

Generali Italia S.p.A.

# GENERASALUTE RSM

Contratto di assicurazione malattie per aziende

Rimborso Spese Mediche

(Mod. M85/854.std - ed. 11/2019)

ENTE DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA DEL COMMERCIO,  
DEL TURISMO E DEI SERVIZI – FONDO EST

Fascicolo 2022-2024



Handwritten signatures in blue ink, including a large signature on the right and several smaller ones below it.



The bottom of the page features several handwritten signatures in blue ink. On the left, there is a signature that appears to be 'A'. To its right is a signature that looks like 'G L'. Further right is a signature that resembles '9/9'. On the far right, there are two more signatures: one that looks like 'FBI' and another that is more cursive and difficult to decipher.

## Art. 1 Definizioni

<b>Accertamento diagnostico</b>	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.
<b>Assicurato</b>	Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.
<b>Assicurazione</b>	Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.
<b>Centrale Operativa</b>	La struttura in funzione dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30, costituita da medici, tecnici ed operatori che, provvede al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite dal contratto.
<b>Compagnie</b>	Generali Italia S.p.A. (Delegataria), Unisalute S.p.A. (Co-delegataria) incaricata della gestione dei sinistri, Unipol Assicurazioni S.p.A. (Coassicuratrice).
<b>Contraente</b>	La persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione.
<b>Day-hospital</b>	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.
<b>Difetto fisico</b>	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
<b>Durata</b>	Periodo durante il quale il contratto è efficace
<b>Franchigia</b>	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.
<b>Indennità sostitutiva</b>	Importo giornaliero erogato dalle Compagnie in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso.
<b>Infortunio</b>	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.
<b>Indennizzo</b>	La somma dovuta dalla Compagnie in caso di sinistro.
<b>Intervento chirurgico</b>	Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.
<b>Intervento chirurgico ambulatoriale</b>	Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.
<b>Iscritto</b>	Iscritto al Fondo cioè l'assicurato.
<b>Istituto di Cura</b>	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.
<b>Ivass</b>	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni
<b>Malattia</b>	Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.
<b>Malformazione</b>	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
<b>Massimale</b>	L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che le Compagnie si impegnano a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.
<b>Nota informativa</b>	Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che le Compagnie devono consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alle Compagnie, al contratto stesso e alle caratteristiche del contratto.
<b>Polizza</b>	Il documento che prova l'assicurazione.
<b>Premio</b>	La somma dovuta dal Contraente alla Delegataria.
<b>Retta di degenza</b>	Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.
<b>Ricovero</b>	La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.
<b>Rischio</b>	La probabilità del verificarsi del sinistro.
<b>Scoperto</b>	La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.
<b>Sindrome metabolica : Sindrome metabolica "non conclamata"</b>	<p>Con l'espressione Sindrome Metabolica "non conclamata" si intende la condizione clinica di persone/assicurate che presentino contemporaneamente almeno tre dei seguenti sintomi/parametri moderatamente alterati, come indicato di seguito:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Girovita, misurato all'altezza dell'ombelico, superiore a 102 cm per l'uomo e a 88 cm per la donna, in presenza di Indice di massa corporea (calcolato dividendo il peso in chilogrammi per il quadrato dell'altezza in metri (kg/m<sup>2</sup>) inferiore a 30;</li><li>• Pressione Arteriosa tra 130 e 139,99 mmHg (massima) e tra 80 e 89,99 mmHg (minima);</li><li>• Glicemia a digiuno tra 110 e 125,99 mg/dl;</li><li>• Colesterolemia totale tra 200 e 239,99 mg/dl;</li></ul>

- Colesterolo HDL tra 35 e 39,99 mg/dl per l'uomo e tra 40 e 49,99 mg/dl per le donne;
- Trigliceridi tra 150 mg/dl e 199,99 mg/dl.

#### **Sindrome metabolica "conclamata"**

Con l'espressione Sindrome Metabolica "conclamata" si intende la condizione clinica di persone/assicurate che presentino contemporaneamente almeno tre dei seguenti sintomi:

- Girovita, misurato all'altezza dell'ombelico, superiore a 102 cm per l'uomo e a 88 cm per la donna, in presenza di Indice di massa corporea (calcolato dividendo il peso in chilogrammi per il quadrato dell'altezza in metri (kg/m<sup>2</sup>) superiore a 30;
- Pressione Arteriosa superiore o uguale a 140 mmHg (massima) e 90 mmHg (minima);
- Glicemia a digiuno superiore o uguale a 126 mg/dl;
- Colesterolemia totale superiore o uguale a 240 mg/dl;
- Colesterolo HDL inferiore a 35 mg/dl per l'uomo e 40 mg/dl per le donne;
- Trigliceridi superiori o uguali a 200 mg/dl.

#### **Sinistro Struttura sanitaria convenzionata**

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

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

## **CHI ASSICURIAMO**

### **Art. 2 Assicurati**

La copertura prestata a favore dei dipendenti iscritti dal Fondo EST decorrerà dalle ore 24.00 del 31/12/2013, a condizione che i premi siano regolarmente versati. La copertura è prestata sia in forma rimborsuale che in forma diretta qualora l'Assicurato si rivolga a strutture convenzionate con Unisalute. La durata del contratto è stabilita pari a quattro anni. L'iscrizione dei dipendenti deve avvenire nel rispetto di quanto indicato nel regolamento del Fondo Est e comunicata alle Compagnie entro il 10/12/2013 mediante apposito supporto informatico, contenente i dati anagrafici degli Assicurati (cognome, nome, codice fiscale, provincia di residenza).

In caso di successive inclusioni/esclusioni di singoli assicurati all'interno della presente polizza la decorrenza delle rispettive coperture assicurative è regolata come di seguito indicato.

#### **Art. 2.1 Nuove inclusioni in garanzia**

Nel caso di nuove inclusioni in copertura, la garanzia per l'Assicurato decorre dal primo giorno del mese successivo a quello della comunicazione dal Contraente alle Compagnie, comunicazione che deve essere effettuata entro il giorno 10 del mese precedente a quello di decorrenza delle coperture assicurative, nel rispetto di quanto indicato nel regolamento del Fondo EST. La comunicazione di inclusione dovrà essere inviata dal Fondo EST, tramite apposito supporto informatico, alle Compagnie, e dovrà contenere tutte le informazioni relative ai dati anagrafici degli Assicurati (cognome, nome, codice fiscale, provincia di residenza).

#### **Art. 2.2 Esclusioni dalla garanzia**

L'esclusione di assicurati dalla garanzia, nel rispetto di quanto indicato nel regolamento del Fondo Est, deve essere disponibile e rilevabile dall'invio periodico degli Assicurati entro il giorno 10 del mese precedente a quello di esclusione dalle coperture. L'esclusione avrà effetto dal primo giorno del mese successivo a quello della disponibilità del dato.



### **Che cosa è assicurato?**

#### **Art. 3 Rischi assicurati**

Il contratto garantisce agli Assicurati una copertura per il rimborso delle spese mediche per:

- Ricovero per grande intervento chirurgico
- Extraricovero
- Cure e terapie dentarie
- Prestazioni diagnostiche particolari
- Sindrome metabolica

Per i dettagli delle garanzie previste dall'assicurazione, operanti unicamente in relazione a quanto indicato in polizza, si rinvia agli articoli del Capitolo 4 "Garanzie prestate" delle condizioni di assicurazione.

Sono salve ulteriori condizioni particolari concordabili tra le parti al momento della conclusione del contratto.

Avvertenza: il contratto prevede limitazioni ed esclusioni alle coperture assicurative ovvero cause di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Dette limitazioni ed esclusioni sono contraddistinte nelle condizioni di assicurazione dal carattere corsivo. In particolare si rinvia all'articolo 2.2 (rif. Esclusioni) delle condizioni di assicurazione.

Avvertenza: il contratto prevede franchigie, scoperti e massimali applicabili alle coperture assicurative. Si rinvia pertanto alle relative condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

In particolare, si rinvia: **agli articoli 4, 5 e 6 (rif. Somme assicurate, Scoperto, Franchigia) delle condizioni di assicurazione.**

Per facilitare la comprensione del relativo meccanismo di funzionamento se ne illustrano di seguito alcune esemplificazioni numeriche.

Esempio di massimale

Somma assicurata per annualità assicurativa per la garanzia Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche di euro 100.000,00.

Primo sinistro con spese indennizzabili a termini di polizza pari a euro 50.000,00: indennizzo integrale.

Secondo sinistro occorso nella stessa annualità assicurativa con spese indennizzabili a termini di polizza pari a euro 60.000,00: indennizzo pari a euro 50.000,00. (Massimale residuo dopo il primo sinistro euro 100.000,00-50.000,00 = euro 50.000,00. Anche se nel secondo sinistro sono stati spesi euro 60.000,00 ne verranno rimborsati solo euro 50.000,00 che corrispondono al massimale residuo per l'annualità assicurativa in questione).

Esempio di scoperto

Scoperto del 20% per la garanzia Rimborso spese extraricovero.

Sinistro con spese sostenute ed indennizzabili a termini di polizza pari a euro 500,00.

L'indennizzo delle spese sostenute è pari a euro 400,00 (500,00-100,00: dove 100,00 rappresenta il 20% delle spese sostenute ed indennizzabili a termini di polizza).

Esempio di franchigia/minimo

Franchigia di euro 1.000,00 per la garanzia Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche.

Sinistro con spese indennizzabili a termini di polizza pari a euro 10.000,00.

L'indennizzo è pari a euro 9.000,00 (10.000,00-1.000,00: dove 1.000,00 rappresenta l'importo di franchigia).

## **Art. 4 Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche**

### ***Che cosa è assicurato***

#### **4.1 Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio**

Il contratto prevede il pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

##### **a) Pre-ricovero**

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 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, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

##### **d) Retta di degenza**

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 300,00 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 Unisalute, 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 € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

##### **g) post ricovero**

Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi, effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente diretta in strutture sanitarie e con personale convenzionato con Unisalute.

##### **g2) Post ricovero**

le prestazioni infermieristiche, i medicinali, le cure termali ( escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera ) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che determinato il ricovero. Queste prestazioni vengono prestate in forma esclusivamente rimborsuale.  
Nel caso di utilizzo del SSN sono rimborsati integralmente i ticket.

#### 4.2 Trasporto sanitario

Il contratto prevede il rimborso delle spese di trasporto in ambulanza dell'Assicurato, 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 **€ 1.500,00 per ricovero**.

#### 4.3 Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il contratto prevede la liquidazione delle spese indicate ai punti 4.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 4.3 "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.

#### 4.4 Neonati

Il contratto prevede il pagamento delle spese per interventi (anche differenti da quelli indicati nell'elenco dei "grandi interventi" sempreché indennizzabili a termini di polizza anche non rientranti nell'elenco dei grandi interventi) effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in una struttura alberghiera per il periodo del ricovero, nel limite annuo di € 10.000,00.

#### 4.5 Modalità di erogazione delle prestazioni

##### a1) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati.

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

- punto 4.1 "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":
  - lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";
- punto 4.3 "Trasporto sanitario";

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

e delle seguenti:

- punto 4.5 "Neonati";

che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti al punto indicato.

##### a2) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici non convenzionati.

Qualora, in una struttura convenzionata con Unisalute venga effettuato un intervento chirurgico da parte di personale non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità **e alle medesime condizioni** previste in caso di ricovero in strutture non convenzionate con Unisalute (punto b).

##### b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute.

Qualora l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con Unisalute, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato nel limite di un massimale di **€ 8.000,00** per intervento con l'applicazione di uno scoperto del **20%** con il minimo non indennizzabile di **€ 2.000,00** per intervento. Nel calcolo dello scoperto non vengono prese in considerazione le seguenti voci:

- punto 4.1 "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 4.3 "Trasporto sanitario";

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

**Si specifica che tale modalità liquidativa non è da intendersi operante per la garanzia "neonati".**

##### c) Prestazioni in strutture del 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 4.6 "Indennità Sostitutiva". Qualora l'Assicurato sostenga, durante il ricovero, delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il contratto prevede il rimborso integrale di 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 Unisalute ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute".

**Si specifica che relativamente alla garanzia "neonati" non è prevista l'erogazione della "indennità sostitutiva" ma solamente la liquidazione delle spese come indicato in garanzia.**

#### **4.6 Indennità sostitutiva**

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa avrà diritto a un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero per i primi 30 giorni, mentre di € 100,00 per ogni giorno di ricovero a partire dal 31° giorno fino al 100° per ricovero.

#### **4.7 Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio (ricoveri chirurgici come da elenco allegato)**

Nell'ambito dei 120 giorni previsti dalle garanzie "post ricovero", per i ricoveri chirurgici indennizzabili a termini di polizza (come da elenco allegato) e avvenuti successivamente alla data di effetto della copertura, si mette a disposizione tramite la rete convenzionata, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica. Si concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

#### **4.8 Servizi di assistenza globale integrata, organizzazione di servizi, noleggio ausili medico-sanitari a seguito di ricovero medico/chirurgico per neoplasie maligne**

Per un periodo di 60 giorni successivo alla data di dimissioni (e successivi ai 120 giorni previsti dalle garanzie "POST RICOVERO"), per ricovero medico/chirurgico reso necessario da neoplasia maligna (ricoveri anche non ricompresi nell'elenco grandi interventi), e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, prestazioni di:

- ospedalizzazione domiciliare;
- assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica;

tendente al recupero della funzionalità fisica. Si concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Rientra in copertura anche il noleggio di ausili medico-sanitari.

#### **4.9 Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio**

Per un periodo di 60 giorni successivo alla data di dimissioni per un ricovero senza intervento chirurgico reso necessario da una delle patologie sotto elencate, avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica.

Sono compresi in garanzia:

- Fibrosi cistica;
- Ictus;
- Ischemia arterie vertebrali;
- Morbo di Parkinson;
- Paralisi;
- Sclerosi Multipla;
- Sclerosi laterale amiotrofica (SLA).

La Società concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

99

#### 4.10 Elenco grandi interventi chirurgici

##### NEUROCHIRURGIA

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

##### CHIRURGIA GENERALE

- Ernia Femorale
- Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi
- Nodulesctomia mammaria (sono comprese anche le nodulesctomie per patologie benigne)

##### OCULISTICA

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

##### OTORINOLARINGOIATRIA

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

##### CHIRURGIA DEL COLLO

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

##### CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

##### CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Decompressione della arteria vertebrale nel femore trasversario
- Angioplastica con eventuale stent
- Interventi per aneurismi : resezione e trapianto con protesi
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Safenectomia della grande safena

##### CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione ( totale o parziale ) dell'esofago
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica



- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
- Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
- Appendicectomia con peritonite diffusa
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
- Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore ( con o senza colostomia )
- Drenaggio di ascesso epatico
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per echinococcosi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addominoperineale
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi su esofago, stomaco e duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Intervento per mega-esofago
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Resezione gastrica
- Resezione gastrica allargata
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Resezione epatica

#### UROLOGIA

- Terapia della calcolosi urinaria
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
- Interventi di prostatectomia radicale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia

#### GINECOLOGIA

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

#### ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per sindrome del tunnel carpale
- Intervento per dito a scatto
- Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
- Intervento di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
- Interventi per costola cervicale
- Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
- Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
- Trattamento delle dosimetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare

#### CHIRURGIA MAXILLO -FACCIALE

- Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio

## TRAPIANTI DI ORGANO

- Trapianti di organo compreso il trapianto di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche

### **Ci sono limiti di copertura**

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie di cui al punto 4.1 corrisponde a € 90.000,00 per persona.

Il massimale annuo assicurato per il punto 4.9 corrisponde a € 5.000,00 per persona.

## **Art. 4.11 Precisazioni relative agli scoperti e franchigie**

### **Ci sono limiti di copertura**

Il rimborso delle spese indennizzabili a termini di contratto avviene per ogni garanzia fino a concorrenza della relativa somma assicurata. Tale somma deve intendersi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona. Il rimborso delle spese avviene per ciascuna garanzia previa eventuale applicazione dello scoperto e della franchigia indicati.

Qualora siano operanti sia la franchigia che lo scoperto, in caso di sinistro saranno indennizzate all'Assicurato le spese previa deduzione della percentuale di scoperto con il minimo dell'importo della franchigia.

L'applicazione degli scoperti e delle franchigie si intende riferita all'ammontare delle spese effettivamente sostenute e documentate dall'Assicurato e indennizzabili a termini di contratto.

## **Art. 5 Prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione)**

### **Che cosa è assicurato**

Il contratto prevede il pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

### **Prestazioni previste, per gli uomini e per le donne, una volta l'anno (Cardiovascolare)**

Esame emocromocitometrico completo

Velocità di eritrosedimentazione (VES)

Glicemia Azotemia (Urea) Creatininemia

Colesterolo Totale e colesterolo HDL Alaninaminotransferasi (ALT/GPT) Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT Esame delle urine

Elettrocardiogramma di base Trigliceridi

Gamma GT

PTT (Tempo di tromboplastina parziale) PT (Tempo di protrombina)

### **ONCOLOGIA**

Prestazioni previste una volta l'anno

per gli uomini di età uguale o superiore ai 45 anni per le donne di età uguale o superiore ai 35 anni

Esame emocromocitometrico completo Velocità di eritrosedimentazione (VES) Glicemia

Azotemia (Urea)

Creatininemia

Colesterolo Totale e colesterolo HDL

Alaninaminotransferasi (ALT/GPT) Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)

Esame delle urine

Trigliceridi Gamma GT

PTT (Tempo di tromboplastina parziale) PT (Tempo di protrombina)

per gli uomini di età uguale o superiore ai 45 anni

- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecografia prostatica

per le donne di età uguale o superiore ai 35 anni

- Visita ginecologica
- PAP-Test

## **Art. 6 Cure dentarie**

### **Che cosa è assicurato**

### **Art. 6.1 Cure dentarie**

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione", la Società provvede al pagamento, **nella misura del 75%** di entrambe le prestazioni sotto descritte (costituenti il "pacchetto"); il "pacchetto" è **fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate** con la Società indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni sotto indicate, che costituiscono il "pacchetto", 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.

Nel caso in cui l'Assicurato (residente nella Provincia di Bolzano) si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 75% e con un massimo di € 80,00 annui per persona.

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.

#### **Art. 6.2 Accertamenti diagnostici odontoiatrici**

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione", la Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- ortopantomografia
- radiografie endorali
- dentalscan

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 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 una franchigia fissa di EURO 35,00 per ogni prestazione che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate, la Società rimborsa i ticket sanitari con l'applicazione di una franchigia di EURO 5,00 per ciascun ticket del quale viene chiesto il rimborso,

Nel caso in cui l'Assicurato, solo se residente nella Provincia di Bolzano, si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società sarà previsto il rimborso delle prestazioni con un limite massimo di rimborso pari a € 40,00 per singola prestazione

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

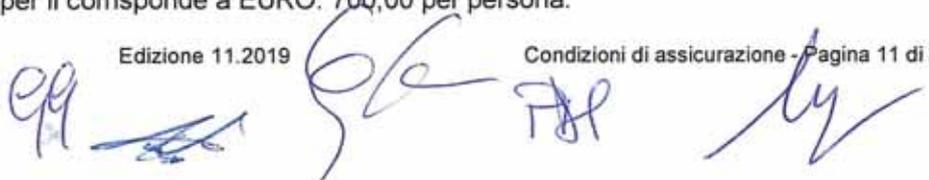
#### **6.3 ORTODONZIA**

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione", la Società provvede al pagamento delle spese per 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 senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

Nel caso in cui l'Assicurato, solo se residente nella Provincia di Bolzano, si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

Il massimale annuo assicurato per il corrisponde a EURO. 700,00 per persona.



## Art. 6.4 Prestazioni di Implantologia

1. Relativamente alle prestazioni di "Implantologia" s'intendono operanti massimali diversificati in funzione del numero complessivo di impianti effettuato nel corso dell'annualità assicurativa ( vedasi tabella sotto riporta):

Prestazioni	Nuovo massimale
- Applicazione di 6 o +	Impianti 5.100
- Applicazione di 5	Impianti 4.300
- Applicazione di 4	Impianti 3,800
- Applicazione di 3	Impianti 3.300
- Applicazione di 2	Impianti 1.800
- Applicazione di 1	Impianto 900

2. Si precisa che, qualora nella medesima annualità assicurativa, dopo la prima applicazione di uno o più impianti, dovesse subentrare l'esigenza di effettuare ulteriori impianti, le spese sostenute saranno rimborsate nell'ambito del massimale relativo al numero complessivo di impianti effettuato.

Nel caso in cui l'Assicurato, solo se residente nella Provincia di Bolzano, si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

### 6.4.1 Applicazione di sei o più impianti

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

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi ai- 6o più impianti.

Le prestazioni sono erogabili solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato con Unisalute; le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto. Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti, Copia del diario clinico e debitamente compilato dal dentista, Copia della scheda anamnestica debitamente compilata dal dentista, Passaporto implantare compilato con i numeri di lotto.

Qualora, nel corso della medesima annualità assicurativa, dopo aver attivato la garanzia prevista al punto 6.4.2 "Applicazione di un cinque impianti", si rendesse necessario l'innesto di un SESTO impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sotto-massimale di € 5.100,00 previsto in questa garanzia, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

Nel caso in cui l'Assicurato, solo se residente nella Provincia di Bolzano, si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

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

### 6.4.2 Applicazione di cinque impianti

Viene previsto un **sottomassimale annuo di € 4.300,00** nel caso di applicazione di cinque impianti previsti dal medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi ai 5 impianti.

Le prestazioni sono erogabili solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato con Unisalute; le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto. Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel

piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti, Copia del diario clinico e debitamente compilato dal dentista, Copia della scheda anamnestica debitamente compilata dal dentista, Passaporto implantare compilato con i numeri di lotto.

Qualora, nel corso della medesima annualità assicurativa, dopo aver attivato la garanzia prevista al punto 6.4.3 "Applicazione di quattro impianti", si rendesse necessario l'innesto di un **QUINTO** impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del **sottomassimale di € 4.300,00** previsto in questa garanzia, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

Nel caso in cui l'Assicurato, solo se residente nella Provincia di Bolzano, si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

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

#### 6.4.3 Applicazione di quattro impianti

Viene previsto un **sottomassimale annuo di € 3.800,00** nel caso di applicazione di quattro impianti previsto dal piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi ai 4 impianti..

Le prestazioni sono erogabili solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato con Unisalute, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto. Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

Nel caso in cui l'Assicurato, solo se residente nella Provincia di Bolzano, si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti, Copia del diario clinico e debitamente compilato dal dentista, Copia della scheda anamnestica debitamente compilata dal dentista, Passaporto implantare compilato con i numeri di lotto.

Qualora, nel corso della medesima annualità assicurativa, dopo aver attivato la garanzia prevista al punto "Applicazione di **tre** impianti", si rendesse necessario l'innesto di un **QUARTO** impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del **sottomassimale di € 3.800,00** previsto in questa garanzia, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

Nel caso in cui l'Assicurato, solo se residente nella Provincia di Bolzano, si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

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

#### 6.4.5 applicazione di tre impianti

Viene previsto un **sottomassimale annuo di € 3.300,00** nel caso di applicazione di tre impianti previsti dal medesimo piano di cura.

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

Le prestazioni sono erogabili solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto. Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

Nel caso in cui l'Assicurato, solo se residente nella Provincia di Bolzano, si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto.



Ai fini liquidativi dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti, Copia del diario clinico e debitamente compilato dal dentista, Copia della scheda amnestica debitamente compilata dal dentista, Passaporto implantare compilato con i numeri di lotto.

Qualora, nel corso della medesima annualità assicurativa, dopo aver attivato la garanzia prevista al punto "Applicazione di **due** impianti", si rendesse necessario l'innesto di un **TERZO** impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del **sottomassimale** di **€ 3.300,00** previsto in questa garanzia, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

Nel caso in cui l'Assicurato, solo se residente nella Provincia di Bolzano, si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

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

#### 6.4.6 Applicazione di due impianti

Viene previsto un **sottomassimale** annuo di **€ 1.800,00** nel caso di applicazione di due impianti previsti dal medesimo piano di cura.

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

Le prestazioni sono erogabili solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto. Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

Nel caso in cui l'Assicurato, solo se residente nella Provincia di Bolzano, si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti, Copia del diario clinico e debitamente compilato dal dentista, Copia della scheda amnestica debitamente compilata dal dentista, Passaporto implantare compilato con i numeri di lotto.

Qualora, nel corso della medesima annualità assicurativa, dopo aver attivato la garanzia prevista al punto "Applicazione di un impianto", si rendesse necessario l'innesto di un **SECONDO** impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del **sottomassimale** di **€ 1.800,00** previsto in questa garanzia, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

Nel caso in cui l'Assicurato, solo se residente nella Provincia di Bolzano, si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

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

#### 6.4.7 Applicazione di un impianto

Viene previsto un **sottomassimale** annuo di **€ 900,00** nel caso di applicazione di un impianto previsto dal piano di cura.

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

Le prestazioni sono erogabili solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto. Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

Nel caso in cui l'Assicurato, solo se residente nella Provincia di Bolzano, si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.

Nel caso in cui l'Assicurato, solo se residente nella Provincia di Bolzano, si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

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

Avulsione fino ad un massimo di 4 denti (senza successiva applicazione di impianti)

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto. Qualora il numero complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il numero sopra indicato, il relativo costo dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti all'effettuazione della prestazione.

Nel caso in cui l'Assicurato, solo se residente nella Provincia di Bolzano, si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

## **Art. 7 Sindrome Metabolica**

### ***Che cosa è assicurato***

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà compilare il questionario raggiungibile cliccando su [www.fondoest.it](http://www.fondoest.it) e "confermare il suo invio" a UniSalute.

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

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

UniSalute comunicherà l'esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assicurato 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'assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, la Società provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

- \* colesterolo HDL
- \* colesterolo totale
- \* glicemia
- \* trigliceridi

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

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

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie convenzionate con Unisalute. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle assicurate con la presente polizza, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui al relativo articolo contrattuale. Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle assicurate con la presente polizza, all'Assicurato verrà fornito un servizio di "fax-assistito" che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate con la Società a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.



**Che cosa NON è assicurato?**



**Ci sono limiti di copertura?**

### Art. 8 Esclusioni



**ATTENZIONE:** a titolo esemplificativo e non esaustivo sono interventi estetici: **mastoplastica, blefaroplastica, aspirazione della cute e del tessuto cutaneo, rinoplastica, trapianto di capelli, liposuzione, adominoplastica, cisti adipose, chirurgia bariatrica** con indice di massa corporea minore di 30 BMI, comprese **le relative terapie dietologica e dietoterapica**

L'assicurazione non è operante per:

- 8.1 le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici\* o di malformazioni\*\* preesistenti alla data di prima iscrizione al fondo salvo quanto previsto al punto NEONATI.
- 8.2 la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 8.3 le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto ai punti 6. "6 Cure dentarie." (e sottopunti);
- 8.4 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);
- 8.5 le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;
- 8.6 i ricoveri causati dalla necessità dell'Isritto 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'Isritto 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;
- 8.7 gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- 8.8 il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;
- 8.9 gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- 8.10 gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
- 8.11 gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Isritto;
- 8.12 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;
- 8.13 le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- 8.14 le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

\*Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo, o di parti di suoi organi, per condizioni morbose o traumatiche acquisite.



**ATTENZIONE:** a titolo esemplificativo e non esaustivo sono interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici: **piattismo bilaterale, scoliosi, alluce valgo, varismo delle ginocchia, anca valga, piede torto**

**\*\*Per malformazione si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo, o di parti di suoi organi, per condizioni morbose congenite.**



**ATTENZIONE:** a titolo esemplificativo e non esaustivo sono interventi estetici: **mastoplastica, blefaroplastica, aspirazione della cute e del tessuto cutaneo, rinoplastica, trapianto di capelli, liposuzione, addominoplastica, cisti adipose, chirurgia bariatrica** con indice di massa corporea minore di 30 BMI, comprese **le relative**



**Dove vale la copertura?**

#### **Art. 9 Validità territoriale**

L'assicurazione vale in tutto il mondo.



**Che obblighi ho?**

#### **Art. 10 Oneri**

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al Premio, agli accessori, all'assicurazione ed agli atti da essa dipendenti sono a carico del Contraente anche se il pagamento è stato anticipato dalle Compagnie.

#### **Art. 11 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni**

*Avvertenze: eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione.*

Le Compagnie prestano il loro consenso all'assicurazione e determinano il premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte delle Compagnie e risultanti dai documenti contrattuali.

Le inesattezze e le reticenze del Contraente relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In tale caso spettano alle Compagnie le rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione immediata.

#### **Art. 12 Obblighi del Contraente**

Se gli assicurati sostengono in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o sono, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione: il Contraente si obbliga a consegnare loro, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione;

#### **Art. 13 Premio**

Il contratto non prevede adeguamento per indicizzazione al costo della vita del premio e delle somme assicurate.

#### **Art. 14 Riservatezza dei dati personali**

Il Contraente si impegna a fornire agli assicurati l'Informativa Contrattuale, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016, allegata a queste Condizioni di Assicurazione (GIPRY) ed a restituire a Generali Italia il consenso dell'Assicurato.

#### **Art. 15 Pagamento del Premio**

Il contratto prevede, per ciascun anno o frazione d'anno di durata, la corresponsione da parte del Contraente di un premio. Nei limiti previsti dalle norme vigenti, il Premio può essere pagato con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il Premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- tramite POS o, se disponibili, altri mezzi di pagamento elettronico. In questo caso il Premio si intende pagato nel giorno di esecuzione materiale dell'operazione;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato a Generali Italia o all'intermediario, in tale qualità, su conto corrente postale dedicato 1. In questo caso la data di versamento del Premio e, quindi, la data di decorrenza della garanzia coincide con quella apposta dall'ufficio postale;

- con assegno circolare non trasferibile intestato a Generali Italia o all'intermediario in tale qualità. In questo caso il Premio si intende pagato nel giorno di consegna del titolo;
- con assegno bancario o postale<sup>2</sup> non trasferibile intestato a Generali Italia o all'intermediario, in tale qualità. In questo caso il Premio si intende pagato nel giorno di consegna del titolo;
- con bonifico bancario su conto corrente intestato a Generali Italia o su conto corrente dedicato dell'intermediario, in tale qualità. In questo caso la data di versamento del Premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato a Generali Italia o sul conto corrente dell'intermediario, in tale qualità;
- con autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (SDD). In questo caso il Premio si intende pagato, salvo il buon fine degli addebiti stessi, nel giorno di sottoscrizione del mandato SEPA, quanto alla prima rata di Premio; alle scadenze prefissate in polizza per le rate successive. Fermo quanto precede, in caso di mancato pagamento anche di una sola rata di Premio la garanzia resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo a quello della scadenza della rata. In caso di sospensione la garanzia produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga, con bonifico bancario o recandosi direttamente presso l'intermediario, tutte le rate scadute e non pagate, e la parte di Premio residuo a completamento dell'annualità. In caso di modifica del rapporto di conto corrente sul quale opera la procedura SDD il Contraente si impegna a darne immediata comunicazione a Generali Italia;
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

#### Note:

- (1) si tratta del conto separato previsto ai sensi dell'art. 117 del Codice delle Assicurazioni nonché ai sensi dell'articolo 54 del Reg. 5/2006 e si intende il conto corrente bancario che l'intermediario intrattiene per la raccolta dei premi assicurativi.
- (2) in relazione agli assegni bancari e/o postali, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede, è facoltà dell'intermediario richiedere il pagamento del Premio anche tramite altra modalità tra quelle previste.

Avvertenza: Le Compagnie o l'intermediario possono applicare sconti di premio con le seguenti modalità:

- concordando con il Contraente limitazioni di garanzia;
- sulla base della numerosità degli Assicurati;

sulla base di specifiche valutazioni di carattere commerciale.



**Quando comincia la copertura e quando finisce?**

#### Art. 16 Entrata in vigore dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dal giorno e dalle ore indicati in Polizza se a tale data il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze stabilite in Polizza.



**Come posso disdire la polizza?**

#### Art. 17 Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della data di scadenza, il contratto è prorogato per una ulteriore annualità e così successivamente.

#### COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

##### Art. 18 Reti convenzionate

Qualora l'Assicurato abbia presentato o debba presentare ad enti assistenziali l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, è effettuato il pagamento di quanto dovuto in base alla documentazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti enti.

Le notule, distinte, fatture e ricevute relative ai pagamenti effettuati saranno restituiti all'assicurato.

#### Servizi di consulenza

##### In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800.016648 dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 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 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'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.

### **Art. 19 Criteri di liquidazione**

*Avvertenza: per le garanzie dell'assicurazione Malattie si precisa che:*

- l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro coincide con la data del ricovero o di effettuazione della prestazione;
- la denuncia del sinistro deve essere fatta dall'Assicurato non appena ne ha avuto possibilità, corredata dalla necessaria documentazione medica;
- le Compagnie possono richiedere la visita medica in caso di sinistro.

Per gli aspetti di dettaglio inerenti le procedure liquidative si rinvia agli articoli del Capitolo 3 "Norme operanti in caso di sinistro" delle condizioni di assicurazione.

*Avvertenza: l'Assicurato può usufruire del pagamento diretto delle spese di ricovero o intervento ricorrendo alle Strutture Mediche Convenzionate previa attivazione della Centrale Operativa Medica. Nel caso in cui l'Assicurato non si avvalga dell'assistenza diretta, il rimborso potrà essere effettuato con applicazione di uno scoperto.*

Per le modalità ed i termini di attivazione della Centrale Operativa Medica si rinvia all'articolo 19 delle condizioni di assicurazione.

#### **Art. 19.1 Denuncia del sinistro**

L'Assicurato, o chi per esso, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di Unisalute al numero verde gratuito 800-016648 (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 19.2 "Sinistri in strutture convenzionate con Unisalute", 19.4 "Sinistri in strutture non convenzionate con Unisalute" o 19.5 "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con Unisalute 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 19.4 "Sinistri in strutture non convenzionate con Unisalute" e 4.5 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con Unisalute".

#### **Art. 19.2 Sinistri in strutture convenzionate con Unisalute**

Previo contatto con la Centrale Operativa 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.



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

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere il rimborso 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 19.4 "Sinistri in strutture non convenzionate con Unisalute" o 19.5 "Sinistri nel servizio sanitario nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

#### **Art. 19.3 per le garanzie:**

- ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio – ricoveri chirurgici come da elenco;
- servizi di assistenza globale integrata, organizzazione di servizi, noleggio ausili medico- sanitari a seguito di ricovero medico/chirurgico per neoplasie maligne;
- ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio – ricoveri medici resi necessari dalle patologie elencate in garanzia;

Si specifica che:

- è necessaria la copia conforme all'originale della cartella clinica;
- è necessaria la prescrizione dell'ospedalizzazione domiciliare all'atto delle dimissioni;
- l'ospedalizzazione può essere successivamente prolungata dal medico curante;
- L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia, 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.

#### **Art. 19.4 sinistri in strutture non convenzionate con Unisalute**

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente alla sede di Unisalute S.p.A Fondo Est - c/o CMP BO 40131 BOLOGNA (BO) la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di ricovero(\*), copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- 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.

(\* ) 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 alle Compagnie della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruitive dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

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

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 4.5 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute", al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

#### **Art. 19.5 sinistri nel servizio sanitario nazionale**

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti 19.2 "Sinistri in strutture convenzionate con Unisalute" o 19.4 "Sinistri in strutture non convenzionate con Unisalute".

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.

#### **Art. 19.6 gestione documentazione 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'Assicurato.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con Unisalute

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

Per i sinistri avvenuti all'estero i rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro e al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

#### **Art. 19.7 tempi di liquidazione**

Il contratto prevede il rimborso all'Assicurato entro 45 giorni dalla data di ricevimento della necessaria documentazione medica qualora risulti completa.

L'indennizzo viene effettuato a cura ultimata.

La liquidazione di tutto quanto dovuto ai singoli Assicurati avverrà a mezzo bonifico e/o assegno successivamente alla avvenuta conclusione della istruzione della pratica.

#### **Art. 20 Controversie**

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un collegio arbitrale di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico arbitrale risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico arbitrale sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'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. Le decisioni del Collegio medico arbitrale sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Qualora invece l'assicurato intenda rivolgersi all'autorità giudiziaria è necessario il previo esperimento del procedimento di mediazione nei casi in cui costituisca condizione di procedibilità della domanda giurisdizionale ai sensi della vigente normativa.

Eventuali istanze di mediazione aventi ad oggetto la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

UniSalute S.p.A., Ufficio Liquidazione Rimborsuale e Recuperi, Via Larga, 8 40138, Bologna, fax n. 0516386145.

Eventuali reclami riguardanti la trasparenza informativa e il rapporto contrattuale devono essere inoltrati per iscritto ad Generali Italia S.p.A., – Funzione Customer Service, Via Marocchese 14, 31021 Mogliano Veneto, TV - fax 800.961.987, e-mail assistenza\_clienti@generali.it oppure nel sito [www.generali.it](http://www.generali.it), compilando il form presente alla voce "contact us".

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, devono essere inoltrati per iscritto a: UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892 - e-mail [reclami@unisalute.it](mailto:reclami@unisalute.it).

Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it).

Per poter dare seguito alla richiesta nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) dell'assicurato.

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

99

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 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.unisa-lute.it](http://www.unisa-lute.it) e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste.

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 [http://ec.europa.eu/internal\\_market/fin-net/members\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm) 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 negoziazione 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.

## Art. 21 Lingua in cui è redatto il contratto

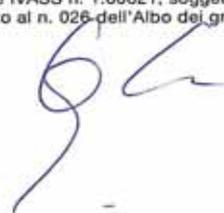
Il contratto, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana.

## SOMMARIO

- Art. 1 Definizioni
- Art. 2 Assicurati
- Art. 3 Rischi assicurati
- Art. 4 Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche
  - 4.1 Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio
  - 4.2 Trasporto sanitario
  - 4.3 Trapianti a seguito di malattia e infortunio
  - 4.4 Neonati
  - 4.5 Modalità di erogazione delle prestazioni
  - 4.6 Indennità sostitutiva
  - 4.7 Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio (ricoveri chirurgici come da elenco allegato)
  - 4.8 Servizi di assistenza globale integrata, organizzazione di servizi, noleggio ausili medico-sanitari a seguito di ricovero medico/chirurgico per neoplasie maligne
  - 4.9 Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio
  - 4.10 Elenco grandi interventi chirurgici
  - Art. 4.11 Precisazioni relative agli scoperti e franchigie
- Art. 5 Prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione)
- Art. 6 Cure dentarie
  - Art. 6.1 Cure dentarie
  - Art. 6.2 Accertamenti diagnostici odontoiatrici



Generali Italia S.p.A. - Sede legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchese, 14, CAP 31021 - Tel. 041 5492111 www.generali.it - Fax: 041 942909; email: info.it@generali.com; C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 00885351007 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v., Pec: generalitalia@pec.generaligroup.com. Società iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.



### 6.3 ORTODONZIA

Art. 6.4 Prestazioni di Implantologia

6.4.1 Applicazione di sei o più impianti

6.4.2 Applicazione di cinque impianti

6.4.3 Applicazione di quattro impianti

6.4.5 applicazione di tre impianti

6.4.6 Applicazione di due impianti

6.4.7 Applicazione di un impianto

Art. 7 Sindrome Metabolica

Art. 8 Esclusioni

Art. 9 Validità territoriale

Art. 10 Oneri

Art. 11 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni

Art. 12 Obblighi del Contraente

Art. 13 Premio

Art. 14 Riservatezza dei dati personali

Art. 15 Pagamento del Premio

Art. 16 Entrata in vigore dell'assicurazione

Art. 17 Proroga dell'assicurazione

Art. 18 Reti convenzionate

Art. 19 Criteri di liquidazione

Art. 19.1 Denuncia del sinistro

Art. 19.2 Sinistri in strutture convenzionate con Unisalute

Art. 19.3 per le garanzie:

Art. 19.4 sinistri in strutture non convenzionate con Unisalute

Art. 19.5 sinistri nel servizio sanitario nazionale

Art. 19.6 gestione documentazione di spesa

Art. 19.7 tempi di liquidazione

Art. 20 Controversie

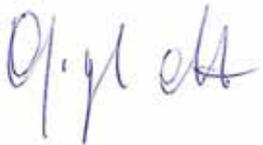
Art. 21 Lingua in cui è redatto il contratto



Fondo Est



Generali Italia S.p.A.



Unisalute S.p.A.