

ALLEGATI

AL CIA:

- 1) Art. 5 – elenco prestazioni piano sanitario Unisalute (Aree professionali e Quadri direttivi di 1° e 2° liv.);
- 2) Artt. 5 e 6 – Statuto Cassa Assistenza;
- 3) Artt. 5 e 6 – Regolamento Cassa Assistenza;
- 4) Art. 6 – elenco prestazioni piano sanitario Unisalute (Quadri direttivi di 3° e 4° liv.);
- 5) Art. 7 – elenco prestazioni piano sanitario Unisalute (dipendenti in quiescenza);

**Piano sanitario
Personale delle aree professionali
dalla 1[^] alla 3[^]
e
Quadri direttivi
di 1° e 2° livello
di
UGF Banca S.p.A
Edizione 2011**

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NELLA POLIZZA

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Contraente

Il soggetto che stipula la polizza.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Società

Unisalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Infortunio

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

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

Malformazione

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

Massimale

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

Difetto fisico

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

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.

La Contraente

La Società
Un procuratore

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui Unisalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

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.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per prestazioni di pre e di post ricovero, per le quali si prevede comunque il rimborso a termini di polizza.

Intervento chirurgico ambulatoriale

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

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

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato.

Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

La Contraente

La Società
Un procuratore

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

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

Piano terapeutico (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

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

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.

Scheda anamnestica (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

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

La Contraente

La Società
Un procuratore

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

Sezione A) Ricovero, Specialistica e Protesi ortopediche/acustiche:

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio e malattia;
- protesi ortopediche e acustiche;
- prestazioni diagnostiche particolari (per il titolare);
- servizi di consulenza.

Sezione B) Dentarie e Lenti:

- odontoiatria/ortodonzia;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- lenti;

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

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

Le modalità di attuazione delle opzioni sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore del personale delle aree professionali dalla 1^a alla 3^a e i Quadri Direttivi di 1° e 2° livello assunti a tempo indeterminato, nonché assunti con contratto di apprendistato professionalizzante o di inserimento, al termine del superamento del periodo di prova in forza presso l'azienda U.G.F Banca S.p.A., e dei relativi nuclei familiari fiscalmente a carico intendendo per tali il coniuge ed i figli per cui sia stata richiesta l'attivazione della presente copertura.

In proposito si precisa che:

- il figlio a carico non convivente è equiparato a quello a carico convivente risultante da stato di famiglia;

La Contraente

La Società
Un procuratore

- il coniuge a carico non convivente è equiparato a quello a carico convivente risultante da stato di famiglia;
- il convivente more uxorio – risultante dallo stato di famiglia e con reddito non superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico – è equiparato al coniuge fiscalmente a carico.

Qualora un dipendente decida di non aderire alla copertura nei termini annui previsti, non sarà più possibile per lui l'attivazione della stessa in un momento successivo.

La copertura può essere estesa con versamento del relativo premio a carico del dipendente: al coniuge fiscalmente non a carico o al convivente "more uxorio" con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, ai figli non fiscalmente a carico e ai genitori del dipendente, purché risultanti dallo stato di famiglia. In questo caso dovranno essere incluse tutte le persone come sopra indicate risultanti dallo stato di famiglia.

In proposito si precisa che il coniuge non a carico e non convivente – purché non legalmente separato – è equiparato al coniuge fiscalmente non a carico e convivente.

SEZIONE A) RICOVERO, SPECIALISTICA E PROTESI ORTOPEDICHE/ACUSTICHE

3. RICOVERO

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

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

a) Pre- ricovero

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

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.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di €. 207,00 al giorno.

e) Accompagnatore

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

La Contraente

La Società
Un procuratore

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di €. 55,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di €. 78,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

g) Post ricovero Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; 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 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di €1.033,00 per ricovero.

3.3 DAY-HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

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

3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società 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", g) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

3.5 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

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

La Contraente

La Società
Un procuratore

3.6 PARTO E ABORTO

3.6.1 PARTO CESAREO

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

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 6.198,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

3.6.2 PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura 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 g) “Post-ricovero”, e 3.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 2.588,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

3.7 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.550,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

3.8 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”:

– lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;

punto 3.2 “Trasporto sanitario”;

punto 3.7 “Rimpatrio della salma”

La Contraente

La Società
Un procuratore

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:
punto 3.6 "Parto e aborto";
che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di €. 516,00 ad eccezione delle seguenti:

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

- lett. d) "Retta di degenza";
- lett. e) "Accompagnatore";
- lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto 3.2 "Trasporto sanitario";

punto 3.6 "Parto e aborto";

punto 3.7 "Rimpatrio della salma"

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

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.9 "Indennità Sostitutiva".

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

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

3.9 INDENNITA' SOSTITUTIVA

Se l'Assicurato non richiede alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di €100,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

3.10 INDENNITA' DI CONVALESCENZA

In casi di ricovero per Grande Intervento Chirurgico, intendendo per tali quelli contenuti nell'elenco allegato alla polizza, la Società assicura una diaria di convalescenza di €.26,00 giornaliera, con il massimo di 30 (trenta) giorni per anno assicurativo e per persona.

La convalescenza deve essere prescritta all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura e risultare da idonea certificazione, escludendo eventuali rinnovi.

Tale indennità verrà corrisposta solo nel caso la prescrizione iniziale sia superiore a 10 (dieci) giorni.

La Contraente

La Società
Un procuratore

3.11 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 130.000,00 per nucleo familiare.

(Nel caso di “grande intervento chirurgico”, intendendo per tali quelli contenuti nell’elenco allegato alla polizza, il massimale suindicato corrisponde €155.000,00).

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

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

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

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

La Contraente

La Società
Un procuratore

Accertamenti

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 5.165,00 per nucleo familiare.

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

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 51,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

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

5. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società 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.

La Contraente

La Società
Un procuratore

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 41,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 2.000,00 per nucleo familiare.

6. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO E MALATTIA

La Società liquida le spese sostenute per trattamenti fisioterapici e riabilitativi e per terapie antalgiche conseguenti a malattia e a infortunio nel limite di €.600,00 per anno e per nucleo familiare.

Per l'attivazione della garanzia, è necessario che i trattamenti vengano richiesti mediante prescrizione medica attestante la patologia o l'infortunio occorso.

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

In caso di utilizzo di strutture non convenzionate con la Società le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di €. 77,00 per ogni ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'iscritto o un componente del nucleo familiare si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

7. PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di € 517,00 per nucleo familiare.

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20% e con un minimo non indennizzabile di € 51,00 per fattura.

8. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (per il solo titolare)

La Società provvede al pagamento, una volta all'anno, delle prestazioni di prevenzione effettuate in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazione previste per gli uomini

- prelievo venoso

La Contraente

La Società
Un procuratore

- ALT
- AST
- colesterolo totale
- trigliceridi
- urea
- creatinina
- PSA

Prestazione previste per le donne

- prelievo venoso
- ALT
- AST
- colesterolo totale
- trigliceridi
- urea
- creatinina
- pap-test

9. SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-016699 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

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

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti .

La Contraente

La Società
Un procuratore

SEZIONE B) DENTARIE E LENTI

10. ODONTOIATRIA/ORTODONZIA

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni sotto indicate.

10.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ODONTOIATRICI

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

- ortopantomografia
- dentalscan
- tele cranio
- rx endorale

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

Nel caso di utilizzo di studi odontoiatrici e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società agli studi medesimi con l'applicazione di uno scoperto del 10% che dovrà essere versato dall'Assicurato allo studio convenzionato con la Società al momento dell'emissione della fattura.

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 100,00 per fattura.

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

10.2 CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE ED ALTRE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DIVERSE DA PROTESI E ORTODONZIA

La Società provvede al pagamento delle spese per cure odontoiatriche, terapie conservative o per altre prestazioni odontoiatriche diverse da protesi e ortodonzia.

In aggiunta a quanto previsto al punto 11 "Prestazioni odontoiatriche particolari", rientrano in garanzia eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche alle cure o alle terapie stesse.

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

La Contraente

La Società
Un procuratore

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 100,00 per fattura.

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

10.3 PROTESI ODONTOIATRICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie.

In aggiunta a quanto previsto al punto 11 "Prestazioni odontoiatriche particolari", rientrano in garanzia eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche all'applicazione delle protesi.

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

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il limite di €. 250,00 per elemento.

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

10.4 ORTODONZIA

La Società provvede al pagamento delle spese per prestazioni ortodontiche.

In aggiunta a quanto previsto al punto 11 "Prestazioni odontoiatriche particolari", rientrano in garanzia eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche alle prestazioni ortodontiche.

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

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 100,00 per fattura.

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

La Contraente

La Società
Un procuratore

10.5 MASSIMALE

In caso di copertura del singolo dipendente/titolare:

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

In caso di copertura di tutto il nucleo assicurato:

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.500,00, per nucleo assicurato.

Gli eventuali importi di spesa eccedenti i massimali annui assicurati dovranno essere versati dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.

11. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento di un sinistro costituito da una visita specialistica e da una seduta di igiene orale professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni 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. Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione

- 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;
- Visita specialistica odontoiatrica.

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

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Società provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

12. LENTI

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto, inclusa la montatura, nel limite annuo di €. 350,00 per nucleo familiare.

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

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

La Contraente

La Società
Un procuratore

13. PREMI

13.1 PREMIO per Dipendente e nucleo familiare fiscalmente a carico - Sezione A e Sezione B

Il premio annuo per il complesso delle prestazioni di cui alle Sezione A e B, comprensivo di oneri fiscali, corrisponde al seguente importo:

dipendente e nucleo familiare fiscalmente a carico come indicato al punto 2 “Persone assicurate”	€ 1.270,00
---	-------------------

13.2 PREMIO per i Familiari NON fiscalmente a carico - Sezione A

I premi annui per il complesso delle prestazioni di cui alla Sezione A, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

a) coniuge non fiscalmente a carico, o convivente “more uxorio” con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, secondo quanto previsto al punto 2 “Persone assicurate”	€ 279,00
b) ogni figlio non fiscalmente a carico purché presente nello stato di famiglia	€ 217,00
c) i genitori (del dipendente) purché presenti nello stato di famiglia	€ 620,00

L'attivazione delle opzioni a) e b) e c) comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari, intesi come sopra indicati, risultanti dallo stato di famiglia.

Le opzioni a) e b) e c) saranno attivate solo nel caso in cui aderisca un numero di nuclei familiari pari al 30% dei nuclei fiscalmente non a carico.

13.3 PREMIO per i Familiari NON fiscalmente a carico - Sezione B

I premi annui per il complesso delle prestazioni di cui alla Sezione B, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

a) coniuge non fiscalmente a carico, o convivente “more uxorio” con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, secondo quanto previsto al punto 2 “Persone assicurate”	€ 300,00
--	-----------------

La Contraente

La Società
Un procuratore

b) ogni figlio non fiscalmente a carico purché presente nello stato di famiglia	€ 100,00
c) i genitori (del dipendente) purché presenti nello stato di famiglia	€ 400,00

Solo i Familiari che hanno attivato la garanzie della Sezione A possono acquistare le garanzie della Sezione B.

L'attivazione delle opzioni a), b), c), comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari, intesi come sopra indicati, che abbiano attivato la sezione A

14 DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per i dipendenti avrà effetto dalle ore 00.00 dell'1 giugno 2011 sia in forma rimborsuale che in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società.

La copertura per i familiari, qualora le schede di adesione dovessero pervenire alla società entro il 20 luglio 2011, avrà effetto in forma rimborsuale dalle ore 00.00 dell'1 giugno 2011 mentre in forma diretta, nelle strutture convenzionate con la Società, avrà effetto dalle ore 00.00 dell'1 settembre 2011.

Oltre il 20 luglio 2011 non potranno più verificarsi inclusioni di familiari già presenti all'interno del nucleo familiare assicurato fatto salvo quanto eventualmente previsto al successivo punto 15

Per l'annualità 2011 si precisa che:

la garanzia "Dentarie e Lenti" decorrerà dal 1° giorno del mese successivo alla data di stipulazione del Contratto Integrativo Aziendale, sia per il dipendente sia per gli altri beneficiari cui erano già state stese le Prestazioni per l'annualità 2011;

L'estensione della garanzia "Dentarie e Lenti" ai componenti il nucleo familiare risultanti dallo stato di famiglia del dipendente potrà essere effettuata con decorrenza dal 1° giorno del mese successivo alla data di stipulazione del Contratto Integrativo Aziendale.

15 INCLUSIONI / ESCLUSIONI

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per i dipendenti, e per i loro relativi familiari, i quali non abbiano aderito alla stessa entro i termini di cui all'art. 2 "Persone assicurate", le movimentazioni all'interno della presente polizza sono regolate dai punti di seguito indicati.

1) Coniuge, convivente "more uxorio" con reddito non superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, e figli anche non conviventi, tutti fiscalmente a carico, con le modalità specifiche per il coniuge di cui all'art.2 "Persone assicurate"

La Contraente

La Società
Un procuratore

Per i dipendenti in servizio alla data di effetto del contratto, il coniuge, il convivente “more uxorio” con reddito non superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico e i figli anche non conviventi possono essere inclusi anche in un momento successivo al termine ultimo fissato per la consegna della scheda di adesione.

In questo caso la garanzia decorre dal giorno di effetto del contratto sempreché l’inclusione venga comunicata alla Società prima della fine dell’annualità assicurativa. Qualora la comunicazione non pervenga entro la scadenza dell’annualità assicurativa la garanzia decorrerà dal primo giorno dell’annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione.

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

2) Genitori, coniuge e figli fiscalmente non a carico, e convivente “more uxorio” con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, tutti risultanti dallo stato di famiglia, con le modalità specifiche per il coniuge di cui all’art.2 “Persone assicurate”

Per i dipendenti in servizio alla data di effetto del contratto, i genitori (del dipendente), il coniuge e i figli fiscalmente non a carico, o il convivente “more uxorio” con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, tutti risultanti dallo stato di famiglia, possono essere inclusi mediante pagamento del relativo premio ed invio dell’apposito modulo tassativamente entro la data del 20 luglio 2011; oltre detto termine, potranno essere inseriti esclusivamente i genitori (del dipendente) il coniuge e i figli fiscalmente non a carico o il convivente “more uxorio” con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, tutti risultanti dallo stato di famiglia di dipendenti neoassunti.

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

3) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia con le modalità specifiche per il coniuge di cui all’art.2 “Persone assicurate”

Per i dipendenti in garanzia alla data di effetto del contratto, l’inclusione di familiari come definiti al punto 2 “Persone assicurate” in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell’apposito modulo. Per i familiari per i quali è previsto il versamento di un premio aggiuntivo la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo premio; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell’avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società sempreché sia stato pagato il relativo premio. Per i familiari per i quali non è previsto il versamento di un premio aggiuntivo la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata prima della fine dell’annualità assicurativa; in caso contrario decorrerà dal primo giorno dell’annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione.

4) Inserimento di nuovi dipendenti in data successiva all’effetto di polizza con le modalità specifiche per il coniuge di cui all’art.2 “Persone assicurate”

La Contraente

La Società
Un procuratore

Le inclusioni di dipendenti in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni. La garanzia per il dipendente e i familiari indicati al punto 2 “Persone assicurate”, primo capoverso, decorre dal giorno dell’assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni. Qualora l’assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Qualora il dipendente intenda inserire l’eventuale coniuge o figli fiscalmente non a carico o il convivente “more uxorio” con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, e i genitori del dipendente, tutti se risultanti dallo stato di famiglia, dovrà includerli nella copertura all’atto dell’assunzione e non potrà inserirli successivamente. L’inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell’apposito modulo e pagamento del relativo premio.

5) Variazione del requisito di carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio

Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio, o di superamento relativamente al reddito del convivente “more –uxorio” dei limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, la garanzia cesserà dal momento di accadimento dell’evento e dovrà essere immediatamente comunicata alla Società; la copertura potrà essere mantenuta con versamento del premio per il coniuge o per il figlio fiscalmente non a carico, o per il convivente “more uxorio” con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, da parte del dipendente. Qualora il coniuge, il figlio o il convivente “more uxorio” con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, non venga mantenuto nella garanzia dal momento della perdita del carico fiscale, non potrà più essere incluso successivamente. Nel caso di acquisizione, in corso di copertura, del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio, o di posizionamento della soglia di reddito del convivente “more-uxorio a un livello non superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico ,la garanzia resterà comunque attiva per l’Assicurato interessato, mentre il relativo premio annuo pagato e non goduto per il periodo di tempo intercorrente tra la data di acquisizione del suddetto requisito e la prima scadenza utile di polizza verrà restituito all’Assicurato stesso al netto delle imposte.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste ai numeri 2,3,4,5 del presente punto, il premio da corrispondere all’atto dell’inserimento nella garanzia corrisponde a tanti trecentosessantesimi del premio annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione al termine del periodo assicurativo in corso.

6) Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l’ex-dipendente e gli eventuali familiari assicurati vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

7) Promozioni

Nel caso di promozione, la copertura per il dipendente e gli eventuali familiari assicurati, cessa dal giorno della promozione sempreché questa venga comunicata alla Società prima della prima scadenza di rata utile. Qualora la comunicazione non pervenga entro tale data la garanzia cesserà dal giorno successivo a quello di quietanzamento.

8) Trasferimento di dipendenti tra Società appartenenti ad uno stesso Gruppo

Nel caso di trasferimento di un dipendente presso una azienda appartenente allo stesso gruppo per la quale valgono le stesse condizioni assicurative, l’ex-dipendente e gli eventuali familiari assicurati restano in copertura nella presente polizza sino alla prima scadenza annuale successiva.

La Contraente

La Società
Un procuratore

A - CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

I premi devono essere pagati alla Società.

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

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

La polizza scade alle ore 00.00 dell'1 gennaio 2013.

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

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

A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

A.4 ONERI FISCALI

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

A.5 FORO COMPETENTE

A scelta della parte attrice, il foro competente è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede la Società.

A.6 TERMINI DI PRESCRIZIONE

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

A.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

A.8 ALTRE ASSICURAZIONI

La Contraente

La Società
Un procuratore

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

B - LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
12. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
14. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

La Contraente

La Società
Un procuratore

Limitatamente alle prestazioni previste al punto 10. “Odontoiatria/Ortodonzia” l’assicurazione non è operante per:

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

B.3 LIMITI DI ETÀ

L’assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75 anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l’assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

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

C - SINISTRI

C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L’Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di Unisalute al numero verde gratuito **800-016699** (dall’estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l’Italia + 0516389046) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti **C.1.1** “Sinistri in strutture convenzionate con la Società” , **C.1.2** “Sinistri in strutture non convenzionate con la Società” o **C.1.3** “Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale”.

Qualora l’Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l’applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate ai punti **C.1.2** “Sinistri in strutture non convenzionate con la Società” e **3.8** “Modalità di erogazione delle prestazioni” **lett. b)**” Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società”.

C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

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

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

In caso di prestazione extraricovero l’Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Contraente

La Società
Un procuratore

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

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

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

C.1.2 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente alla sede della Società la documentazione necessaria:

modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale dei documenti di spesa, al fine di ottenere un rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità di cui al punto **3.8** "Modalità di erogazione delle prestazioni" **lett. b)** "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società", al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere certificato.

C.1.3 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti **C.1.1** "Sinistri in strutture convenzionate con la Società" o **C.1.2** "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale.

C.1.4 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

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

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La Contraente

La Società
Un procuratore

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

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

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

C.2 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Per eventuali controversie che dovessero insorgere fra le Parti in ordine all'interpretazione, all'applicazione ed all'esecuzione del presente contratto, potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale irrituale composto da tre Arbitri.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Presidente del Tribunale del luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale si riunirà nel comune in cui ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

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

La Contraente

La Società
Un procuratore

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare e del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di corpectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica

La Contraente

La Società
Un procuratore

- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomia
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 2
(artt. 5 e 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

STATUTO DELLA CASSA DI ASSISTENZA

TITOLO I

DENOMINAZIONE-SEDE-OGGETTO-DURATA

Art.1

È costituita ai sensi degli artt. 36 e seguenti del Codice civile, un'Associazione, non avente finalità di lucro, denominata Cassa Interaziendale di Assistenza del Personale degli Enti Pubblici e Parastatali, delle Società Cooperative, di Capitali, della Piccola e Media Impresa e delle Associazioni professionali di seguito denominata più brevemente ASSICASSA.

Art.2

Assicassa ha lo scopo esclusivo di attuare, senza finalità di lucro, le forme di assistenza previste da regolamenti o accordi collettivi a favore dei lavoratori dipendenti e di tutte le categorie di lavoratori in regime di lavoro non subordinato.

Art.3

Assicassa ha sede in Bologna, attualmente in Via Aldo Moro, 16. Eventuali variazioni della sede sociale nell'ambito del Comune di Bologna potranno essere deliberate dal Consiglio di Amministrazione.

Art.4

L'Associazione ha durata sino al 31 Dicembre 2100 e può essere prorogata con delibera dell'Assemblea.

TITOLO II

SOCI

CAPO I

CONDIZIONI DI ADESIONE-TIPOLOGIA DEI SOCI

Art. 5

L'adesione ad Assicassa è libera e volontaria.

In particolare, l'adesione ha luogo per dare attuazione a quanto previsto nella specifica materia dell'assistenza integrativa dai contratti collettivi, accordi e regolamenti aziendali.

L'adesione ad Assicassa è volontaria e deve essere effettuata secondo le norme previste dal Regolamento.

La domanda di iscrizione comporta:

A-SOCI ORDINARI

A-1 per i lavoratori dipendenti o assimilati cui siano applicati accordi di lavoro che prevedano forme di assistenza integrativa:

- l'autorizzazione al datore di lavoro presso il quale è in essere il rapporto di lavoro, ad operare le trattenute corrispondenti ai contributi dovuti alla Cassa dal lavoratore;
- la delega al datore di lavoro medesimo a versare tali somme ad Assicassa secondo le modalità indicate dal Consiglio di Amministrazione.

A-2 Per i lavoratori non subordinati:

dichiarazione sottoscritta con l'impegno a versare secondo le modalità indicate dal Consiglio di Amministrazione le somme corrispondenti alle assistenze integrative prescelte.

B-SOCI SOSTENITORI

L'Ente che desidera diventare Socio sostenitore deve presentare domanda ad Assicassa nella quale deve specificare:

1. La denominazione e la sede legale;
2. Dichiarazione di aver preso visione e di accettare le norme contenute nello Statuto e nei Regolamenti emanati da Assicassa.

L'ammissione dell'Ente è subordinata alla decisione insindacabile del Consiglio di Amministrazione che provvederà a dare opportuna informazione della decisione presa.

Art.6

Sono ammessi Soci ordinari e Soci sostenitori.

Soci ordinari sono i lavoratori, di cui all'art.2 del presente Statuto, che si iscrivono per fruire delle prestazioni di cui al successivo art.10.

Soci sostenitori sono le Associazioni di rappresentanza datoriale e/o professionali che aderiscono ad Assicassa con il preciso obiettivo di promuovere lo sviluppo di forme di assistenza nell'ambito del lavoro.

Tutti i Soci, ordinari e sostenitori, sono tenuti al versamento dei contributi sulla base di quanto deliberato dal Consiglio di Amministrazione.

CAPO II

DIRITTI E DOVERI DEI SOCI ORDINARI E SOSTENITORI CESSAZIONE DEL RAPPORTO SOCIALE

Art. 7

La qualità di Socio ordinario dà diritto:

- ad usufruire di tutte o parte delle prestazioni in ragione del contributo versato;
- a partecipare alla vita associativa e alle elezioni degli organi sociali nelle forme delegate di cui all'art. 14.

Art.8

La qualità di Socio sostenitore dà diritto:

- a partecipare alla vita associativa e alle elezioni degli organi sociali nelle forme delegate di cui all'art.14.

Art.9

La qualità di Socio ordinario si perde:

- a) per risoluzione, per qualunque causa, del rapporto di lavoro o sua cessazione;
- b) per morosità;
- c) per recesso;
- d) per morte.

La qualità di Socio sostenitore si perde:

- a) per recesso;
- b) per morosità.

La cessazione della qualità di Socio, ordinario e/o sostenitore, determina l'estinzione dei diritti e degli obblighi ad essa inerenti.

CAPO III

PRESTAZIONI-CONTRIBUZIONI

Art.10

Le prestazioni che Assicassa può erogare sono le seguenti;

- integrazione per assistenza sanitaria;
- liquidazione di un capitale in caso di morte per qualunque causa;
- liquidazione di un capitale per infortuni professionali ed extraprofessionali;
- liquidazione di un capitale per invalidità permanente da malattia;
- liquidazione di diarie per inabilità temporanea da infortunio;
- liquidazione di diarie per inabilità temporanea da malattia.

Le prestazioni e le contribuzioni, per i Soci ordinari appartenenti alla categoria dei lavoratori dipendenti, sono quelle stabilite dagli accordi collettivi di lavoro e/o dai regolamenti. Assicassa, in applicazione di quanto previsto dagli accordi collettivi di lavoro e/o dai regolamenti, può garantire ai lavoratori dipendenti anche soltanto una parte delle prestazioni di cui al primo comma.

Le modalità e i criteri di erogazione delle prestazioni sono determinati da apposito Regolamento.

Art.11

I Soci ordinari sono obbligati al versamento dei contributi previsti e richiesti da Assicassa.

Assicassa potrà richiedere ai Soci ordinari e/o ai loro datori di lavoro una specifica ulteriore contribuzione diretta a far fronte agli oneri di funzionamento, così come definito da apposito Regolamento.

Art.12

I Soci ordinari che effettuano i versamenti di contributi, oltre i termini stabiliti dal Consiglio di Amministrazione, sono

assoggettati al pagamento di una somma aggiuntiva determinata dal Consiglio di Amministrazione, nonché delle eventuali spese accessorie.

Se il Socio ordinario o il relativo datore di lavoro non ottempera alle specifiche richieste di Assicassa entro 30 giorni dalle scadenze di cui al precedente comma, l'adesione verrà meno automaticamente e, quindi, il Socio non avrà più diritto ad alcuna prestazione. Assicassa procederà, nei confronti dei soggetti inadempienti, al recupero degli oneri sostenuti per eventuali prestazioni fornite dal Socio, secondo le modalità indicate dal Regolamento.

TITOLO III

ORGANI

Art.13

Sono organi dell'Associazione:

- o l'Assemblea;
- o il Consiglio di Amministrazione;
- o il Collegio dei Revisori.

CAPO I

ASSEMBLEA

Art.14

L'Assemblea è formata dai Rappresentanti dei Soci ordinari e dai Rappresentanti dei Soci sostenitori secondo le seguenti modalità:

A- SOCI ORDINARI

Ogni Socio ordinario è rappresentato dall'Azienda e/o Associazione professionale e/o categoria la quale designa un rappresentante per l'Assemblea da nominarsi tra i propri dipendenti e/o aderenti Soci di Assicassa con modalità definite da apposito Regolamento predisposto dal Consiglio di Amministrazione.

B-SOCI SOSTENITORI

Ogni Socio sostenitore designa tre Rappresentanti con modalità definite da apposito Regolamento predisposto dal Consiglio di Amministrazione.

Tutti i Rappresentanti rimangono in carica tre esercizi e possono essere ridesignati.

Qualora un Rappresentante, nel corso del mandato cessi dall'incarico per qualsiasi motivo, la sostituzione, per il periodo residuo, sarà effettuata nel rispetto delle modalità previste dagli appositi Regolamenti.

Ogni Rappresentante può, mediante delega scritta, farsi rappresentare in Assemblea da altro Rappresentante della stessa categoria.

Ogni Rappresentante può essere portatore al massimo di due deleghe di altri Rappresentanti appartenenti alla medesima categoria di Soci.

Art.15

L'Assemblea è convocata dal Consiglio di Amministrazione, con comunicazione scritta da inviare ad ogni Rappresentante almeno otto giorni prima di quello fissato per l'adunanza con indicazione dell'ordine del giorno. La convocazione dovrà prevedere una seconda convocazione qualora nella prima non si raggiunga il quorum di validità.

In caso di particolare urgenza è ammessa la convocazione telegrafica o via fax. L'Assemblea deve pure essere convocata se ne pervenga al Consiglio di Amministrazione espressa richiesta sottoscritta da almeno la metà dei Rappresentanti.

L'Assemblea può essere convocata anche fuori dalla sede sociale.

Art.16

L'Assemblea è presieduta dal Presidente del Consiglio di Amministrazione o, in mancanza, dal Vicepresidente, in mancanza di entrambi l'Assemblea nomina il proprio Presidente.

Il Presidente dell'Assemblea designa un Segretario ed eventualmente due scrutatori. Spetta al Presidente dell'Assemblea di constatare la regolarità delle deleghe ed in genere il diritto di intervento all'Assemblea. Delle riunioni di Assemblea, si redige processo verbale firmato dal Presidente e dal Segretario ed eventualmente dagli scrutatori.

Art. 17

L'Assemblea ordinaria delibera sul bilancio, sugli indirizzi e sulle direttive di Assicassa, sulla nomina dei componenti il Consiglio di Amministrazione, di cui ne determina il numero, il tutto nel rispetto di quanto previsto all'art. 20, sulla nomina dei componenti il Collegio dei Revisori, sui compensi eventualmente dovuti agli Amministratori ed ai Revisori e su tutto quant'altro ad essa demandato per legge o per Statuto.

Art.18

L'Assemblea ordinaria è validamente costituita in prima convocazione qualora siano presenti almeno la metà dei Rappresentanti e a condizione che sia presente almeno la metà dei Rappresentanti dei Soci sostenitori; in seconda convocazione sarà

validamente costituita, indipendentemente dal numero dei Rappresentanti presenti ma a condizione che sia presente almeno un Rappresentante dei Soci sostenitori. Ogni Rappresentante ha diritto ad un voto; peraltro i Rappresentanti dei Soci ordinari, comunque rappresentati, possono esprimere in qualsiasi Assemblea sia ordinaria che straordinaria al massimo il 50% dei voti validi in sede di deliberazione non computandosi i voti eccedenti.

Le deliberazioni in prima o seconda convocazione sono assunte con il voto favorevole della maggioranza dei voti presenti e a condizione che vi sia il voto favorevole di almeno la metà dei voti espressi dai Rappresentanti dei Soci sostenitori.

Art.19

L'Assemblea straordinaria delibera su proposta del Consiglio di Amministrazione in materia di:

- modifiche dello Statuto;
- scioglimento messa in liquidazione, modalità e nomina di uno o più liquidatori.

L'Assemblea straordinaria è convocata con le stesse modalità e nei termini stabiliti per le convocazioni dell'Assemblea ordinaria.

L'Assemblea straordinaria è validamente costituita in prima convocazione con la presenza di almeno 2/3 dei Rappresentanti e a condizione che sia presente almeno la metà dei Rappresentanti dei Soci sostenitori.

Le deliberazioni in prima e seconda convocazione sono assunte con il voto favorevole della maggioranza dei voti presenti e a condizione che vi sia il voto favorevole di almeno la metà dei voti espressi dai Rappresentanti dei Soci sostenitori.

Il verbale di riunione dell'Assemblea straordinaria è redatto da un notaio.

CAPO II

IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Art.20

Il Consiglio di Amministrazione è composto da 4 a 12 membri eletti dall'Assemblea dopo averne determinato il numero.

Il Consiglio di Amministrazione è il massimo organo di direzione e coordinamento di Assicassa.

Almeno i quattro quinti dei componenti del Consiglio di Amministrazione vengono eletti su designazione dei Soci sostenitori, i quali provvederanno, entro i dieci giorni antecedenti l'Assemblea, alla relativa designazione mediante separata decisione che dovrà essere notificata ad Assicassa anche mediante fax.

Art.21

Il Consiglio di Amministrazione ha il compito di amministrare Assicassa ed è investito dei più ampi poteri per l'attuazione di quanto previsto dal presente Statuto.

In particolare il Consiglio di Amministrazione:

- elegge nel proprio ambito il Presidente ed il Vicepresidente;
- delibera la stipulazione di convenzioni con le Società assicuratrici prescelte e provvede alla definizione delle modalità di pagamento dei relativi premi;
- definisce l'organizzazione di Assicassa e ne cura la gestione deliberando la misura dei contributi diretti a far fronte agli oneri di funzionamento;
- predispose e presenta all'approvazione dell'Assemblea ordinaria il rendiconto annuale, nonché la relazione generale attinente alla situazione consuntiva di ogni esercizio e all'attività svolta;
- stabilisce le modalità di adesione;
- delibera l'ammissione di nuovi soci;
- stabilisce le modalità di versamento dei contributi;
- stabilisce l'ammontare del contributo annuale per i lavoratori dipendenti e non subordinati;
- determina la somma aggiuntiva da applicarsi sui contributi versati in ritardo;
- delibera le modifiche del Regolamento;
- sottopone all'Assemblea eventuali proposte attinenti agli indirizzi generali ed alle modifiche dello Statuto, nonché alla procedura di liquidazione.

-

Art.22

Il Consiglio di Amministrazione si riunisce almeno due volte all'anno ed ogni qualvolta il Presidente ritenga necessario

convocarlo, ovvero quando almeno un terzo dei suoi componenti lo richieda.

Le convocazioni, con contestuale trasmissione dell'ordine del giorno e dell'eventuale documentazione, sono fatte con comunicazione scritta da inviare ai componenti il Consiglio di Amministrazione ed il Collegio dei Revisori almeno 5 giorni prima della data della riunione.

In casi di particolare urgenza è ammessa la convocazione telegrafica o via fax contenente in ogni caso l'ordine del giorno da spedire almeno 3 giorni prima della riunione.

Le riunioni del Consiglio di Amministrazione sono presiedute dal Presidente o, in caso di assenza o impedimento di questi, dal Vice Presidente. In caso di assenza o impedimento anche del Vicepresidente, le riunioni sono presiedute dal Consigliere più anziano in carica ovvero, a parità di anzianità in carica, dal Consigliere più anziano di età.

Per la validità delle sedute del Consiglio di Amministrazione è necessaria la presenza della metà più 1 (uno) dei componenti.

Le deliberazioni sono prese a maggioranza dei presenti. In caso di parità di voti, prevale il voto del Presidente.

Art.23

Il Consiglio dura in carica 3 esercizi ed è rieleggibile.

IL Consiglio di Amministrazione, qualora nell'ambito del mandato vengano a mancare uno o più Consiglieri, potrà procedere alla cooptazione.

CAPO III

IL PRESIDENTE E VICEPRESIDENTE

Art.24

Il Consiglio di Amministrazione elegge nel suo seno il Presidente ed il Vicepresidente.

Il Presidente è eletto tra i consiglieri eletti su designazione dei Soci sostenitori.

Il Presidente ha la legale rappresentanza e la firma sociale di Assicassa e stà per essa in giudizio. Per determinati atti può conferire deleghe al Vicepresidente ovvero, in casi eccezionali, ad uno o più componenti del Consiglio di Amministrazione.

Il Presidente sovrintendente al funzionamento di Assicassa, convoca e presiede le sedute dell'Assemblea e del Consiglio di

Amministrazione, provvede all'esecuzione delle deliberazioni assunte da tali Organi e svolge ogni altro compito previsto dal presente Statuto o che gli venga attribuito dal Consiglio di Amministrazione.

In caso di temporaneo impedimento del Presidente, i relativi poteri e funzioni sono esercitati dal Vicepresidente.

Nel caso in cui concorra l'assenza o l'impedimento temporaneo del Vicepresidente, questi è sostituito dal Consigliere più anziano in carica, ovvero a parità di anzianità in carica, dal Consigliere più anziano di età.

CAPO IV

Art.25

COLLEGIO DEI REVISORI

Il Collegio dei Revisori è composto da 3 componenti effettivi nonché da 2 supplenti. Tutti i componenti, effettivi e supplenti dovranno essere iscritti al Registro dei Revisori contabili.

Al Collegio spettano i compiti ed i doveri previsti dall'art.2403 e seguenti del Codice Civile; nonché il controllo contabile ex art. 2409 bis c.c..

Spetta in particolare ai Revisori vigilare sulla coerenza e compatibilità dell'attività di Assicassa con il suo scopo assistenziale.

I componenti effettivi dei Revisori assistono alle riunioni del Consiglio di Amministrazione e dell'Assemblea.

TITOLO IV

ENTRATE-PATRIMONIO

GESTIONE DELLE RISORSE

Art.26

Le entrate della Cassa sono costituite da:

- a) contributi versati dai Soci ordinari e dai datori di lavoro, per i lavoratori dipendenti;
- b) eventuali ulteriori contributi di cui all'art.11;
- c) contribuzioni aggiuntive di cui all'art.12;
- d) gli interessi ed i rendimenti della disponibilità amministrative;
- e) le erogazioni, le oblazioni volontarie, i contributi provenienti a qualsiasi titolo da soggetti pubblici o privati finalizzati al sostegno dell'attività di Assicassa;
- f) contributi dei Soci sostenitori;
- g) ogni altro provento che spetti o affluisca ad Assicassa a qualsiasi titolo.

Il patrimonio è costituito da tutti i beni mobili ed immobili, comunque appartenenti ad Assicassa, nonché da tutti i diritti a contenuto patrimoniale ad essa facenti capo.

Art.27

Per l'erogazione di prestazioni assistenziali Assicassa utilizza le contribuzioni ricevute per la sottoscrizione di polizze assicurative.

TITOLO V

CONTROVERSIE

Art.28

Ogni controversia che dovesse insorgere fra i Soci ed Assicassa sarà sottoposta alla competenza di un Collegio Arbitrale composto da tre arbitri designati dal Presidente del Tribunale di Bologna. Il Collegio deciderà in via irrituale ex bono et equo senza il rispetto di formalità di sorta.
Sede dell'arbitrato è Bologna.

TITOLO VI

SCIoglIMENTO

Art.29

Lo scioglimento di Assicassa potrà essere deliberato dall'Assemblea Straordinaria la quale provvederà a nominare uno o più liquidatori.

Al termine della liquidazione il patrimonio eventualmente residuo verrà destinato ad enti pubblici e/o privati aventi finalità assistenziali o similari.

NORME FINALI

Art. 30

Per tutto quanto non previsto dal presente Statuto è fatto riferimento alle norme di legge ed ai principi generali dell'ordinamento giuridico.

Allegato n. 3
(artt. 5 e 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

ASSICASSA

**Cassa interaziendale di assistenza del Personale degli Enti pubblici e Parastatali,
delle società cooperative, di capitali, della piccola e media impresa e delle associazioni professionali**

REGOLAMENTO

Approvato dal Consiglio di Amministrazione in data 5 ottobre 2004

- Art. 1 -

Il presente Regolamento disciplina le modalità di erogazione delle forme di assistenza integrativa a favore dei soggetti di cui all'art.2 dello Statuto da parte della "Cassa interaziendale di assistenza del Personale degli Enti pubblici e Parastatali, delle società cooperative, di capitali, della piccola e media impresa e delle associazioni professionali" (in seguito, per brevità, denominata **"ASSICASSA" o "CASSA"**)

- Art. 2 -

Sono iscritti ad ASSICASSA, in qualità di soci ordinari, tutti i lavoratori di cui all'art. 5 dello Statuto che abbiano comunicato la propria volontà di adesione e per i quali sia stata versata la contribuzione.

La richiesta di iscrizione, completa della documentazione di cui al successivo art. 3, deve essere accompagnata dal versamento:

- per i lavoratori dipendenti, del contributo posto a carico sia del datore di lavoro che del lavoratore – considerati inscindibili – nelle misure stabilite per ciascuna prestazione;
- per i lavoratori di cui all'art. 409 del codice di procedura civile, del contributo posto a carico sia del lavoratore che, ove previsto, a carico del committente, nelle misure stabilite per ciascuna prestazione;
- per i lavoratori autonomi e per i liberi professionisti, del contributo stabilito dalla CASSA per ciascuna prestazione.

Sono iscritti ad ASSICASSA, in qualità di soci sostenitori, le Associazioni di rappresentanza datoriale e/o professionali che abbiano comunicato la propria volontà di adesione e versato i contributi alla CASSA.

L'iscrizione ha effetto dal giorno di valuta indicato nel mezzo di pagamento utilizzato per il versamento della contribuzione.

- Art. 3 -

Per i soci ordinari la richiesta di iscrizione deve essere corredata dei seguenti dati: nome, cognome, data di nascita, domicilio, codice fiscale.

Per i soci ordinari che siano lavoratori dipendenti o soci lavoratori, la suddetta documentazione deve essere inoltrata a cura del datore di lavoro.

In caso di variazione della posizione del singolo lavoratore dipendente o socio lavoratore, i datori di lavoro sono tenuti a darne tempestiva comunicazione entro 10 gg. nonché a mettere a disposizione della CASSA gli elementi necessari per l'effettuazione di tutte le operazioni amministrative e di controllo secondo i criteri e le modalità stabiliti dal Consiglio di Amministrazione.

Per i soci sostenitori, la richiesta di iscrizione deve essere corredata dei seguenti dati: denominazione e codice fiscale.

- Art. 4 -

ASSICASSA, nei limiti dello Statuto e delle disposizioni assunte dai suoi organi, avrà la responsabilità della tenuta e della conservazione dei seguenti libri:

- libro dei Soci (ordinari e sostenitori);
- libro dei Rappresentanti;
- libro dei verbali del Consiglio di Amministrazione;
- libro dei verbali dell'Assemblea;
- libro dei verbali del Collegio dei Revisori.

ASSICASSA avrà altresì la responsabilità della tenuta e della conservazione di tutti i documenti contabili ed amministrativi richiesti dalla legge.

- Art. 5 -

I contributi, per tutti i soci, sia ordinari che sostenitori, sono versati ad ASSICASSA nelle misure e con le modalità stabilite dal Consiglio di Amministrazione ai sensi dell'art. 6, comma 4, dello Statuto.

Per i soci ordinari che siano lavoratori dipendenti o soci lavoratori, i contributi vengono versati ad ASSICASSA a cura dei datori di lavoro, sia per la parte a loro carico, sia per la parte a carico del lavoratore, alle scadenze, nelle misure e con le modalità stabilite dal Consiglio di Amministrazione.

ASSICASSA non assume alcun obbligo in merito al versamento della contribuzione da parte del datore di lavoro e al recupero dei contributi dovuti sulla base degli accordi collettivi di lavoro o dei regolamenti aziendali.

Per i soci ordinari che siano lavoratori di cui all'art. 409, punto 3, del codice di procedura civile, qualora la contribuzione sia anche a carico del committente, quest'ultimo provvederà a versare ad ASSICASSA sia il contributo a suo carico sia quello a carico del lavoratore.

Per i soci ordinari che siano lavoratori autonomi o liberi professionisti, l'importo annuale dei contributi nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione in ordine alle forme di assistenza prescelte, sarà dagli stessi versato alla CASSA entro i termini e le modalità previste dal Consiglio di Amministrazione.

I datori di lavoro o i singoli lavoratori autonomi o liberi professionisti che effettuano i versamenti oltre i termini stabiliti dal Consiglio di Amministrazione di ASSICASSA sono assoggettati al pagamento di una somma aggiuntiva, a titolo di penale, determinata dal Consiglio di Amministrazione, nonché delle eventuali spese accessorie.

Non avendo il datore di lavoro o il singolo lavoratore autonomo o libero professionista ottemperato alle specifiche richieste di ASSICASSA e trascorsi 30 giorni dalle scadenze di cui al precedente comma cessa, automaticamente, l'iscrizione ad ASSICASSA.

Quest'ultima procederà, nei confronti del datore di lavoro o del lavoratore autonomo o libero professionista inadempiente, al recupero degli oneri sostenuti, per eventuali prestazioni fornite all'iscritto e/o al nucleo familiare nel periodo di

non regolarità contributiva precedente alla cessazione dell'iscrizione a causa del mancato versamento dei contributi.

- Art. 6 -

Ai sensi dell'art. 11 dello Statuto, il Consiglio di Amministrazione determina di anno in anno, tenute presenti le esigenze di bilancio, l'ammontare della quota associativa per far fronte agli oneri di funzionamento della CASSA.

La quota associativa, prevista per i soli soci ordinari, viene versata entro i termini e le modalità previste per il versamento dei contributi.

- Art. 7 -

Eventuali altre entrate della Cassa, diverse dai contributi e dalla quota associativa, hanno separate evidenze contabili.

La CASSA istituisce una gestione e una contabilità separata al fine di distinguere i contributi che vanno ad alimentare prestazioni di carattere assistenziale sanitario da quelli che vanno ad alimentare tutte le altre prestazioni assistenziali, nonché le conseguenti erogazioni.

- Art. 8 -

ASSICASSA può, nel rispetto dell'art. 10 dello Statuto, erogare ai soci ordinari tutte o parte delle seguenti prestazioni:

- integrazione per assistenza sanitaria;
- liquidazione di un capitale in caso di morte per qualunque causa;
- liquidazione di un capitale per infortuni professionali ed extra professionali;
- liquidazione di un capitale per invalidità permanente da malattia;
- liquidazione di diarie per inabilità temporanea da infortunio;
- liquidazione di diarie per inabilità temporanea da malattia.

La tipologia delle prestazioni a favore dei soci ordinari che siano lavoratori dipendenti o soci lavoratori è quella stabilita dagli accordi collettivi di lavoro o dai regolamenti aziendali ad essi applicabili.

I familiari dei soci ordinari possono ottenere l'estensione del diritto alle prestazioni a richiesta del socio medesimo, al quale unicamente compete tale facoltà.

I familiari non conseguono alcun diritto autonomo all'assistenza, né sono titolari di posizione propria alla CASSA. Essi sono ammessi a beneficiare delle prestazioni della Cassa su domanda dei soci ordinari e decadono dal diritto nel momento in cui cessa per i soci ordinari l'iscrizione alla Cassa.

Le prestazioni di cui al presente articolo sono garantite tramite la stipulazione di apposite convenzioni con primarie Compagnie di Assicurazione, le cui condizioni costituiscono parte integrante del Regolamento. Le modalità e i criteri di erogazione delle prestazioni sono quelli previsti dalle convenzioni assicurative.

- Art. 9 -

Per quanto non previsto dal presente Regolamento, il Consiglio di Amministrazione provvederà con apposite delibere alle opportune modificazioni o integrazioni della normativa regolamentare.

Allegato n. 4
(art. 6 del Contratto Integrativo Aziendale)

**Piano sanitario
Quadri direttivi
di 3° e 4° livello
di
UGF Banca S.p.A
Edizione 2011**

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NELLA POLIZZA

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Contraente

Il soggetto che stipula la polizza.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Società

Unisalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Infortunio

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

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

Malformazione

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

Massimale

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

Difetto fisico

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

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.

La Contraente

La Società
Un procuratore

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui Unisalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

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.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per prestazioni di pre e di post ricovero, per le quali si prevede comunque il rimborso a termini di polizza.

Intervento chirurgico ambulatoriale

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

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

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Franchigia

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

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

La Contraente

La Società
Un procuratore

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

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

Piano terapeutico (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Documento sottoscritto dall'Assicurato contenente l'insieme della 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.

Scheda anamnestica (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

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

La Contraente

La Società
Un procuratore

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

Sezione A) Ricovero, Specialistica e Protesi ortopediche/acustiche:

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio e malattia;
- protesi ortopediche e acustiche;
- prestazioni diagnostiche particolari (per il Quadro titolare);
- servizi di consulenza.

Sezione B) Dentarie e Lenti:

- odontoiatria/ortodonzia;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- lenti;

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

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

Le modalità di attuazione delle opzioni sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei Quadri Direttivi di 3° e 4° livello assunti a tempo indeterminato al termine del superamento del periodo di prova in forza presso l'azienda U.G.F Banca S.p.A., e dei relativi nuclei familiari fiscalmente a carico intendendo per tali il coniuge ed i figli per cui sia stata richiesta l'attivazione della presente copertura.

In proposito si precisa che:

- il figlio a carico non convivente è equiparato a quello a carico convivente risultante da stato di famiglia;
- il coniuge a carico non convivente è equiparato a quello a carico convivente risultante da stato di famiglia;

La Contraente

La Società
Un procuratore

- il convivente more uxorio – risultante dallo stato di famiglia e con reddito non superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico – è equiparato al coniuge fiscalmente a carico.

Qualora un dipendente decida di non aderire alla copertura nei termini annui previsti, non sarà più possibile per lui l'attivazione della stessa in un momento successivo.

La copertura può essere estesa con versamento del relativo premio a carico del dipendente: al coniuge fiscalmente non a carico o al convivente "more uxorio" con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, ai figli non fiscalmente a carico e ai genitori del dipendente, purché risultanti dallo stato di famiglia. In questo caso dovranno essere incluse tutte le persone come sopra indicate risultanti dallo stato di famiglia.

In proposito si precisa che il coniuge non a carico e non convivente – purché non legalmente separato – è equiparato al coniuge fiscalmente non a carico e convivente.

SEZIONE A) RICOVERO, SPECIALISTICA E PROTESI ORTOPEDICHE/ACUSTICHE

3. RICOVERO

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

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

a) Pre- ricovero

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

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.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di €. 207,00 al giorno.

e) Accompagnatore

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

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di €. 130,00 al giorno per un massimo di 30giorni per ricovero.

La Contraente

La Società
Un procuratore

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di €. 130,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; 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 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di €1.033,00 per ricovero.

3.3 DAY-HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

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

3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società 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", g) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

3.5 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

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

La Contraente

La Società
Un procuratore

3.6 PARTO E ABORTO

3.6.1 PARTO CESAREO

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

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 6.198,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

3.6.2 PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura 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 g) “Post-ricovero”, e 3.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 2.583,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

3.7 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.550,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

3.8 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”:

– lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;

punto 3.2 “Trasporto sanitario”;

punto 3.7 “Rimpatrio della salma”

La Contraente

La Società
Un procuratore

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:
punto 3.6 "Parto e aborto";
che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di €. 516,00 ad eccezione delle seguenti:

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

- lett. d) "Retta di degenza";
- lett. e) "Accompagnatore";
- lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto 3.2 "Trasporto sanitario";

punto 3.6 "Parto e aborto";

punto 3.7 "Rimpatrio della salma"

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

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.9 "Indennità Sostitutiva".

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

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

3.9 INDENNITÀ SOSTITUTIVA

Se l'Assicurato non richiede alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di €104,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

3.10 INDENNITÀ DI CONVALESCENZA

In casi di ricovero per Grande Intervento Chirurgico, intendendo per tali quelli contenuti nell'elenco allegato alla polizza, la Società assicura una diaria di convalescenza di €.52,00 giornaliera, con il massimo di 30 (trenta) giorni per anno assicurativo e per persona.

La convalescenza deve essere prescritta all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura e risultare da idonea certificazione, escludendo eventuali rinnovi.

Tale indennità verrà corrisposta solo nel caso la prescrizione iniziale sia superiore a 10 (dieci) giorni.

La Contraente

La Società
Un procuratore

3.11 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 130.000,00 per nucleo familiare.

(Nel caso di “grande intervento chirurgico”, intendendo per tali quelli contenuti nell’elenco allegato alla polizza, il massimale suindicato corrisponde €259.000,00).

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

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

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

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

La Contraente

La Società
Un procuratore

Accertamenti

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 10.330,00 per nucleo familiare.

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

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 51,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

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

5. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società 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.

La Contraente

La Società
Un procuratore

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 41,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

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

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

6. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO E MALATTIA

La Società liquida le spese sostenute per trattamenti fisioterapici e riabilitativi e per terapie antalgiche conseguenti a malattia e a infortunio nel limite di € 1.000,00 per anno e per nucleo familiare.

Per l'attivazione della garanzia, è necessario che i trattamenti vengano richiesti mediante prescrizione medica attestante la patologia o l'infortunio occorso.

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

In caso di utilizzo di strutture non convenzionate con la Società le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di € 77,00 per ogni ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'iscritto o un componente del nucleo familiare si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

7. PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di € 1033,00 per nucleo familiare.

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20% e con un minimo non indennizzabile di € 51,00 per fattura.

8. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (garanzia operante per il solo Quadro)

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di prevenzione effettuate in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

La Contraente

La Società
Un procuratore

Una volta l'anno

- Esame delle urine
- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione
- Glicemia
- Azotemia (urea)
- Colesterolo totale e colesterolo HDL
- Trigliceridi
- Gamma GT
- Aspartatoaminotransferasi (GOT)
- Alaninaminotransferasi (ALT)
- Ricerca del sangue occulto fecale
- PAP test
- Elettrocardiogramma di base

Una volta ogni due anni oltre quarant'anni

- Radiografia del torace (in due proiezioni)
- Mammografia bilaterale
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecodoppler tronchi sovraortici

9. SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-016699 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

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

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti .

La Contraente

La Società
Un procuratore

SEZIONE B) DENTARIE E LENTI

10. ODONTOIATRIA/ORTODONZIA

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni sotto indicate.

10.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ODONTOIATRICI

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

- ortopantomografia
- dentalscan
- tele cranio
- rx endorale

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

Nel caso di utilizzo di studi odontoiatrici e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società agli studi medesimi con l'applicazione di uno scoperto del 10% che dovrà essere versato dall'Assicurato allo studio convenzionato con la Società al momento dell'emissione della fattura.

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 100,00 per fattura.

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

10.2 CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE ED ALTRE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DIVERSE DA PROTESI E ORTODONZIA

La Società provvede al pagamento delle spese per cure odontoiatriche, terapie conservative o per altre prestazioni odontoiatriche diverse da protesi e ortodonzia.

In aggiunta a quanto previsto al punto 11 "Prestazioni odontoiatriche particolari", rientrano in garanzia eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche alle cure o alle terapie stesse.

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

La Contraente

La Società
Un procuratore

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 100,00 per fattura.

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

10.3 PROTESI ODONTOIATRICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie.

In aggiunta a quanto previsto al punto 11 "Prestazioni odontoiatriche particolari", rientrano in garanzia eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche all'applicazione delle protesi.

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

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il limite di €. 250,00 per elemento.

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

10.4 ORTODONZIA

La Società provvede al pagamento delle spese per prestazioni ortodontiche.

In aggiunta a quanto previsto al punto 11 "Prestazioni odontoiatriche particolari", rientrano in garanzia eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche alle prestazioni ortodontiche.

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

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura.

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

La Contraente

La Società
Un procuratore

10.5 MASSIMALE

In caso di copertura del singolo dipendente/titolare:

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

In caso di copertura di tutto il nucleo assicurato:

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.500,00, per nucleo assicurato.

Gli eventuali importi di spesa eccedenti i massimali annui assicurati dovranno essere versati dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.

11. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento di un sinistro costituito da una visita specialistica e da una seduta di igiene orale professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni 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. Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione

- 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;
- Visita specialistica odontoiatrica.

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

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Società provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

12. LENTI

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto, inclusa la montatura, nel limite annuo di €. 350,00 per nucleo familiare.

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

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

La Contraente

La Società
Un procuratore

13. PREMI

13.1 PREMIO per Dipendente e nucleo familiare fiscalmente a carico - Sezione A e Sezione B

Il premio annuo per il complesso delle prestazioni di cui alle Sezione A e B, comprensivo di oneri fiscali, corrisponde al seguente importo:

dipendente e nucleo familiare fiscalmente a carico come indicato al punto 2 “Persone assicurate”	€ 1.630,00
---	-------------------

13.2 PREMIO per i Familiari NON fiscalmente a carico - Sezione A

I premi annui per il complesso delle prestazioni di cui alla Sezione A, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

a) coniuge non fiscalmente a carico, o convivente “more uxorio” con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, secondo quanto previsto al punto 2 “Persone assicurate”	€ 310,00
b) ogni figlio non fiscalmente a carico purché presente nello stato di famiglia	€ 310,00
c) i genitori (del dipendente) purché presenti nello stato di famiglia	€ 806,00

L'attivazione delle opzioni a) e b) e c) comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari, intesi come sopra indicati, risultanti dallo stato di famiglia.

Le opzioni a) e b) e c) saranno attivate solo nel caso in cui aderisca un numero di nuclei familiari pari al 30% dei nuclei fiscalmente non a carico.

13.3 PREMIO per i Familiari NON fiscalmente a carico - Sezione B

I premi annui per il complesso delle prestazioni di cui alla Sezione B, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

a) coniuge non fiscalmente a carico, o convivente “more uxorio” con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, secondo quanto previsto al punto 2 “Persone assicurate”	€ 300,00
--	-----------------

La Contraente

La Società
Un procuratore

b) ogni figlio non fiscalmente a carico purché presente nello stato di famiglia	€ 100,00
c) i genitori (del dipendente) purché presenti nello stato di famiglia	€ 400,00

Solo i Familiari che hanno attivato le garanzie della Sezione A possono acquistare le garanzie della Sezione B.

L'attivazione delle opzioni a), b), c), comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari, intesi come sopra indicati, che abbiano attivato la sezione A

14 DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per i Quadri avrà effetto dalle ore 00.00 dell'1 giugno 2011 sia in forma rimborsuale che in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società.

La copertura per i familiari, qualora le schede di adesione dovessero pervenire alla società entro il 20 luglio 2011, avrà effetto in forma rimborsuale dalle ore 00.00 dell'1 giugno 2011 mentre in forma diretta, nelle strutture convenzionate con la Società, avrà effetto dalle ore 00.00 dell'1 settembre 2011.

Oltre il 20 luglio 2011 non potranno più verificarsi inclusioni di familiari già presenti all'interno del nucleo familiare assicurato fatto salvo quanto eventualmente previsto al successivo punto 15.

Per l'annualità 2011 si precisa che:

la garanzia "Dentarie e Lenti" decorrerà dal 1° giorno del mese successivo alla data di stipulazione del Contratto Integrativo Aziendale, sia per il dipendente sia per gli altri beneficiari cui erano già state stese le Prestazioni per l'annualità 2011;

L'estensione della garanzia "Dentarie e Lenti" ai componenti il nucleo familiare risultanti dallo stato di famiglia del dipendente potrà essere effettuata con decorrenza dal 1° giorno del mese successivo alla data di stipulazione del Contratto Integrativo Aziendale.

15 INCLUSIONI / ESCLUSIONI

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per i dipendenti, e per i loro relativi familiari, i quali non abbiano aderito alla stessa entro i termini di cui all'art. 2 "Persone assicurate", le movimentazioni all'interno della presente polizza sono regolate dai punti di seguito indicati.

1) Coniuge, convivente "more uxorio" con reddito non superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, e figli anche non conviventi, tutti fiscalmente a carico, con le modalità specifiche per il coniuge di cui all'art.2 "Persone assicurate"

La Contraente

La Società
Un procuratore

Per i dipendenti in servizio alla data di effetto del contratto, il coniuge, il convivente “more uxorio” con reddito non superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico e i figli anche non conviventi possono essere inclusi anche in un momento successivo al termine ultimo fissato per la consegna della scheda di adesione.

In questo caso la garanzia decorre dal giorno di effetto del contratto sempreché l’inclusione venga comunicata alla Società prima della fine dell’annualità assicurativa. Qualora la comunicazione non pervenga entro la scadenza dell’annualità assicurativa la garanzia decorrerà dal primo giorno dell’annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione.

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

2) Genitori, coniuge e figli fiscalmente non a carico, e convivente “more uxorio” con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, tutti risultanti dallo stato di famiglia, con le modalità specifiche per il coniuge di cui all’art.2 “Persone assicurate”

Per i dipendenti in servizio alla data di effetto del contratto, i genitori (del dipendente), il coniuge e i figli fiscalmente non a carico, o il convivente “more uxorio” con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, tutti risultanti dallo stato di famiglia, possono essere inclusi mediante pagamento del relativo premio ed invio dell’apposito modulo tassativamente entro la data del 20 luglio 2011; oltre detto termine, potranno essere inseriti esclusivamente i genitori (del dipendente) il coniuge e i figli fiscalmente non a carico o il convivente “more uxorio” con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, tutti risultanti dallo stato di famiglia di dipendenti neoassunti.

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

3) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia con le modalità specifiche per il coniuge di cui all’art.2 “Persone assicurate”

Per i dipendenti in garanzia alla data di effetto del contratto, l’inclusione di familiari come definiti al punto 2 “Persone assicurate” in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell’apposito modulo. Per i familiari per i quali è previsto il versamento di un premio aggiuntivo la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo premio; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell’avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società sempreché sia stato pagato il relativo premio. Per i familiari per i quali non è previsto il versamento di un premio aggiuntivo la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata prima della fine dell’annualità assicurativa; in caso contrario decorrerà dal primo giorno dell’annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione.

4) Inserimento di nuovi dipendenti in data successiva all’effetto di polizza con le modalità specifiche per il coniuge di cui all’art.2 “Persone assicurate”

La Contraente

La Società
Un procuratore

Le inclusioni di dipendenti in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni. La garanzia per il dipendente e i familiari indicati al punto 2 “Persone assicurate”, primo capoverso, decorre dal giorno dell’assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni. Qualora l’assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Qualora il dipendente intenda inserire l’eventuale coniuge o figli fiscalmente non a carico o il convivente “more uxorio” con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, e i genitori del dipendente, tutti se risultanti dallo stato di famiglia, dovrà includerli nella copertura all’atto dell’assunzione e non potrà inserirli successivamente. L’inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell’apposito modulo e pagamento del relativo premio.

5) Variazione del requisito di carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio

Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio, o di superamento relativamente al reddito del convivente “more –uxorio” dei limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, la garanzia cesserà dal momento di accadimento dell’evento e dovrà essere immediatamente comunicata alla Società; la copertura potrà essere mantenuta con versamento del premio per il coniuge o per il figlio fiscalmente non a carico, o per il convivente “more uxorio” con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, da parte del dipendente. Qualora il coniuge, il figlio o il convivente “more uxorio” con reddito superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico, non venga mantenuto nella garanzia dal momento della perdita del carico fiscale, non potrà più essere incluso successivamente. Nel caso di acquisizione, in corso di copertura, del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio, o di posizionamento della soglia di reddito del convivente “more-uxorio a un livello non superiore ai limiti di legge previsti per i familiari fiscalmente a carico ,la garanzia resterà comunque attiva per l’Assicurato interessato, mentre il relativo premio annuo pagato e non goduto per il periodo di tempo intercorrente tra la data di acquisizione del suddetto requisito e la prima scadenza utile di polizza verrà restituito all’Assicurato stesso al netto delle imposte.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste ai numeri 2,3,4,5 del presente punto, il premio da corrispondere all’atto dell’inserimento nella garanzia corrisponde a tanti trecentosessantesimi del premio annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione al termine del periodo assicurativo in corso.

6) Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l’ex-dipendente e gli eventuali familiari assicurati vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

7) Promozioni

Nel caso di promozione, la copertura per il dipendente e gli eventuali familiari assicurati, cessa dal giorno della promozione sempreché questa venga comunicata alla Società prima della prima scadenza di rata utile. Qualora la comunicazione non pervenga entro tale data la garanzia cesserà dal giorno successivo a quello di quietanzamento.

La Contraente

La Società
Un procuratore

8) Trasferimento di dipendenti tra Società appartenenti ad uno stesso Gruppo

Nel caso di trasferimento di un dipendente presso una azienda appartenente allo stesso gruppo per la quale valgano le stesse condizioni assicurative, l'ex-dipendente e gli eventuali familiari assicurati restano in copertura nella presente polizza sino alla prima scadenza annuale successiva.

A - CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

I premi devono essere pagati alla Società.

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

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

La polizza scade alle ore 00.00 dell'1 gennaio 2013.

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

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

A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

A.4 ONERI FISCALI

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

A.5 FORO COMPETENTE

A scelta della parte attrice, il foro competente è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede la Società.

A.6 TERMINI DI PRESCRIZIONE

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

A.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

La Contraente

La Società
Un procuratore

A.8 ALTRE ASSICURAZIONI

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

B - LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

15. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.
16. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
17. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
18. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
19. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
20. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
21. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
22. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
23. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
24. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
25. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
26. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
27. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
28. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

La Contraente

La Società
Un procuratore

Limitatamente alle prestazioni previste al punto 10. “Odontoiatria/Ortodonzia” l’assicurazione non è operante per:

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

B.3 LIMITI DI ETÀ

L’assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75 anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l’assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

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

C - SINISTRI

C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L’Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di Unisalute al numero verde gratuito **800-016699** (dall’estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l’Italia + 0516389046) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti **C.1.1** “Sinistri in strutture convenzionate con la Società”, **C.1.2** “Sinistri in strutture non convenzionate con la Società” o **C.1.3** “Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale”.

Qualora l’Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l’applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate ai punti **C.1.2** “Sinistri in strutture non convenzionate con la Società” e **3.8** “Modalità di erogazione delle prestazioni” **lett. b)**” Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società”.

C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

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

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

In caso di prestazione extraricovero l’Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Contraente

La Società
Un procuratore

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

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

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

C.1.2 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente alla sede della Società la documentazione necessaria:

modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale dei documenti di spesa, al fine di ottenere un rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità di cui al punto **3.8** "Modalità di erogazione delle prestazioni" **lett. b)** "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società", al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere certificato.

C.1.3 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti **C.1.1** "Sinistri in strutture convenzionate con la Società" o **C.1.2** "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale.

C.1.4 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

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

La Contraente

La Società
Un procuratore

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

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

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

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

C.2 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Per eventuali controversie che dovessero insorgere fra le Parti in ordine all'interpretazione, all'applicazione ed all'esecuzione del presente contratto, potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale irrituale composto da tre Arbitri.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Presidente del Tribunale del luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale si riunirà nel comune in cui ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

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

La Contraente

La Società
Un procuratore

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare e del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

La Contraente

La Società
Un procuratore

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

La Contraente

La Società
Un procuratore

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

La Contraente

La Società
Un procuratore

Allegato n. 5
(art. 7 del Contratto Integrativo Aziendale)

UNISALUTE

**Piano sanitario
dipendenti UGF Banca
in quiescenza**

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NELLA POLIZZA

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Contraente

Il soggetto che stipula la polizza.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Società

Unisalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Infortunio

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

Malattia

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

Malformazione

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

Massimale

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

Difetto fisico

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

Questionario sanitario

Documento contenente le informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medesimo o dalla persona che esercita la patria potestà, che costituisce parte integrante della polizza.

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.

La Contraente

La Società
Un procuratore

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui Unisalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero per Grande Intervento Chirurgico, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per prestazioni di pre e di post ricovero, per le quali si prevede comunque il rimborso a termini di polizza.

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.

Sinistro

Il verificarsi del ricovero in Istituto di Cura o della degenza in day hospital o dell'intervento chirurgico in ambulatorio, nonché delle altre prestazioni mediche garantite dal contratto assicurativo, reso necessario da malattia, infortunio e parto.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Franchigia

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

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

La Contraente

La Società
Un procuratore

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

- ricovero in Istituto di cura reso necessario da Grande Intervento Chirurgico (intendendosi per tali quelli contenuti nell'elenco allegato);
- cure oncologiche;
- servizi di consulenza.

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

a) **Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società**

b) **Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società**

c) **Servizio Sanitario Nazionale**

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

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione può essere attivata dei dipendenti in quiescenza di Unipol Banca il cui collocamento in quiescenza abbia avuto luogo in data successiva all'1/1/2009.

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI MALATTIA O DI INFORTUNIO

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

a) Pre- ricovero

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

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

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

c) Assistenza medica, medicinali, cure

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

La Contraente

La Società
Un procuratore

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di €. 200,00 al giorno compreso il caso di ricovero in terapia intensiva.

e) Accompagnatore

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

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di €. 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di €. 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

3.2 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di €1.000,00 per ricovero.

3.3 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA O DI INFORTUNIO

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico a seguito di malattia o di infortunio" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

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

3.4 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.500,00 peranno assicurativo e per persona..

3.5 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

La Contraente

La Società
Un procuratore

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 “Ricovero in istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico a seguito di malattia o di infortunio”:

– lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;

punto 3.2 “Trasporto sanitario”;

punto 3.4 “Rimpatrio della salma”

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

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all’Assicurato con uno scoperto del 25%, con il minimo non indennizzabile di €. 1.000,00 ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 “Ricovero in Istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico a seguito di malattia o di infortunio”:

– lett. d) “Retta di degenza”;

– lett. e) “Accompagnatore”;

– lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;

punto 3.2 “Trasporto sanitario”;

punto 3.4 “Rimpatrio della salma”

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

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

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

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

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell’Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati” o b) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società”.

3.6 INDENNITÀ SOSTITUTIVA

La Contraente

La Società
Un procuratore

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, ferma restando la possibilità di richiedere il rimborso per le spese di pre e post ricovero con le modalità di cui ai punti 3.1 "Ricovero in istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico a seguito di malattia o di infortunio" lett. a) Pre- ricovero e lett. g) Post ricovero, avrà diritto a un'indennità di €. 80,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero. Le spese relative alle garanzie di pre e post ricovero in questo caso vengono prestate senza l'applicazione di eventuali limiti previsti al punto 3.5 "Modalità di erogazione delle prestazioni" ed assoggettate ad un massimale annuo per nucleo familiare pari a €. 2.000,00.

3.7 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO PER MALATTIA O PER INFORTUNIO

La Società, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di polizza, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, tendente al recupero della funzionalità fisica. La Società concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

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

3.8 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 75.000,00 per persona.

4. CURE ONCOLOGICHE

Nei casi di malattie oncologiche la Società liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (se non effettuate in regime di ricovero o day hospital), con massimale autonomo.

Si intendono inclusi in garanzia le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie (anche farmacologiche).

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 30%.

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

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

La Contraente

La Società
Un procuratore

5. SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-016699 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

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

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

6. PREMIO ANNUO

Il premio annuo per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivo di oneri fiscali, corrisponde a € 200 per ogni dipendente in quiescenza.

7. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per i dipendenti in quiescenza avrà effetto dalle ore 24.00 del 31/12/2011 sia in forma rimborsuale sia in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società.

8. INCLUSIONI

Le inclusioni di dipendenti in quiescenza potranno avvenire al momento dell'attivazione della garanzia, con le modalità indicate al punto 7 "Decorrenza e attivazione della copertura".

Relativamente alle annualità successive alla data di effetto della copertura, le inclusioni, ferme le modalità sopraindicate, verranno effettuate contestualmente alla scadenza annua ed esclusivamente per dipendenti collocati in quiescenza nell'annualità precedente.

A - CONDIZIONI GENERALI

La Contraente

La Società
Un procuratore

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

I premi devono essere pagati alla Società.

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

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

La polizza ha durata annuale e scade alle ore 24 del 31/12/2012. In mancanza di disdetta, l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno.

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

A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

A.4 ONERI FISCALI

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

A.5 FORO COMPETENTE

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

A.6 TERMINI DI PRESCRIZIONE

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

A.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

A.8 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o reticenti dell'Assicurato rese in sede di compilazione del questionario sanitario, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita automatica totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 c.c.

La Contraente

La Società
Un procuratore

A.9 ALTRE ASSICURAZIONI

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

B - LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

- 29.le conseguenze dirette di infortuni nonché le malattie, le malformazioni o i difetti fisici e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto, sottaciuti dall'Assicurato alla Società;
- 30.le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
- 31.la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 32.le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- 33.le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- 34.i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- 35.gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- 36.i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- 37.gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- 38.il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 39.gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- 40.gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;

La Contraente

La Società
Un procuratore

- 41.le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- 42.le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- 43.le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

B.3 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° anno dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte dell'Assicurato.

C - SINISTRI

C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di Unisalute al numero verde gratuito 800-016699 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389046) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti C.1.1 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società", C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o C.1.3 "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate ai punti C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e 3.5 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b)" Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società".

C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

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

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

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

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

La Contraente

La Società
Un procuratore

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

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

C.1.2 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente alla sede della Società la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di ricovero(*), copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale(*), copia completa della documentazione clinica, conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, 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 / intervento chirurgico ambulatoriale, ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

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

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

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

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità di cui al punto 3.5 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società", al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

La Contraente

La Società
Un procuratore

C.1.3 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti C.1.1 “Sinistri in strutture convenzionate con la Società” o C.1.2 “Sinistri in strutture non convenzionate con la Società”.

Nel caso di richiesta di corresponsione dell’indennità sostitutiva, l’Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all’originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.

C.1.4 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

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

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

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

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

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

C.2 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Per eventuali controversie che dovessero insorgere fra le Parti in ordine all’interpretazione, all’applicazione ed all’esecuzione del presente contratto, potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale irrituale composto da tre Arbitri.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Presidente del Tribunale del luogo di residenza dell’Assicurato.

Il Collegio Arbitrale si riunirà nel comune in cui ha sede l’Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell’Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l’Arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo Arbitro 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.

La Contraente

La Società
Un procuratore

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di corpectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatici
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti