi, nutrirsi).

Meccanismo di funzionamento della garanzia invalidità permanente da infortunio professionale:**1° esempio**

Somma assicurata € 18.100,00; franchigia relativa del 19%

L'Associato a seguito di infortunio al lavoro perde la vista da un occhio

Percentuale di invalidità permanente riconosciuta: 35%

L'indennizzo è pari al 35% di 18.100,00 = € 6.335 (Poiché la percentuale di invalidità è superiore alla franchigia relativa del 19%)

2° esempio

Somma assicurata € 18.100,00; franchigia relativa del 19%

L'Associato a seguito di infortunio al lavoro perde totalmente il dito anulare

Percentuale di invalidità permanente riconosciuta: 8%

Nessun indennizzo viene corrisposto poiché la percentuale di invalidità è inferiore alla franchigia relativa del 19%

2. Termini di prescrizione

I diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. (Art. 2952, comma 2, del codice civile).

3. Legislazione applicabile

La legislazione applicata al contratto è quella italiana.

B. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**4. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo**

Denuncia del sinistro

Sinistri in strutture convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati (NOVITA' 2015)

In caso di sinistro, l'Associato deve preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute per prenotare la prestazione presso una struttura sanitaria con essa convenzionata.

All'atto della prestazione l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata i documenti attestanti la propria identità, oltre alla prescrizione medica, qualora richiesta.

Le prestazioni autorizzate da UniSalute, saranno liquidate direttamente alla struttura convenzionata, salvo eventuali scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

Per le modalità e termini riferiti all'attivazione del servizio di denuncia del sinistro, si rimanda al capitolo – SINISTRI nelle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

Qualora siano erogati servizi non previsti dal Piano sanitario e/o non autorizzati da UniSalute, l'Assicurato provvederà al pagamento degli stessi direttamente al centro sanitario convenzionato.

In caso di prestazione odontoiatrica

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'Associato.

Sinistri in strutture non convenzionate con la Società o effettuati da medici non convenzionati

Le prestazioni previste dal Piano sanitario eseguite in strutture non convenzionate, sono rimborsate secondo i limiti contrattuali indicati nelle Condizioni di assicurazione.

Per richiedere il rimborso di quanto speso l'Associato dovrà utilizzare il modulo cartaceo che verrà fornito. Il modulo di rimborso, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato via posta alla sede del Fondo, unitamente a copia della documentazione medica e di spesa indicata nelle Condizioni di assicurazione al seguente indirizzo: **FONDO FONSAP Via Flavia, 3 – 00187 ROMA**.

Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Le prestazioni previste dal Piano sanitario eseguite nel Servizio Sanitario Nazionale, sono rimborsate secondo i limiti contrattuali indicati nelle Condizioni di assicurazione.

In caso di ricovero a completo carico del SSN, l'Associato potrà richiedere, in alternativa al rimborso, l'erogazione dell'indennità sostitutiva.

Per richiedere il rimborso di quanto speso l'Associato dovrà utilizzare il modulo cartaceo che verrà fornito. Il modulo di rimborso, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato via posta alla sede del Fondo, unitamente a copia della documentazione medica e di spesa indicata nelle Condizioni di assicurazione al seguente indirizzo: **FONDO FONSAP Via Flavia, 3 – 00187 ROMA**.

Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte di Unisalute

Entro 60 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza, l'Associato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà produrre a Unisalute, per il tramite del Fondo, i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Associato.

Per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza l'Associato dovrà produrre idonea documentazione, sia nel caso in cui sia mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, sia nel caso in cui sia ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, per il quale dovrà presentare un certificato medico da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero.

La documentazione verrà valutata da Unisalute, la quale avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Associato per il tramite del Fondo 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'Associato al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, decorre dal momento in cui Unisalute e il Fondo considereranno completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Associato.

Modalità di rimborso

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza dà diritto all'Associato a richiedere la corresponsione della somma assicurata e al rimborso delle spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza (su presentazione di fatture, ricevute in originale o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro).

Richiesta di rimborso spese

In caso di rimborso spese il fascicolo che l'Associato invierà a Unisalute, per il tramite del Fondo, dovrà contenere la documentazione necessaria, ovvero la copia della cartella clinica in caso di ricovero, i certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra-ricovero, le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria.

Il pagamento di quanto spettante all'Associato viene effettuato dal Fondo su presentazione alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata.

Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

Unisalute, per il tramite del Fondo, ha la facoltà di procedere a controlli presso l'Associato, di farlo esaminare da un Medico di sua scelta, anche in presenza del Medico curante dell'Associato.

Unisalute, per il tramite del Fondo, può inoltre richiedere ulteriore documentazione che ritiene necessario per valutare lo stato di salute dell'Associato, in caso di rifiuto da parte dell'Associato, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data di richiesta della Società.

Si rinvia alla sezione "GLOSSARIO" per gli aspetti riguardanti la terminologia usata.

5. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Funzione Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892 - e-mail reclami@unisalute.it**.

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

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

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

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Compagnia: www.unisalute.it.

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

12. Mediazione per la conciliazione delle controversie

Il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Tale decreto ha previsto la possibilità, per la risoluzione di controversie civili anche in materia di contratti assicurativi, di rivolgersi prioritariamente ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il

Ministero della Giustizia. Nel caso in cui il Contraente intenda avvalersi di tale possibilità, potrà far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali organismi, alla sede legale di UnipolSai Assicurazioni S.p.A., Ufficio Riscontro, Via Stalingrado 45, 40128, Bologna, anche a mezzo posta elettronica all'indirizzo mediazionecivile@unipolassicurazioni.it ovvero a mezzo fax al n° 0517096855.

6. 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 il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico 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.

Avvertenza: resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria. Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

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

Anno

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

Associato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

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

Centrale Operativa/Struttura organizzativa (NOVITA' 2015)

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'Associato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate;
- Fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.

Contraente

Il soggetto che stipula la polizza (FONSAP – Fondo Sanitario Panificatori).

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.

Difetto fisico

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

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).

Franchigia

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

Indennità giornaliera

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

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.

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'Associato 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'Associato 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'Associato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Piano terapeutico (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Documento sottoscritto dall'Associato 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.

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.

Questionario di riconoscimento di uno stato di non autosufficienza

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

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.

Scheda anamnestica (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

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

Scoperto

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

Sinistro

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

Società

L'impresa assicuratrice UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Stato di non autosufficienza consolidato

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

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.

Unisalute

La Compagnia Coassicuratrice a cui è affidata la gestione dei sinistri, con sede in Bologna, Via Larga 8.

Tutore legale

Il tutore legale viene nominato dal Tribunale quando per la persona disabile o non autosufficiente viene richiesta l'interdizione, cioè il tutore si assume la responsabilità di quella persona nelle decisioni che riguardano gli atti della vita quotidiana e per tutte le decisioni della sfera patrimoniale per il mantenimento della stessa. In questo caso la persona assistita ha una capacità di agire molto limitata.

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

SEZIONE PRIMA:

- ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia e oculistica;
- trapianti;
- ricovero per parto cesareo, aborto spontaneo o terapeutico e parto naturale;
- anticipo dell'indennizzo;
- alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi solo a seguito di infortunio sul lavoro;
- protesi/ausili medici ortopedici ed acustici;
- interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- implantologia;
- prestazioni odontoiatriche ed ortodontiche a seguito di infortunio;
- prevenzione odontoiatrica;
- prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- pacchetto maternità;
- prestazioni per maternità a tariffe agevolate;
- servizi di consulenza.

SEZIONE SECONDA:

- Stati di non autosufficienza (garanzia operante per il solo titolare).

SEZIONE TERZA:

- Infortuni professionali (IP e caso morte).

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

a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con Unisalute; **(NOVITA' 2015)**

b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute;

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. per il personale comunque dipendente da aziende di panificazione anche per attività collaterali e complementari nonché da negozi di vendita al minuto di pane, generi alimentari e vari regolarmente iscritti al Fondo Fonsap.

SEZIONE PRIMA

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Unisalute, per il tramite del Fondo, provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

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.

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 € 70,00 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 180 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 A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

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

La garanzia è altresì operante per i day-hospital medici eseguiti 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, Unisalute, 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.

3.3 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER PRESTAZIONI DI DERMATOLOGIA E OCULISTICA (NOVITA' 2015)

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia e oculistica, Unisalute, 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 tramite metodica laser, la garanzia opererà soltanto in presenza di un difetto della capacità visiva risultante dallo specchio dell'oculista riportante l'indicazione delle diottrie.

3.4 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, Unisalute liquida le spese previste al punto 3.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” 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, aborto spontaneo o terapeutico, effettuato in struttura sanitaria privata, Unisalute, 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 3.9 “Massimale assicurato”).**

3.5.2 PARTO NATURALE

In caso di parto naturale effettuato in struttura sanitaria privata, Unisalute, 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”; 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 a seguito di malattia e infortunio”, 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 3.9 “Massimale assicurato”)**.

3.6 ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico in strutture sanitarie private, fermi restando i limiti previsti, è data facoltà all'Associato di richiedere un anticipo sulle spese già sostenute e documentate in misura **non superiore al 70% delle stesse**, previa contestuale presentazione a Unisalute, 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.

3.7 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate da Unisalute al Fondo con uno scoperto del 30% ad eccezione della seguente:

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.

b) 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 3.8 “Indennità Giornaliera”. Tale garanzia sarà altresì attivata in caso di day-hospital con i relativi limiti in essa indicati.

Qualora l'Associato sostenga, durante il ricovero, delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, Unisalute rimborserà integralmente al Fondo quanto anticipato dall'Associato 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'Associato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alla lett. a) del punto 3.7 Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute.

Si precisa che per la presente garanzia non è prevista alcuna forma di indennizzo in forma diretta presso le Strutture sanitarie convenzionate con Unisalute (NOVITA' 2015); qualora un Assistito si rivolga a tali strutture, le spese verranno rimborsate come previsto al punto a) “Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute”.

3.8 INDENNITA' GIORNALIERA

L'Associato, qualora non richieda alcun rimborso a Unisalute, 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:

- **€ 50,00:** per i ricoveri medici o chirurgici e per i day-hospital chirurgici, e sarà corrisposta **a partire dal primo giorno** di degenza per un periodo non superiore a 90 giorni per evento.
- **€ 50,00:** per i day-hospital per cure e terapie di patologie oncologiche e sarà prestata **a partire dal primo giorno** per un massimo di 30 giorni per evento.
NB: Sono esclusi invece dalla presente garanzia tutti i day-hospital medici diversi da quelli per cure e terapie di patologie oncologiche.
- **€ 50,00:** per cure e terapie oncologiche in regime ambulatoriale, pur non essendo prevista la garanzia principale, e sarà prestata **a partire dal primo giorno** per un massimo di 30 giorni per evento.
- **€ 70,00:** per i ricoveri per parto cesareo, aborto spontaneo o terapeutico e parto naturale, e sarà corrisposta **a partire dal primo giorno di degenza** per un periodo non superiore a 90 giorni per evento.

3.9 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a **€ 20.000,00** per persona.

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

Unisalute, per il 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
- ☐ Fistolografia
- ☐ Flebografia
- ☐ Fluorangiografia
- ☐ Galattografia
- ☐ Isterosalpingografia
- ☐ Linfografia
- ☐ 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
- ☐ Vescicolodeferentografia
- ☐ 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.

Nel caso in cui l'Associato si rivolga a strutture sanitarie private non convenzionate con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate con **l'applicazione di una franchigia di € 20,00** per ciascuna prestazione.

Si precisa che per la presente garanzia non è prevista alcuna forma di indennizzo in forma diretta presso le Strutture sanitarie convenzionate con Unisalute (NOVITA' 2015); qualora un Assistito si rivolga a tali strutture, le spese verranno rimborsate come previsto al punto precedente: "strutture sanitarie private non convenzionate con Unisalute".

Nel caso in cui l'Associato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute vengono rimborsate con **l'applicazione di una franchigia di € 20,00** per ciascuna prestazione.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 15.000,00** per persona.

5. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Unisalute, 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.

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

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

Nel caso in cui l'Associato si rivolga a strutture sanitarie private non convenzionate con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate con:

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

Si precisa che per la presente garanzia non è prevista alcuna forma di indennizzo in forma diretta presso le Strutture sanitarie convenzionate con Unisalute (NOVITA' 2015); qualora un Assistito si rivolga a tali strutture, le spese verranno rimborsate come previsto al punto precedente: "strutture sanitarie private non convenzionate con Unisalute".

Nel caso in cui l'Associato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di € 20,00 per visita specialistica o accertamento diagnostico.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 5.000,00** per persona.

6. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI SOLO A SEGUITO DI INFORTUNIO SUL LAVORO

Unisalute, 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'Associato si rivolga a strutture sanitarie private non convenzionate con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 40,00 per fattura.

Si precisa che per la presente garanzia non è prevista alcuna forma di indennizzo in forma diretta presso le Strutture sanitarie convenzionate con Unisalute (NOVITA' 2015); qualora un Assistito si rivolga a tali strutture, le spese verranno rimborsate come previsto al punto precedente: "strutture sanitarie private non convenzionate con Unisalute".

Nel caso in cui l'Associato 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 assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 800,00 per persona.

7. PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI *(NOVITA' 2015)*

Unisalute, per il tramite del Fondo, rimborsa le spese per l'acquisto o il noleggio di protesi ortopediche. 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, ecc..

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

8. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

Unisalute liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso;
- cisti follicolari;
- cisti radicolari;
- adamantinoma;
- odontoma;
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare.

Solo in tali casi è prevista l'indennizzo delle spese dell'intervento di implantologia dentale necessario a completamento dell'intervento.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute, le spese per le prestazioni erogate all'Associato vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia *(NOVITA' 2015)*.

Per l'attivazione della garanzia in strutture sanitarie convenzionate, il dentista convenzionato dovrà produrre, tramite la procedura concordata con Unisalute, la seguente documentazione medica necessaria al fine di ottenere l'erogazione in forma diretta, tale documentazione consisterà in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

Nel caso in cui l'Associato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute vengono rimborsate, per il tramite del Fondo, con l'applicazione di uno scoperto del 20%.

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

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

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

Si precisa che per la presente garanzia non è prevista alcuna forma di indennizzo in modalità rimborsuale presso le Strutture sanitarie private non convenzionate con Unisalute; qualora un Assistito si rivolga a tali strutture, le spese rimarranno a suo carico.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € **3.800,00** per persona.

9. IMPLANTOLOGIA **(NOVITA' 2015)**

Viene previsto un massimale di € 1.100,00 per prestazioni di implantologia dentale in un anno assicurativo e per persona.

Si specifica che:

- **Le prestazioni sono erogabili solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato con Unisalute;**
- Le spese per le prestazioni erogate all'Associato vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto;
- Si precisa che per l'attivazione della garanzia il dentista convenzionato dovrà produrre, tramite la procedura concordata con Unisalute, le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.

9.1 **APPLICAZIONE DI TRE O PIU' IMPIANTI (NOVITA' 2015)**

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

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

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

9.2 **APPLICAZIONE DI DUE IMPIANTI (NOVITA' 2015)**

Viene previsto un sottomassimale annuo di € 700,00 nel caso di applicazione di due impianti previsti dal medesimo piano di cura.

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

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

Qualora, nel corso della medesima annualità di copertura, dopo aver attivato la garanzia prevista al punto 9.3 "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.

9.3 APPLICAZIONE DI UN IMPIANTO *(NOVITA' 2015)*

Viene previsto un sottomassimale annuo di € 350,00 nel caso di applicazione di un impianto previsto dal piano di cura.

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

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

10. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE ED ORTODONTICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO *(NOVITA' 2015)*

Unisalute liquida 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 Unisalute, le spese per le prestazioni erogate all'Associato vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

Si precisa che per la presente garanzia non è prevista alcuna forma di indennizzo in forma rimborsuale presso le Strutture sanitarie private non convenzionate con Unisalute, qualora un Assistito si rivolga a tali strutture, le spese rimarranno a suo carico.

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

11. PREVENZIONE ODONTOIATRICA **(NOVITA' 2015)**

Unisalute provvede al pagamento del “pacchetto” di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l’anno in strutture sanitarie con essa convenzionate 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’Associato, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con Unisalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell’arco dello stesso anno assicurativo, Unisalute provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

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

12. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE **(NOVITA' 2015)**

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’Associato, 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.

13. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI **(NOVITA' 2015)**

Unisalute provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l’anno in strutture sanitarie con essa convenzionate 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
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Elettrocardiogramma di base

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)*

14. PACCHETTO MATERNITA' *(NOVITA' 2015)*

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 ≥ 35 anni tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione mentre per le donne di età < 35 anni sono riconosciute solo nel caso di malformazione familiare in parenti di 1° grado o nel caso di patologie sospette.

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

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

Si precisa che per la presente garanzia non è prevista alcuna forma di indennizzo in forma rimborsuale presso le Strutture sanitarie private non convenzionate con Unisalute; qualora un Assistito si rivolga a tali strutture, le spese rimarranno a suo carico.

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

15. PRESTAZIONI PER MATERNITA' A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE *(NOVITA' 2015)*

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.

16. SERVIZI DI CONSULENZA **(NOVITA' 2015)**

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde nazionale 800-009635 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il seguente numero verde **00800-39009635**, in caso di mancato funzionamento del numero verde internazionale occorre comporre il seguente numero a pagamento: **0039514185635**.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- Strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- Indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- Centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- 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'Associato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

SEZIONE SECONDA

17. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA

17.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

Unisalute, per il tramite del Fondo, garantisce il rimborso delle spese sanitarie ed assistenziali per un valore corrispondente alla somma garantita all'Associato 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 17.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza".

17.2 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.

17.3 SOMMA ASSICURATA

La **somma mensile** garantita nel caso in cui l'Associato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo 17.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a **€ 1.000,00 da corrispondersi per una durata massima di 3 anni**.

17.4 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Associato 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'Associato 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.

SEZIONE TERZA

18. INFORTUNI PROFESSIONALI

18.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali principali e secondarie.

18.2 ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia di origine non morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento accidentale di sostanze tossiche;
- le infezioni conseguenti a morsi di animali e punture di insetti, escluse la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore;
- le ernie addominali da sforzo, con esclusione di quelle rachidee; gli strappi muscolari derivanti da sforzo;
- la rottura sottocutanea del tendine di Achille, nei limiti di quanto previsto al punto 18.17 (invalidità permanente);
- gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da aggressioni, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

18.3 RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:

- su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- su aeromobili di aeroclub;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplano, ultraleggeri, parapendio e simili).

Il viaggio in aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

18.4 RISCHIO GUERRA ALL'ESTERO

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (esclusi comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra, insurrezione, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

18.5 SERVIZIO MILITARE

L'assicurazione resta operante durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso.

18.6 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

18.7 RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a. dalla guida e dall'uso di mezzi di locomozione aerei, salvo quanto previsto al punto 18.3 (rischio volo);
- b. dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- c. da corse, gare, allenamenti e prove di ippica, calcio, ciclismo, football americano, rugby, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- d. da corse, gare, allenamenti e prove comportanti l'uso di veicoli a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- e. da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f. da movimenti tellurici;
- g. da guerra o insurrezione, salvo quanto previsto al punto 18.4 (rischio guerra all'estero);
- h. da trasmutazione del nucleo dell'atomo o da radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Sono inoltre esclusi:

- i. gli infarti;
- j. le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

18.8 LIMITI DI ETÀ

Il Contraente dichiara che nessuna persona assicurata ha raggiunto l'età di settantacinque anni e si impegna a comunicare tale circostanza alla Società nel momento in cui si dovesse verificare.

In ogni caso l'assicurazione cessa, alla prima scadenza annuale successiva, per l'Assicurato che abbia raggiunto tale limite di età, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

18.9 PERSONE NON ASSICURABILI

Il Contraente prende atto che la garanzia non è operante per le persone affette da infermità mentale, alcoolismo e tossicodipendenza e si impegna a comunicare tali circostanze alla Società nel momento in cui si dovessero verificare.

In ogni caso l'assicurazione cessa, per l'Assicurato, con il loro manifestarsi senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo tale circostanza, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

18.10 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti - (invalidità permanente).

18.11 CUMULO DI INDENNITA'

L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente.

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, Unisalute corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

18.12 RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio.

18.13 LIMITE CATASTROFALE

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico di Unisalute non potrà comunque superare l'importo di € 3.000.000,00. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

RELATIVE AL CASO MORTE

18.14 MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte. In difetto di designazione, la Società liquida tale somma, in parti uguali, agli eredi.

18.15 MORTE PRESUNTA

Se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto terrestre, aereo, lacuale, fluviale o marittimo, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

18.16 COMMORIENZA

Se il medesimo evento indennizzabile a termini di polizza, esclusa in ogni caso l'ipotesi prevista al punto 18.3 (rischio volo), provoca la morte dell'Assicurato e del coniuge, la quota parte spettante ai figli handicappati (intendendosi per tali le persone riconosciute invalidi civili nella misura pari o superiore al 75%) o minori, alla data del sinistro, viene raddoppiata.

Perdita della falange ungueale del pollice sinistro	12%
Perdita totale dell'indice destro	20%
Perdita totale dell'indice sinistro	16%
Perdita totale del medio	12%
Perdita totale dell'anulare	8%
Perdita totale del mignolo	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice destro	7%
Perdita della falange ungueale dell'indice sinistro	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%
Perdita delle due ultime falangi dell'indice destro	14%
Perdita delle due ultime falangi dell'indice sinistro	11%
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%
Perdita totale di una coscia permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri sotto elencati (Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente in Agricoltura e successive modificazioni)	80%
Perdita di una gamba al terzo superiore	70%
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	65%
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	50%
Perdita del solo alluce	11%
Perdita di più dita del piede, per ogni dito perduto	5%

FONSAP. Prestazioni del Piano Sanitario 2015

info@fonsap.it

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Nel caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità permanente pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

18.18 ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

A richiesta dell'Assicurato, Unisalute, quando abbia preventivato un grado di invalidità permanente, ha facoltà di anticipare 1/3 (un terzo) del presumibile grado di invalidità, **con il massimo di € 15.000,00**.

18.19 RISCHIO IN ITINERE

La garanzia comprende gli infortuni che colpiscono gli Assicurati durante il tempo strettamente necessario per compiere il percorso per via ordinaria dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa con l'uso dei normali mezzi di locomozione.

18.20 MANCINISMO

Relativamente alle persone affette da mancinismo le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

18.21 SUPERVALUTAZIONE DELL'INVALIDITA' PERMANENTE

In caso di infortunio che comporti:

- Sordità completa bilaterale,
- Cecità completa,
- Perdita anatomica o funzionale di almeno un arto superiore od inferiore nonché la perdita completa anatomica o funzionale delle dita di una mano;

il massimale verrà corrisposto per un ammontare doppio di quello base.

18.22 FRANCHIGIA SULLA INVALIDITA' PERMANENTE

Nel caso in cui la percentuale di Invalidità Permanente accertata sia superiore al 19%, la Società liquiderà l'indennizzo dovuto sull'intera somma assicurata senza applicazione di franchigia, non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 19% della invalidità permanente totale.

Nel caso in cui il grado di invalidità permanente sia superiore al 60% della invalidità permanente totale, la Società liquiderà un indennizzo pari all'intera somma assicurata.

18.23 SOMME E GARANZIE ASSICURATE

Dette prestazioni vengono garantite nei termini seguenti:

In caso di MORTE: **somma assicurata: € 18.100,00**

In caso di INVALIDITA' PERMANENTE: **somma assicurata: fino a € 18.100,00 - con una franchigia relativa del 19%.**

A - LIMITAZIONI

A.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

A.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 all'art. 11 "Prevenzione odontoiatrica", all'art. 13 "Prestazioni diagnostiche particolari" e all'art. 14 "Pacchetto maternità";
- c) Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- 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 180 giorni successivi allo stesso;
- g) Tutte le prestazioni afferenti ad una fecondazione non fisiologica (assistita);
- h) Infortuni derivanti da atti dolosi dell'Associato (è operante invece per gli infortuni derivanti da imprudenze e negligenze anche gravi);

- i) Infortuni ed intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- j) Aborto volontario non terapeutico;
- k) Prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio) e/o non conseguenti a patologia;
- l) Trattamenti sclerosanti;
- m) I trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali, medicinali e vaccini (salvo quanto previsto all'art.6 "Trattamenti fisioterapici riabilitativi solo a seguito di infortunio sul lavoro" e al punto f) "Post ricovero" di cui all'art. 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio");
- n) Le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o trasmutazione dell'atomo, naturali o provocate e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radio-attivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.)
- o) Le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- p) Prestazioni rese a persone affette da infermità mentali, alcolismo, tossicodipendenza e relative alle cause ed alle conseguenze di tali infermità;
- q) Le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

A.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.

B - SINISTRI

SEZIONE PRIMA

B.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 Unisalute;
- La forma indiretta (metodo rimborsuale) presso le strutture non convenzionate con Unisalute o presso le strutture del SSN.

B.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON UNISALUTE

L'Associato potrà richiedere la prenotazione della prestazione contattando la Centrale Operativa di Fondo FONSAP - presso UniSalute telefonando al numero verde nazionale 800-009635 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30. Dall'estero occorre comporre il seguente numero verde 00800-39009635, in caso di mancato funzionamento del numero verde internazionale occorre comporre il seguente numero a pagamento: 0039514185635), 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.fonsap.it, l'Associato 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'Associato 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 Unisalute” o C.1.4 “Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale”.

L’Associato 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’Associato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

Unisalute provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l’Associato delega Unisalute 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’Associato 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’Associato verranno liquidate con le modalità previste ai punti C.1.3 “Sinistri in strutture non convenzionate con Unisalute” 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’Associato deve consentire eventuali controlli medici disposti da Unisalute 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.

B.1.2 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON UNISALUTE (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE DI ODONTOIATRIA)

L’Associato, 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’Associato 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’Associato, mentre le eventuali prestazioni necessarie saranno elencate nel piano terapeutico.

Il dentista invierà a Unisalute:

- La scheda anamnestica compilata in ogni parte;
- L’eventuale piano terapeutico, condiviso con l’Associato, insieme ai referti, alle radiografie, ecc.;

Successivamente all’esame di tale documentazione Unisalute 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’Associato dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e sottoscrivere la lettera di impegno.

Unisalute 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’Associato delega Unisalute 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'Associato 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'Associato 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'Associato deve consentire eventuali controlli medici disposti da Unisalute 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.

B.1.3 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON UNISALUTE (solo per le garanzie che prevedono tale modalità)

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Associato deve inviare direttamente alla sede della Fondo FONSAP 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'Associato, a fronte di specifica richiesta da parte di Unisalute 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, Unisalute, 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'Associato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna a Unisalute 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'Associato 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'Associato deve consentire eventuali controlli medici disposti da Unisalute 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'Associato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratriche richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Associato verrà liquidato esclusivamente

l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità di cui al punto 3.7 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute" 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.

B.1.4 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 Unisalute, C.1.2 "Sinistri in strutture convenzionate con Unisalute (sezione valida per garanzie odontoiatria)" e C.1.3 "Sinistri in strutture non convenzionate con Unisalute".

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Associato deve inviare direttamente alla sede della Fondo FONSAP 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, Unisalute 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'Associato, a fronte di specifica richiesta da parte di Unisalute 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'Associato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato dalla lettera di dimissione; per taluni casi, tassativamente concertati con il Fondo, Unisalute potrà sempre richiedere copia della cartella clinica conforme all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.

SEZIONE SECONDA

B.2 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA DA PARTE DI UNISALUTE

Entro 60 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi dell'art. 19.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza", l'Associato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Associato stesso.

Il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, indirizzato a: Fondo FONSAP Via Flavia, 3 – 00187 ROMA, dovrà contenere un certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Associato e la data della sua sopravvenienza. Dovrà inoltre precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni.

In risposta, Unisalute invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Associato 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.

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

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. 17.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Associato 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.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. 17.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Associato 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.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Associato, dovrà essere inviata a Unisalute per il tramite del Fondo.

Unisalute, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Associato sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'Associato.

Unisalute, per il tramite del Fondo, avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Associato 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 da Unisalute, per il tramite del Fondo, quando:

- 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'Associato intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione;
- il contratto sia ancora in vigore.

Il diritto dell'Associato al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, con le modalità di cui all'articolo C.2.2 decorre dal momento in cui Unisalute considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Associato.

B.2.1 MODALITÀ DI RIMBORSO

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte di Unisalute secondo le condizioni dell'articolo 17.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Associato che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma assicurata - entro i limiti previsti all'articolo 17.3 "Somma assicurata" - nelle forme di seguito indicata e dettagliata al successivo articolo e C.2.2:

- rimborso delle spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza (su presentazione di fatture, ricevute in originale o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro). L'erogazione della

prestazione decorrerà dal momento in cui Unisalute considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza dell'Associato.

B.2.2 RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE

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

- la copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero;
Ovvero
- i certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra-ricovero.

Dovrà inoltre allegare le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria, o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro.

Il pagamento di quanto spettante all'Associato viene effettuato su presentazione alla Fondo della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Associato, a fronte di specifica richiesta da parte del Fondo, 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.

B.2.3 ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Unisalute, per il tramite del Fondo, si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Associato, a controlli presso l'Associato 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'Associato.

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

INFORMATIVA PRIVACY

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Art. 13 D. Lgs. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali e Artt. 15 e 16 del Reg. Isvap n. 34/2010 (artt. 183 e 191 del d.lgs. 209/05 – Codice Assicurazioni Private)

Gentile Cliente,

per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi in Suo favore previsti Unisalute S.p.A. e UnipolSai Assicurazioni S.p.A., in qualità di Titolari del trattamento, hanno necessità di utilizzare alcuni dati che La riguardano. Ove la copertura sia eventualmente estesa al nucleo familiare, il trattamento potrà riguardare anche i dati di Suoi familiari e conviventi per le finalità e nei termini di seguito indicati¹.

QUALI DATI RACCOGLIAMO E COME LI TRATTIAMO

Si tratta di dati comuni (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornite; tra questi ci sono anche dati di natura sensibile⁽²⁾ (idonei, in particolare, a rivelare il Suo stato di salute), indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è necessario in particolare per rendere operativa la Sua adesione al contratto di assicurazione stipulato con Unisalute S.p.A. e UnipolSai Assicurazioni S.p.A. dal Fondo FONSAP e per la eventuale liquidazione di sinistri e, in alcuni casi, obbligatorio per legge od in base alle disposizioni impartite dalle autorità di vigilanza del settore⁽³⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati comuni ulteriori (relativi ai Suoi recapiti) può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I dati personali saranno utilizzati da Unisalute S.p.A. e UnipolSai Assicurazioni S.p.A. per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti⁽⁴⁾; ove necessario potranno essere forniti ad altre società del nostro Gruppo⁽⁵⁾.

I dati personali di natura sensibile (relativi al Suo stato di salute) potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso della persona interessata (Cliente o Suo eventuale familiare/convivente).

I dati personali potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi richiesti od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁶⁾.

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di familiari/conviventi del "Titolare assicurato", alcuni dati anche sensibili relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore saranno messi a conoscenza anche del predetto "Titolare" ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti.

COME TRATTIAMO I SUOI DATI

I dati così acquisiti non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato dalle strutture di UniSalute S.p.A. e UnipolSai Assicurazioni S.p.A. preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa⁽⁷⁾.

UNS_Info_

¹ In caso di polizze per nucleo familiare copia della presente informativa viene consegnata al Cliente ed ai Suoi familiari e conviventi

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolare del trattamento dei Suoi dati comuni e sensibili sono:

Unisalute S.p.A. – Via Larga 8– 40138 Bologna (BO) www.unisalute.it.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. – Via Stalingrado 45 – 40128 Bologna (BO) www.unipolsai.it.

Per ogni eventuale dubbio o chiarimento, nonché per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali comunichiamo i dati e l'elenco dei Responsabili potrà consultare i siti www.unisalute.it e www.unipolsai.it o rivolgersi al Responsabile per il riscontro agli interessati all'indirizzo sopra indicato – e-mail: privacy@unisalute.it.

Note

1)Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.

2)Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.

3)Come, ad esempio, gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione finanziaria.

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

5)Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. ed UnipolSai Assicurazioni S.p.A., cui è affidata la gestione di alcuni servizi condivisi per conto della altre società appartenenti al Gruppo Unipol.

6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto), da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; periti, legali; società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri (quali le Centrali Operative), servizio di quietanzamento, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza; medici, strutture sanitarie o cliniche convenzionate da Lei scelti; nonché ad enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (indicati nell'elenco disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).

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