

Guida al Piano sanitario

CA Italia, CA Group Solutions e Calit
Personale Dipendente

Edizione 2024

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

www.unisalute.it

24h su 24, 365 giorni l'anno

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

**Numero Verde
800-822449**

**dall'estero: prefisso per l'Italia
+ 051.63.89.046**

orari:

8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

I servizi UniSalute sempre con te!

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

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

1. SOMMARIO

1.	SOMMARIO.....	3
2.	BENVENUTO.....	5
3.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	5
3.1.	Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	5
3.2.	Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	6
3.3.	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	8
4.	SERVIZI ONLINE E MOBILE.....	8
4.1.	Il sito di UniSalute	8
4.1.1.	Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?	8
4.1.2.	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	9
4.1.3.	Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	10
4.1.4.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	10
4.1.5.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	11
4.1.6.	Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario?	11
4.1.7.	Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?	11
4.1.8.	Come posso ottenere pareri medici?	11
4.2.	L'app di UniSalute	12
4.2.1.	Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	12
4.2.2.	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	13
4.2.3.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	13
4.2.4.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	14
5.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	14
6.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	15
6.1	Ricovero in istituto di cura	17
6.1.1	Day-hospital	20
6.1.2	Intervento chirurgico ambulatoriale	21
6.1.3	Interventi per la correzione dei vizi rifrazione	21
6.1.4	Trapianti	22
6.1.5	Parto e aborto terapeutico e spontaneo	22
6.1.6	Rimpatrio della salma	23
6.1.7	Indennità sostitutiva	23
6.1.8	Anticipo indennizzi	23
6.1.9	Il limite di spesa annuo dell'area ricovero	24
6.2	Copertura degli ulteriori eventi sopraggiunti rispetto a quanto autorizzato dalla compagnia	24
6.3	Prestazioni di alta specializzazione	24
6.4	Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	25
6.5	Indennità recupero tossicodipendenti	29
6.6	Cure e protesi dentarie	29
6.7	Trattamenti fisioterapici riabilitativi	30
6.8	Check Up/Test sierologici	31
6.9	Sindrome metabolica	33
6.10	Diagnosi comparativa	34
6.11	Invaldità permanente da malattia (copertura valida per il solo dipendente)	36
6.12	Servizi di consulenza	39
7.	CONTRIBUTI.....	40

8.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	40
9.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	41
9.1.	Inclusioni/esclusioni	41
9.2.	Validità territoriale	42
9.3.	Limiti di età	43
9.4.	Gestione dei documenti di spesa	43
9.5.	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	44
9.6.	Foro competente	44
9.7.	Reclami	44
10.	ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	50
11.	ELENCO GRAVI MALATTIE.....	54

2. BENVENUTO

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

I servizi online offerti da UniSalute

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

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

3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

3.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute

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

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

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

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

Prenotazione veloce

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

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

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

Importante

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

3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute

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

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

Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a Internet invia copia della documentazione esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite

corriere) a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.

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

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

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

- in caso di **prestazioni extra ricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;
- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

Per una corretta valutazione della richiesta di rimborso, UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali.

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

3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

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

Richiesta rimborso online

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

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

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

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

4.1. Il sito di UniSalute

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

- **prenotare** presso le strutture convenzionate visite ed esami non connessi ad un ricovero e **ricevere velocemente la conferma dell'appuntamento**;
- **verificare e aggiornare** i tuoi **dati** e le tue **coordinate bancarie**;
- chiedere i **rimborsi delle prestazioni** e **inviare la documentazione direttamente dal sito (upload)**;
- visualizzare l'**estratto conto** con lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso;
- consultare le **prestazioni** del proprio **Piano sanitario**;
- consultare l'elenco delle **strutture sanitarie convenzionate**;
- ottenere **pareri medici**.

4.1.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per

accedere ai servizi nell'Area clienti?

È semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata alla Registrazione Clienti sul sito UniSalute.

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

Nella home page del sito www.unisalute.it accedi alla funzione "Registrati" e compila la maschera con i dati richiesti.

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

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

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?

Basta cliccare sul bottone "Non ricordi password?" sulla home page e inserire i dati richiesti. Procederemo a inviarti all'indirizzo e-mail indicato le credenziali di accesso al sito.

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

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

Accedi all'area clienti e accedi **alla funzione "Prenotazione"**.

In base alle tue esigenze puoi:

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

Prenotazione veloce

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

4.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Entra nell'Area clienti e **accedi all'area "Aggiorna dati"**. In base alle tue esigenze puoi:

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

Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

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

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

Entra nell'Area clienti, accedi alla sezione **"Rimborsi"** e seleziona la funzione di interesse.

Richiesta rimborso online

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.1.7. Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?

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

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

4.1.8. Come posso ottenere pareri medici?

Nell'Area clienti hai a disposizione la funzione "il medico risponde", attraverso la quale puoi ottenere pareri medici online, direttamente sulla tua mail. Se hai dubbi che riguardano la tua salute e vuoi un parere

medico da uno specialista questo è il posto giusto per parlare di cure, per richiedere consigli e affrontare problemi e incertezze sul tuo benessere. Entra ed invia le tue domande ai nostri medici. Ti risponderanno via e-mail, nel più breve tempo possibile. Le risposte alle domande più interessanti e sui temi di maggiore interesse vengono pubblicate sul sito a disposizione dei clienti rispettando il più assoluto anonimato.

4.2. L'app di UniSalute

Con **Unisalute Up**, la nuovissima app di UniSalute, puoi:

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

4.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

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

Una volta scaricata puoi registrarti in pochi semplici passi.
Se sei già registrato sul sito www.unisalute.it puoi utilizzare le stesse credenziali di accesso!

UniSalute PER TE

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

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

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

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

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

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

Tieni monitorati tutti i tuoi appuntamenti!

Nella sezione APPUNTAMENTI puoi visualizzare l'agenda con i tuoi prossimi appuntamenti per le prestazioni sanitarie prenotate. Potrai modificarli o disdirli direttamente da qui!

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

Puoi richiedere tramite l'app i rimborsi per le prestazioni sanitarie sostenute semplicemente caricando la foto delle fatture e dei

documenti richiesti in tre semplici step.

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

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

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

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

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

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

Integra la documentazione mancante

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

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

5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano sanitario è prestato a favore:

a) di tutti i dipendenti di Crédit Agricole Italia, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia e Crédit Agricole Group Solutions e degli aderenti al Fondo di Solidarietà delle predette Società;

- b) dei relativi familiari fiscalmente a carico, limitatamente al coniuge/unito civilmente o al convivente "more uxorio" e ai figli purché conviventi e risultanti dal certificato di "Stato di Famiglia" rilasciato dall'Anagrafe del Comune di residenza;
- c) dei figli di coniugi separati, anche se non conviventi, ma fiscalmente a carico;
- d) dei figli fiscalmente a carico, ma con diversa residenza sino all'età massima di 26 anni;
- e) del coniuge non legalmente separato/unito civilmente, fiscalmente a carico, ma con diversa residenza.

Con contributo a carico del titolare posso essere inseriti in copertura i seguenti altri soggetti:

1. i familiari non fiscalmente a carico, limitatamente al coniuge/unito civilmente o al convivente "more uxorio" e ai figli purché conviventi e risultanti dal certificato di "Stato di Famiglia";
2. il coniuge non legalmente separato/unito civilmente, non fiscalmente a carico, ma con diversa residenza.

Il Piano sanitario si intende valido:

- durante il permanere del rapporto di lavoro dipendente di Crédit Agricole Italia, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia e Crédit Agricole Group Solutions e degli aderenti al Fondo di Solidarietà delle predette Società e fino alla scadenza annua dell'assicurazione dopo la cessazione del rapporto stesso;
- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli Iscritti, nonché dalle malattie pregresse recidivanti senza possibilità per l'Impresa di escludere i soggetti malati o affetti da difetti fisici o mutilazioni rilevanti. A tale fine l'Impresa formula espressa rinuncia ad avvalersi degli artt. 1892, 1893 e 1898 del C.C.

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante a seguito di infortunio o malattia, intendendosi per tali anche:

- gli infortuni conseguenti a stato di malore, incoscienza, vertigini,

purché non cagionati da abuso di alcool, di psicofarmaci, di sostanze stupefacenti o allucinogene;

- gli infortuni conseguenti a fenomeni naturali, compresi i movimenti tellurici, i maremoti, le eruzioni vulcaniche, le alluvioni, le frane, le valanghe, le slavine;
- l'asfissia involontaria provocata da fughe di gas, vapori o esalazioni velenose, l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, l'occlusione delle vie respiratorie, l'improvviso contatto con corrosivi;
- gli avvelenamenti o le tossinfezioni, cagionati dall'ingestione di cibi, bevande o altre sostanze avariate o adulterate;
- le infezioni (esclusi il carbonchio e la malaria), gli avvelenamenti da morsi di animali, le punture di insetti;
- i colpi di sole o di calore;
- gli infortuni derivanti da azioni delittuose, terroristiche, vandalistiche, tumulti popolari, sommosse, azioni di dirottamento o pirateria, a condizione che la persona iscritta non vi abbia volontariamente preso parte attiva.

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto durante l'operatività del Piano stesso per le seguenti coperture:

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- prestazioni extra ospedaliere;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- indennità recupero tossicodipendenti;
- cure e protesi dentarie;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi;
- check up/test sierologici;
- sindrome metabolica;
- diagnosi comparativa;
- invalidità permanente da malattia (garanzia valida per il solo dipendente);
- servizi di consulenza.

6.1 Ricovero in istituto di cura

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Qualora l'Isritto venga ricoverato per effettuare cure mediche o chirurgiche può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	le spese per l'assistenza medica e infermieristica, cure, medicazioni, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami, accertamenti diagnostici (ivi compresi gli onorari medici) e visite mediche sostenute nei 120 giorni precedenti il ricovero o l'intervento ambulatoriale. La presente copertura è prestata esclusivamente a regime rimborsuale.
Intervento chirurgico	gli onorari dei medici, del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, i diritti di sala operatoria e il materiale d'intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici e le endoprotesi);
Assistenza medica, medicinali, cure	le spese per esami, gli accertamenti diagnostici, le cure, i trattamenti fisioterapici rieducativi e i medicinali durante il periodo di ricovero o di degenza, sempre che siano rese indispensabili dall'evento considerato;
Rette di degenza	le spese per retta di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente)
Accompagnatore	le spese per il vitto e il pernottamento in Istituto di Cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Isritto con il limite giornaliero di € 52,00 e per un massimo di giorni 30 per anno associativo e per nucleo familiare

Assistenza infermieristica domiciliare	Le spese per assistenza infermieristica domiciliare, con il limite di € 26,00 giornalieri per un massimo di 15 giorni per anno associativo e per nucleo familiare
Post-ricovero	le spese per esami, accertamenti diagnostici (ivi compresi gli onorari medici), visite mediche, medicazioni trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere) sostenute nei 120 giorni successivi al termine del ricovero, od alla data dell'intervento ambulatoriale, sempre che siano rese indispensabili dall'evento considerato. Nonché le spese fisioterapiche sostenute nei 120 giorni successivi e rese necessarie da ingessature applicate a seguito di infortunio ed effettuate presso un Pronto Soccorso del Servizio Sanitario Nazionale, anche in assenza di ricovero ospedaliero (la presente estensione non è valida per ingessature effettuate in strutture sanitarie private)
Trasporto sanitario	Il Piano sanitario rimborsa le spese di trasporto, in caso di ricovero in Italia, con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato a e da l'Istituto di cura e da un Istituto di cura all'altro, entro il limite annuo di € 5.000,00 per nucleo familiare. In caso di ricovero con intervento chirurgico avvenuto all'estero, verranno rimborsate, sempre entro il limite di cui sopra, le spese di trasporto effettuate con qualsiasi mezzo, purché di linea, limitatamente al viaggio di andata e ritorno connesso al ricovero (per ricovero con intervento chirurgico all'estero, in caso di utilizzo di autovettura privata, l'Impresa liquiderà un importo pari al costo del biglietto ferroviario di seconda classe).

- In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con

UniSalute ed effettuate da medici convenzionati

ANNUALITÀ 2024 (nessuna modifica rispetto alla scorsa edizione):

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Iscritto, ad eccezione delle coperture "Pre-ricovero" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

ANNUALITÀ 2025:

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con applicazione di uno scoperto del **10%**, e con il massimo scoperto fissato in **€ 5.000,00**, ad eccezione delle coperture "Pre-ricovero" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti. (Si ritengono esclusi i ricoveri relativi ai Grandi Interventi e alle Gravi Malattie elencati in polizza per i quali non viene applicata nessuna franchigia né scoperto).

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le prestazioni vengono rimborsate nella misura dell'**90%** con il minimo non indennizzabile di **€ 413,00** e un massimo non indennizzabile di **€ 2.066,00**, ad eccezione delle prestazioni ai punti "Pre ricovero" e "Post ricovero" che vengono rimborsate con la sola applicazione dello scoperto del 10%.

➔ Nel caso di ***intervento chirurgico ambulatoriale*** le prestazioni vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con un minimo non indennizzabile di **€ 40,00**, fermo il resto.

➔ Nel caso di ***grandi interventi chirurgici o gravi malattie*** le prestazioni vengono rimborsate senza applicazione di scoperti o franchigie.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici non convenzionati**

ANNUALITÀ 2024 (nessuna modifica rispetto alla scorsa edizione):

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture convenzionate per quanto concerne le spese previste e sostenute durante il ricovero e rimborserà, all'Iscritto, le spese sostenute e documentate per le prestazioni dell'équipe operatoria non convenzionata con l'applicazione di uno scoperto del **10%**, con un minimo non indennizzabile di **€ 413,00** e un massimo non indennizzabile di **€ 2.066,00**, ad eccezione delle coperture **“Pre-ricovero” e “Post ricovero” che vengono rimborsate con la sola applicazione dello scoperto del 10%.**

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici non convenzionati**

ANNUALITÀ 2025:

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture convenzionate per quanto concerne le spese previste e sostenute durante il ricovero, con applicazione di uno scoperto del **10%**, e con il massimo scoperto fissato in **€ 5.000,00** e rimborserà, all'Iscritto, le spese sostenute e documentate per le prestazioni dell'équipe operatoria non convenzionata con l'applicazione di uno scoperto del **10%**, con un minimo non indennizzabile di **€ 413,00** e un massimo non indennizzabile di **€ 2.066,00**, ad eccezione delle coperture **“Pre-ricovero” e “Post ricovero” che vengono rimborsate con la sola applicazione dello scoperto del 10%.**

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente, nei limiti previsti ai diversi punti, le eventuali spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari rimasti a carico dell'Iscritto durante il ricovero. In questo caso, però, l'Iscritto non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva.

6.1.1 Day-hospital

Nel caso di day-hospital (degenze diurne in Istituto di cura che non prevedono il pernottamento nella struttura sanitaria), il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al paragrafo “Ricovero in istituto di cura” e “Trasporto sanitario” con i relativi limiti in essi indicati.

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

6.1.2 Intervento chirurgico ambulatoriale

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al paragrafo “Ricovero in istituto di cura”.

6.1.3 Interventi per la correzione dei vizi rifrazione

Limitatamente al dipendente/aderente a Crédit Agricole Italia, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia e Crédit Agricole Group Solutions e degli aderenti al Fondo di Solidarietà delle predette Società, UniSalute rimborserà il costo degli interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute**

Le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse entro il limite di spesa di **€ 1.000,00** per occhio.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell’**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 40,00** e comunque entro il limite di spesa di **€ 1.000,00 ad occhio**. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l’Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata. Nel costo del suddetto intervento sono comunque comprese le spese per la visita specialistica antecedente e per quella

successiva all'intervento stesso, le cui fatture devono essere presentate contestualmente a quella dell'intervento.

➤ **Per la presente prestazione non sono rimborsabili i ticket del Servizio Sanitario Nazionale.**

6.1.4 Trapianti

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

Nel caso di donazione da vivente, il Piano sanitario copre 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.

6.1.5 Parto e aborto terapeutico e spontaneo

In caso di parto, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al paragrafo "Ricovero in Istituto di cura", comprese le spese per l'assistenza del neonato durante la degenza e le spese di cura di malattia da gravidanza e puerperio durante la degenza.

Il Piano prevede inoltre il rimborso delle spese sostenute per il corso di preparazione al parto, fino a un massimo di **€ 517,00** per anno associativo e per nucleo familiare.

In caso di parto cesareo, la copertura è prestata fino ad un massimo di **€ 7.747,00** per anno associativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.

In caso di parto non cesareo, la copertura è prestata fino ad un massimo di **€ 2.583,00** per anno associativo e per nucleo familiare, sia

in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.

In alternativa l'Iscritto può richiedere, sia che il ricovero sia avvenuto in una struttura convenzionata sia che sia avvenuto con il S.S.N., il riconoscimento di un'indennità di **€ 65,00 al giorno a partire dalla terza notte di ricovero** (ai fini del computo delle giornate di ricovero si considera il giorno di ingresso e di uscita una sola giornata).

6.1.6 Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero, il Piano sanitario rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di **€ 3.000,00** per anno associativo e per nucleo familiare.

6.1.7 Indennità sostitutiva

L'Iscritto, in caso di ricovero presso strutture del S.S.N., - ferma restando la possibilità di richiedere e ottenere il rimborso delle prestazioni di pre e post ricovero, dell'accompagnatore, del trasporto sanitario, del rimpatrio della salma e dell'assistenza infermieristica domiciliare secondo quanto indicato al punto "Ricovero in Istituto di cura" - avrà diritto a un'indennità di **€ 65,00** per ogni giorno di ricovero a partire dalla terza notte di degenza, per un periodo non superiore a **300** giorni per anno associativo e per nucleo familiare. Ai fini del computo delle giornate di ricovero si considera il giorno di ingresso e di uscita una sola giornata.

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

- In caso di più accessi consecutivi a regime di day hospital, l'indennità sarà riconosciuta a conclusione di ogni ciclo di terapia a partire dal 3° giorno di day hospital.

6.1.8 Anticipo indennizzi

Nei casi di ricovero per i quali l'Istituto di Cura richieda il pagamento di un anticipo, l'Impresa corrisponderà - su richiesta dell'Iscritto l'importo concordato a tale titolo entro l'80% della somma richiesta, salvo conguaglio a cure ultimate. Il pagamento dell'anticipo avverrà entro 8 giorni dalla data di richiesta dell'Iscritto all' Impresa.

6.1.9 Il limite di spesa annuo dell'area ricovero

Con limite di spesa annuo si intende una cifra oltre la quale il Piano sanitario o una sua parte non possono rimborsare. Il Piano sanitario prevede quindi un limite di spesa annuo che ammonta a **€ 300.000,00** per anno associativo e per nucleo familiare. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di vedersi liquidati o rimborsati ulteriori importi.

6.2 Copertura degli ulteriori eventi sopraggiunti rispetto a quanto autorizzato dalla compagnia

Si precisa che rientrano in copertura gli ulteriori interventi sopraggiunti/concomitanti rispetto a quanto autorizzato dalla Società e che dovessero rendersi necessari/opportuni in occasione di operazioni/accertamenti diagnostici.

In particolare, qualora gli ulteriori interventi sopraggiunti/concomitanti fossero effettuati nella medesima seduta operatoria ed attraverso la medesima via d'accesso, saranno considerati compresi nel sub-limite o plafond presente in copertura, relativo all'evento principale precedentemente autorizzato dalla Società, ove previsti; gli ulteriori interventi sopraggiunti/concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso saranno **rimborsati al 50% in misura proporzionale alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.**

6.3 Prestazioni di alta specializzazione

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni specialistiche extraospedaliere sottoelencate, purché pertinenti a un

infortunio o a una malattia:

- Cobaltoterapia
- Chemioterapia
- Laserterapia a scopo riabilitativo (esclusa laserterapia chirurgica)
- Dialisi
- Radioterapia
- Trattamento HiFu
- Ablatermia

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 40,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 4.165,00 per nucleo familiare.

6.4 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni specialistiche, ambulatoriali e domiciliari, purché pertinenti a una malattia o a un infortunio:

1. onorari dei medici conseguenti a visite specialistiche;
2. onorari dei medici per prestazioni specialistiche (escluse quelle odontoiatriche e ortodontiche);

3. analisi ed esami diagnostici;
4. cura delle malattie neoplastiche e del sangue;
5. cure dentarie e paraodontopatie rese necessarie da infortunio effettuate ambulatorialmente

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.

Relativamente alle prestazioni di cure dentarie e paraodontopatie, l'Isritto deve fare denuncia alla Società entro 48 ore dall'infortunio fornendo ampia prova ovvero copia del Certificato di Pronto Soccorso e dei referti degli accertamenti radiologici effettuati.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute e prestazioni effettuate da medici convenzionati**

ANNUALITÀ 2024 (nessuna modifica rispetto alla scorsa edizione):

Le prestazioni di cui ai punti 1, 2 e 3 vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 25,00** per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico, che dovrà essere versato dall'Isritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- Nel caso in cui durante l'effettuazione della visita in convenzione diretta il medico specialista ritenesse necessario effettuare un approfondimento diagnostico contestuale alla visita, la copertura della prestazione diagnostica aggiuntiva verrà prestata automaticamente in convenzione diretta, se in copertura col Piano e nei limiti previsti dallo stesso, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 25,00** per accertamento.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute e prestazioni effettuate da medici convenzionati**

ANNUALITÀ 2025:

Le prestazioni di cui ai punti 1, 2 e 3 vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 35,00** per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico, che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- Nel caso in cui durante l'effettuazione della visita in convenzione diretta il medico specialista ritenesse necessario effettuare un approfondimento diagnostico contestuale alla visita, la copertura della prestazione diagnostica aggiuntiva verrà prestata automaticamente in convenzione diretta, se in copertura col Piano e nei limiti previsti dallo stesso, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 35,00** per accertamento.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

ANNUALITÀ 2024 (nessuna modifica rispetto alla scorsa edizione):

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 40,00** per ogni prestazione prevista ai punti 1, 3, 4 e 5. Per quanto concerne le prestazioni previste al punto 2, i limiti sopra indicati si applicano cumulativamente sino ad un massimo di cinque prestazioni specialistiche all'anno per nucleo familiare, sempreché l'Iscritto invii le richieste di rimborso delle spese sostenute in un'unica soluzione. Le successive richieste di rimborso saranno gestite con l'applicazione dello scoperto e del minimo non indennizzabile per ogni prestazione.

Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Iscritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- Nel caso più prestazioni siano elencate su un'unica fattura le stesse verranno liquidate come se fossero un'unica prestazione nel caso in cui si tratti di una delle seguenti:
 - Visita urologica + ecografia

- Visita ginecologica + ecografia + pap-test
- Visita cardiologica + elettrocardiogramma + ecocardiogramma + ecocolordoppler
- Visita senologica + mammografia + ecografia

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

ANNUALITÀ 2025:

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per ogni prestazione prevista ai punti 1, 3, 4 e 5. Per quanto concerne le prestazioni previste al punto 2, i limiti sopra indicati si applicano cumulativamente sino ad un massimo di cinque prestazioni specialistiche all'anno per nucleo familiare, sempreché l'Iscritto invii le richieste di rimborso delle spese sostenute in un'unica soluzione. Le successive richieste di rimborso saranno gestite con l'applicazione dello scoperto e del minimo non indennizzabile per ogni prestazione.

Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Iscritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- Nel caso più prestazioni siano elencate su un'unica fattura le stesse verranno liquidate come se fossero un'unica prestazione nel caso in cui si tratti di una delle seguenti:
 - Visita urologica + ecografia
 - Visita ginecologica + ecografia + pap-test
 - Visita cardiologica + elettrocardiogramma + ecocardiogramma + ecocolordoppler
 - Visita senologica + mammografia + ecografia

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- Il Piano sanitario prevede inoltre al rimborso, **nel limite di spesa**

annuo di € 1.000,00 per nucleo familiare, delle **prestazioni di amniocentesi e villocentesi o test di screening prenatale “Harmony” con l’applicazione di uno scoperto del 30% e un minimo non indennizzabile di € 200,00 per esame.** Tale limite di spesa è da intendersi come aggiuntivo a quello sotto riportato valido per le prestazioni specialistiche previste al presente articolo.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 6.165,00 per nucleo familiare.

6.5 Indennità recupero tossicodipendenti

Qualora nel periodo di validità del Piano sanitario, uno o più componenti del nucleo familiare iscritto (di età inferiore a 14 anni al momento della stipulazione del Piano stesso e immuni da tossicodipendenza a tale data) vengano colpiti da intossicazione da stupefacenti, UniSalute si obbliga a corrispondere all’Iscritto, dopo un ricovero continuativo presso una Comunità Terapeutica riconosciuta dalle Regioni o dai Comuni, un’**indennità annua di € 775,00** per nucleo familiare.

Tale indennità di ricovero verrà versata, su presentazione di apposita dichiarazione della Comunità Terapeutica che comprovi il compimento del programma terapeutico individualizzato predisposto dalla Comunità stessa e, comunque, al compimento del biennio dall’inizio comprovato del ricovero continuativo in caso di maggior durata del programma.

6.6 Cure e protesi dentarie

L’Impresa rimborsa le spese per cure e protesi dentarie (ortodontiche ed odontoiatriche), fino alla concorrenza di un limite di spesa unico per l’insieme di tutti gli iscritti alla presente copertura, compresi i familiari fiscalmente non a carico a cui è stata estesa la medesima copertura.

Il limite di spesa annuo per la presente copertura sarà pari a **€ 460.000,00** ed il rimborso avverrà con le seguenti modalità:

- ogni nucleo familiare dovrà presentare un'unica richiesta di risarcimento (sinistro) entro il 05/01 dell'anno successivo a quello di competenza delle spese sostenute. La documentazione di spesa, sia relativa al dipendente che ai familiari, dovrà essere inviata in un'unica soluzione tramite raccomandata con ricevuta di ritorno oppure con upload sul portale dedicato.
- non verranno considerate agli effetti del rimborso eventuali spese spedite o caricate a sistema dopo il 05/01 dell'anno successivo a quello di competenza.
- Il rimborso sarà effettuato, entro il **sotto limite di spesa di € 10.000,00** a evento/nucleo familiare, con l'applicazione di **un minimo non indennizzabile di € 1.500,00 per sinistro** ed uno **scoperto del 50%** e dell'importo rimanente.
- ogni nucleo familiare potrà usufruire di un'unica prestazione nel corso dell'anno assicurativo.
- per prestazioni che si ripetono nel corso del biennio, la percentuale di rimborso del 50% è valida per il primo anno e si ridurrà al 40% al secondo anno, sempre nell'ambito massimo di un solo rimborso annuo per nucleo.

Il rimborso delle prestazioni avverrà entro il 28 febbraio dell'anno successivo alla richiesta, con l'avvertenza che, qualora l'ammontare complessivo dei rimborsi dovesse superare il limite annuo globale previsto, i relativi indennizzi verranno ridotti in proporzione.

Nel caso non si esaurisca il limite di spesa nel corso dell'anno associativo, l'eccedenza andrà ad aumentare il limite di spesa per l'anno successivo; è data comunque facoltà alla Contraente, per gli anni successivi al primo, di rinunciare alla garanzia "Cure e protesi dentarie", richiedendo all'Impresa altre prestazioni da concordare a parità di costo.

6.7 Trattamenti fisioterapici riabilitativi

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di malattia o infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da

specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 100,00** per ciclo di terapia. L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia come sopra riportato.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 200,00** per ogni ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia come sopra riportato.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia come sopra riportato.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 800,00 per nucleo familiare.

6.8 Check Up/Test sierologici

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione

- Emocromo
- Glicemia
- Colesterolo parziale
- Colesterolo totale
- Trigliceridi
- FT3
- FT4
- TSH
- TRS
- Ferro
- TAS
- VES
- Esame delle urine completo
- Elettrocardiogramma a riposo o, in alternativa, il pap-test o il PSA

In alternativa al pacchetto di cui sopra, l'Iscritto può richiedere di effettuare un ciclo di test sierologici da eseguire su prelievo venoso per la misura di anticorpi IgA IgM e IgG anti SARS-CoV2.

Il pacchetto delle prestazioni di cui sopra può essere usufruito una sola volta l'anno per nucleo familiare, inteso come dipendente e nucleo fiscalmente a carico.

Nel caso in cui il dipendente abbia versato il contributo necessario a estendere la propria copertura ai famigliari non fiscalmente a carico, questi ultimi potranno a loro volta usufruire, una volta l'anno, delle prestazioni in elenco.

Rimane inteso che la prestazione sarà riservata a un solo componente tra dipendente e nucleo fiscalmente a carico e, nell'eventualità, un ulteriore componente tra i famigliari non

6.9 Sindrome metabolica

Per attivare la copertura l'Iscritto dovrà compilare il questionario raggiungibile cliccando su www.unisalute.it e “confermare il suo invio” a Unisalute.

La stessa provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all'Iscritto l'esito della valutazione tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Unisalute fornirà all'Iscritto, indipendentemente dallo stato risultante dal questionario alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

Unisalute comunicherà l'esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Iscritto verrà contattato da Unisalute (via email, sms o telefono) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Solo nel caso in cui l'Iscritto si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica “non conclamata”, poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, Unisalute provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

- colesterolo HDL;
- colesterolo totale;
- glicemia;
- trigliceridi.

Al fine di incentivare l'Isritto ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online personale in cui egli potrà registrare questi parametri.

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza della polizza, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito UniSalute.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Isritto attraverso le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle previste dal presente Piano sanitario, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui alla relativa copertura. Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle previste dal presente Piano sanitario, all'Isritto verrà fornito un servizio di "fax-assistito" che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate con Unisalute a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.

6.10 Diagnosi comparativa

Il Piano sanitario dà la possibilità all'Isritto di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto. Telefonando al numero verde della Centrale Operativa UniSalute **800-822449**, l'Isritto verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

Unisalute mette a disposizione dell'Isritto i seguenti servizi:

- **Consulenza Internazionale.** UniSalute rilascerà all'Isritto un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Best Doctors e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione sanitaria richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
- **Trova Il Medico.** UniSalute, attraverso Best Doctors, metterà in contatto l'Isritto con un massimo di tre specialisti scelti tra i più

qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Best Doctors ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Iscritto.

- **Trova la Miglior Cura.** Qualora l'Iscritto intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UniSalute, la stessa, attraverso Best Doctors, provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell'Iscritto laddove necessario. Best Doctors supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors consentirà all'Iscritto di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

L'insieme delle prestazioni sopraindicate è fornito esclusivamente per le seguenti patologie:

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Perdita della vista
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Infarto
- Ictus
- Ustioni Gravi

Per l'attivazione della copertura, l'Iscritto dovrà contattare UniSalute e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata da Unisalute, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

6.11 Invalidità permanente da malattia (copertura valida per il solo dipendente)

Limitatamente ai soli dipendenti/aderenti a Crédit Agricole Italia, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia e Crédit Agricole Group Solutions e degli aderenti al Fondo di Solidarietà delle predette Società, la copertura di cui al presente punto si intende prestata anche per il caso di invalidità permanente conseguente a malattia, purché manifestatasi dopo l'effetto del presente Piano e comunque non oltre un anno dalla cessazione della copertura associativa.

La quota riconosciuta per ciascun dipendente è determinata in 77.500,00 Euro.

È considerata invalidità permanente la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità lavorativa generica dell'Iscritto ad un qualsiasi lavoro proficuo.

Verranno indennizzate le sole invalidità permanenti che abbiano comportato la perdita definitiva del rapporto di lavoro dell'Iscritto presso Crédit Agricole Italia, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia e Crédit Agricole Group Solutions e degli aderenti al Fondo di Solidarietà delle predette Società, a seguito di cessazione del rapporto di lavoro per assenza da malattia così come regolata dal Contratto di Lavoro.

Qualora l'invalidità permanente sia invece tale da permettere la prosecuzione del rapporto di lavoro a "part time", la quota riconosciuta all'Iscritto è ridotta a € 52.000,00 e comunque

rapportata proporzionalmente alla riduzione dell'orario di lavoro settimanale; la liquidazione della suddetta invalidità permanente esclude la possibilità della liquidazione dell'invalidità permanente da perdita definitiva del lavoro.

La valutazione dell'invalidità permanente viene in ogni caso effettuata secondo i criteri stabiliti per le coperture sociali contro gli infortuni e le malattie professionali con riferimento alla tabella allegato n. 1 previsto nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124.

Nessuna indennità spetta comunque quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 60% della totale.

Quando l'invalidità permanente accertata sia invece di grado uguale o superiore al 60% della totale, l'Impresa liquida un'indennità calcolata sulla somma associata per questa eventualità, secondo le seguenti percentuali.

PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE ACCERTATA	PERCENTUALE DA APPLICARE ALLA SOMMA PREVISTA
60	79
61	82
62	85
63	88
64	90
65	95
da 66 al 100	100

La percentuale di invalidità permanente viene accertata non prima che sia trascorso un anno dalla denuncia della malattia.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella allegato n. 1 T.U. relativa al D.P.R. 30.06.65 n. 1124, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità lavorativa generica di apprendimento psicomotorio

dell'Iscritto.

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

L'Impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive della malattia. Se al momento della malattia l'Iscritto non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora la malattia avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di invalidità permanente di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui sopra sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

La copertura cessa automaticamente alla scadenza annuale successiva al compimento del 65mo anno di età e, comunque, dal momento in cui l'Iscritto, prima della predetta data, acquisisca il diritto ad un trattamento pensionistico pubblico. Tale cessazione ha valore anche se dovesse verificarsi l'incasso di premi scaduti dopo la cessazione stessa.

Si conviene che la Società corrisponda l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive causate dalla singola malattia denunciata. Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, si ritiene non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti. Nel corso della copertura, le malattie che abbiano già avuto riconoscimento di indennizzo per l'invalidità permanente riscontrata non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove patologie. Pertanto, nel caso in cui la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata indennizzata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità "residuale" andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasferibile. Tuttavia, se l'Iscritto muore dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi dell'Iscritto l'importo liquidato o offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Se l'assicurato muore per cause indipendenti dalla malattia denunciata prima che decorra il termine di 12 mesi dalla denuncia del sinistro e prima della visita medico legale, l'indennizzo potrà comunque essere liquidato a favore degli eredi qualora questi forniscano alla Società tutta la documentazione, idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi, richiesta dalla Società stessa.

Sono escluse le invalidità:

- derivanti direttamente o indirettamente, dalle cause di esclusione previste al punto "Casi di non operatività del Piano";
- preesistenti alla data di assunzione a Crédit Agricole Italia, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia e Crédit Agricole Group Solutions e degli aderenti al Fondo di Solidarietà delle predette Società.

6.12 Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-822449** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia **+ 051.6389046**.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria

(informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero ecc.);

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

c) Pareri medici

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

7. CONTRIBUTI

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

- | | |
|--|-----------------|
| - ciascun familiare fiscalmente non a carico | € 530,00 |
|--|-----------------|

8. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Il Piano sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di copertura prevista, non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano stesso.

Il Piano sanitario non è operante per:

1. la cura delle intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti, salvo quanto previsto dal precedente punto "Indennità recupero tossicodipendenti";

2. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da intervento demolitivo e quelli relativi ai bambini di età inferiore ai 3 anni;
3. l'agopuntura non effettuata da medico;
4. la cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico), di proprie azioni delittuose e della pratica di sport aerei o motoristici in genere;
5. le cure delle malattie mentali nei casi in cui diano luogo a trattamento sanitario obbligatorio ai sensi degli artt. 34 e 35 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833; la psicoterapia e la psicoanalisi;
6. le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
7. l'acquisto, la riparazione e la manutenzione di apparecchi protesici o sanitari ausiliari;
8. le cure e le protesi dentarie non rese necessarie da infortunio, salvo quanto previsto dall'art. "Cure e protesi dentarie";
9. le visite di controllo non conseguenti a malattia od infortunio;
10. gli interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare, salvo quanto previsto dal precedente articolo "Interventi per la correzione dei vizi rifrazione".

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

9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

9.1. Decorrenza e durata dell'assicurazione

La polizza ha efficacia dalle ore 00,00 del 01/01/2024 alle ore 00,00 del 01/01/2026, salvo proroghe o rinnovi.

Per quanto riguarda l'effetto e la scadenza della polizza per gli Assicurati che entrano/escono in corso d'anno, si rimanda a quanto

stabilito all'art. "Inclusioni/Esclusioni".

9.2. Inclusioni/esclusioni

Il Piano sanitario si intende operante fino al permanere del rapporto dipendente di Crédit Agricole Italia, Fondazione Cariparma, Crédit Agricole Leasing Italia e Crédit Agricole Group Solutions e degli aderenti al Fondo di Solidarietà delle predette Società. Allo scioglimento di detto rapporto di lavoro e del rapporto di adesione al Fondo di Solidarietà, la copertura cessa con effetto dalla prima scadenza annua del Piano.

Familiari non fiscalmente a carico del personale dipendente

Solo i neoassunti o il personale assicurato che nel corso dell'anno si sposterà/si unirà civilmente/convivrà potranno chiedere l'inserimento dei famigliari fiscalmente non a carico nella polizza, facendo pervenire la scheda di adesione o dandone comunicazione scritta all'Impresa, entro un mese dalla data dell'evento sopra considerato, analogamente dovrà essere comunicata anche la modifica del carico fiscale di un familiare inteso come coniuge/unito civilmente o il convivente "more uxorio" e figli.

Esclusione dei familiari fiscalmente a carico del personale dipendente

I familiari a carico, che nel corso dell'anno vengono esclusi dal nucleo familiare rimarranno comunque in copertura fino al termine dell'anno associativo.

9.3. Validità territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo. Prima di partire per la vacanza/trasferta, scarica il modulo che attesta la validità della tua copertura sanitaria anche all'estero e contiene anche un riepilogo dei contatti utili in caso di necessità. Trovi il **Modulo estero** all'interno della tua **Area Clienti** sul sito UniSalute nella **sezione "Polizza"**.

Se ti trovi all'estero e hai bisogno di un ricovero, devi contattare il più

presto possibile la Centrale Operativa per avere l'autorizzazione ad effettuare la prestazione e farti indicare la struttura sanitaria convenzionata a te più vicina.

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

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

9.4. Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **78°** anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso al compimento del **78°** anno di età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare il Piano sanitario cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il **78°** anno di età, il Piano sanitario cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Iscritto.

9.5. Gestione dei documenti di spesa

A. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

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

B. Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

La documentazione di spesa ricevuta in copia, viene conservata e allegata alle richieste di rimborso come previsto per legge. Qualora UniSalute dovesse richiedere all'Iscritto la produzione degli originali

verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

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

Ritenendo di soddisfare in questo modo le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli Iscritti sullo stato delle loro richieste di rimborso, UniSalute provvede ad inviare nel corso dell'anno i seguenti rendiconti:

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

9.7. Foro competente

Per eventuali controversie giudiziali, il Foro competente viene fissato concordamente tra le parti, con riferimento al luogo di svolgimento della prestazione lavorativa del dipendente assicurato.

9.8. Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, ovvero il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), devono essere inoltrati per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892 - e-mail reclami@unisalute.it.**

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

I reclami relativi al comportamento dell'Agente, inclusi i relativi

dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'Agenzia di riferimento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Decreto;

- procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista.

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

9.9. INFORMATIVA “HOME INSURANCE” - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS 41/2018

Il 1° luglio 2020 sono entrate in vigore le nuove disposizioni del Regolamento dell'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni n. 41/2018 (di seguito, il “Regolamento”) in materia di home insurance. In particolare, l'home insurance mira a semplificare e velocizzare il rapporto con l'impresa di assicurazione attraverso una più efficace gestione dei rapporti contrattuali assicurativi anche in via telematica. La Compagnia, da sempre attenta alla tutela della propria clientela, condividendo le finalità del Provvedimento, ha attivato un'“Area Regolamento IVASS 41/2018” accessibile dal sito internet, alla quale ciascun Cliente potrà accedere. Si segnala che la predetta area sarà differente dall' “AREA SERVIZI CLIENTI” già presente e attiva da tempo sulla home page della Compagnia.

Al riguardo si precisa che, secondo quanto previsto dal Provvedimento, sarà possibile accedere all'area IVASS richiedendo le credenziali di accesso all'area riservata direttamente sul sito internet della Compagnia. Successivamente al primo accesso, la Compagnia fornirà le credenziali personali, che consentiranno di consultare le coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali, lo stato dei pagamenti e le relative scadenze.

9.10. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

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

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

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

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2022, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 241,1 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 102,2 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unisalute.it, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2022, è pari ad € 95,90 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 27,18 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 214,69 milioni e ad € 210,85 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2022, pari a 2,24 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

10. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

COLLO

- Gozzo retrosternale con mediastinotomia

ESOFAGO

- Interventi con esofagoplastica
- Gastroectomia totale
- Gastroectomia allargata
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Mega-esofago e esofagite da reflusso
- Cardioplastica

INTESTINO

- Colectomia totale

RETTO - ANO

- Interventi per neoplasie per retto-ano per via addominoperineale
- Atresia dell'ano con fistola retto uretrale o retto vulvare
- Operazione per megacolon
- Proctocolectomia totale

FEGATO

- Derivazioni biliodigestive
- Interventi sulla papilla di Vater
- Reinterventi sulle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale

PANCREAS - MILZA

- Interventi per pancreatite acuta
- Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
- Interventi per pancreatite cronica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

INTERVENTI SUL POLMONE

- Tumori della trachea

CARDIOCHIRURGIA

- Interventi a cuore aperto per:
 - Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi;
 - Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale;
 - Correzione impianto anomalo coronarie;
 - Correzione “Ostium primum” con insufficienza mitralica;
 - Correzione canale atrioventricolare completo;
 - Finestra aorto-polmonare;
 - Correzione di:
 - Ventricolo unico
 - ventricolo destro a doppia uscita
 - truncus arteriosus
 - coartazione aortiche di tipo fetale
 - coartazione aortiche multiple o molto estese
 - stenosi aortiche infundibulari
 - stenosi aortiche sopravalvolari
 - trilogia di Fallot
 - tetralogia di Fallot
 - atresia della tricuspid
 - pervietà interventricolare ipertesa
 - pervietà interventricolare con “debanding”
 - pervietà interventricolare con insufficienza aortica
- Sostituzioni valvolari multiple;
- By-pass aortocoronarici multipli;
- Sostituzioni valvolari con by-pass aortocoronarico;
- Aneurismi aorta toracica;
- Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio;
- Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto;
- Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti;

- Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici.
- Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale.

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale
- Asportazioni tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, etc.)
- Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)
- Emisferectomia
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
- Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
- Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)
- Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica
- Somatotomia vertebrale
- Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica

CHIRURGIA VASCOLARE

- Operazioni sull'aorta toracica e sull'aorta addominale
- Trattamento chirurgico dell'ipertensione portale

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti

- Resezioni del sacro
- Osteosintesi rachidee con placche e viti transpeduncolari
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto
- Resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom-made"
- Emipelvectomia
- Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
- Vertebrotonomia
- Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
- Uncoforaminotomia
- Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- Artrodesi per via anteriore
- Interventi per via posteriore con impianti
- Interventi per via anteriore senza impianti
- Interventi per via anteriore con impianti

UROLOGIA

- ESWL (litotissia extracorporea con onde d'urto) questo intervento è effettuabile in regime ambulatoriale
- Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- Ileo bladder
- Cistoprostatovesicoclectomia con neovescica rettale
- Cistoprostatovesicoclectomia con ileo bladder
- Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- Cistoprostatovesicoclectomia con ureteroileoureteroanastomosi
- Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
- Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
- Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
- Intervento radicale per carcinoma ovarico

TRAPIANTI DI ORGANI

- Tutti

11. ELENCO GRAVI MALATTIE

INFARTO DEL MIOCARDIO

Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata.

CORONAROPATIA

Malattia che determini intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o blocco di due o più arterie coronarie, con innesto di by-pass o richieda tecniche non chirurgiche, quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione.

ICTUS CEREBRALE (colpo apoplettico)

Accidenti cerebro-vascolari aventi ripercussioni neurologiche di durata superiore alla 24 ore e che implicino morte di tessuto cerebrale con esiti disfunzionanti accertati.

MALATTIA ONCOLOGICA

Ogni stato di malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna (quest'ultima sia localizzata che diffusa), comprese tutte le manifestazioni tumorali a carico del sistema linfatico ed emopoietico.

