

Cral Torino Dipendenti

Ipotesi di progetto UniSalute di Giugno 2024

INDICE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	1
GLOSSARIO	1
1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	6
2. PERSONE ASSICURATE	7
3. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (come da elenco allegato)	7
3.1 TRASPORTO SANITARIO	8
3.2 RIMPATRIO DELLA SALMA	9
3.3 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	9
3.4 INDENNITÀ SOSTITUTIVA CON PRE E POST RICOVERO	10
3.5 MASSIMALE ASSICURATO	10
4. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA	10
5. ALTA SPECIALIZZAZIONE	10
6. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	12
7. PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE	13
8. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI	13
9. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO	14
10. DIAGNOSI COMPARATIVA	14
11. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE	15
12. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA	15
13. PREMIO	18
13.1 PREMIO	18
14. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA	19
A - CONDIZIONI GENERALI	19
A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	19
A.2 DURATA DELL' ASSICURAZIONE / TACITO RINNOVO DELL' ASSICURAZIONE	19
A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	19
A.4 ONERI FISCALI	19
A.5 FORO COMPETENTE	19

A.6	PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO	20
A.7	RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	20
A.8	OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE	20
A.9	ALTRE ASSICURAZIONI	20
A.10	AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE	20
A.11	OBBLIGHI E MODALITA' DI CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.....	20
A.12	DIRITTO DI RECESSO.....	20
A.13	LEGISLAZIONE APPLICABILE	20
A.14	REGIME FISCALE	21
A.15	RECLAMI	21
B	- LIMITAZIONI.....	22
B.1	VALIDITA' TERRITORIALE	22
B.2	ESCLUSIONI DALL' ASSICURAZIONE (CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO).....	23
B.3	LIMITI DI ETÀ.....	24

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

GLOSSARIO

Aborto

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

Aborto spontaneo

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

Aborto terapeutico

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

Accertamento diagnostico

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

Agenti

Gli intermediari che agiscono in nome o per conto di una o più imprese di assicurazione o di riassicurazione, iscritti nella sezione A del registro.

Anno

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

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Assistenza

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

Assistenza Infermieristica

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

Broker

Intermediario che agisce su incarico del cliente e che non ha poteri di rappresentanza di imprese di assicurazione o di riassicurazione iscritto nella sezione B del registro

Centrale Operativa

E' la struttura di UniSalute costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni previste dalla polizza, con linea telefonica "verde" provvede a:

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

Contraente

Il soggetto che stipula la polizza.

Cure a carattere sperimentale

Insieme di tecniche terapeutiche ancora in fase di studio il cui scopo è quello di conoscerne l'efficacia, la sicurezza e la tolleranza.

Day-hospital

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

Diagnosi comparativa

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

Difetto fisico

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

Dipendenti e collaboratori

I soggetti che, dietro compenso, su incarico degli intermediari iscritti nelle sezioni A, B e D del registro, svolgono l'attività di intermediazione assicurativa e riassicurativa all'interno o, se iscritti nella sezione E del registro, anche fuori dai locali dell'intermediario per il quale operano.

Documentazione sanitaria

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

FIN-NET

La rete per la risoluzione extragiudiziale delle liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari nello Spazio economico europeo, istituita sulla base della Raccomandazione della Commissione europea

98/257/CE del 30 marzo 1998, riguardante i principi applicabili agli organi responsabili per la risoluzione extragiudiziale delle controversie in materia di consumo.

Franchigia

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

Grandi interventi chirurgici

Interventi chirurgici e patologie riportati nelle Condizioni di assicurazione.

Imprese di assicurazione

Le imprese di assicurazione autorizzate in Italia e le imprese di assicurazione comunitarie che svolgono la loro attività in Italia in regime di libertà di prestazione di servizi o in regime di stabilimento.

Indennità sostitutiva

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

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

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

Intermediari

Le persone fisiche o le società iscritte nel registro unico elettronico degli intermediari assicurativi di cui all'articolo 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209

Intermediari iscritti nell'elenco annesso

intermediari assicurativi con residenza o sede legale in un altro Stato membro iscritti nell'elenco annesso al registro di cui all'art. 116 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, abilitati ad operare in Italia in regime di stabilimento e di libera prestazione di servizi

Intervento chirurgico

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

Intervento chirurgico ambulatoriale

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

Istituto di Cura

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

Ivass

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

Lettera di Impegno

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

Libera professione intramuraria

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

Lite transfrontaliera

La controversia tra un contraente di uno Stato membro ed un'impresa di assicurazione avente sede legale in un altro Stato membro

Malattia

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

Malformazione

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

Massimale

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

Mediatore

Intermediario che agisce su incarico del cliente e che non ha poteri di rappresentanza di imprese di assicurazione o di riassicurazione iscritto nella sezione B del registro

Medicinale

Sostanza o associazione di sostanze che possa essere usata sull'uomo o somministrata allo stesso allo scopo di ripristinare, correggere o modificare, funzioni fisiologiche, esercitando un'azione farmacologica, immunologica o metabolica, ovvero di stabilire una diagnosi medica, che sia ritenuta idonea dall'Agenzia Italiana del Farmaco alla cura della patologia per la quale è stata prescritta.

Medicina non ufficiale

Insieme di tecniche terapeutiche non riconosciute dalla Medicina Ufficiale o Accademica

Pandemia

Manifestazione collettiva d'una malattia con tendenza a diffondersi rapidamente

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

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

Presa in carico

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

Reclamo

Una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di un'impresa di assicurazione, dell'eventuale intermediario assicurativo o di un intermediario assicurativo o di un intermediario iscritto nell'elenco annesso, relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Reclamante

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

Registro

Il registro unico elettronico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'articolo 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209

Retta di degenza

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

Ricovero

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

Rischio

La probabilità del verificarsi del sinistro.

Scoperto

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

Sinistro

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

Società

UniSalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

Struttura Organizzativa

E' la struttura di UniSalute, attiva 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno, costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza.

Struttura sanitaria convenzionata

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

Tariffa Agevolata

Importo per prestazioni in strutture sanitarie convenzionate, riservate all'Assicurato che non può usufruire dell'erogazione diretta da parte della Società.

Terapie mediche

Insieme di prestazioni non chirurgiche con finalità terapeutiche, di mantenimento o prevenzione, praticate con l'utilizzo fra gli altri di farmaci o altri presidi medici analoghi.

Visita medica specialistica

La prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale.

Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale nonché da altre tipologie di professionisti (quali a titolo esemplificativo il Biologo Nutrizionista).

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato);
- prestazioni di alta specializzazione;

- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- protesi ortopediche e acustiche;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- cure dentarie da infortunio;
- prestazioni a tariffe agevolate ;
- servizi di consulenza e assistenza.

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

a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società

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

c) Servizio Sanitario Nazionale

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

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei dipendenti in forza presso l'azienda Cral Torino in data _____ che abbiano accettato entro la data di effetto indicata in polizza l'attivazione della presente copertura.

Qualora un dipendente decida di non aderire alla copertura nei termini di cui al precedente capoverso, non gli sarà più possibile l'attivazione della stessa in un momento successivo.

3. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (come da elenco allegato)

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

a) Pre- ricovero

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

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

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

Qualora durante l'effettuazione dell'intervento chirurgico ci si avvalga dell'uso di un robot, le relative spese sono liquidate dalla Società con il massimo di 2.500 euro per ricovero.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

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

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

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

e) Accompagnatore

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

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

f) Assistenza infermieristica privata individuale

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

g) Post ricovero

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

3.1 TRASPORTO SANITARIO

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

3.2 RIMPATRIO DELLA SALMA

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

3.3 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con applicazione di una franchigia di €. 500,00 , ad eccezione delle seguenti:

punto "Ricovero in istituto di cura":

lett. a) "Pre ricovero";

lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto "Trasporto sanitario";

punto "Rimpatrio della salma"

che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di €. 1.000,00 ad eccezione delle seguenti:

punto "Ricovero in Istituto di cura":

lett. d) "Retta di degenza";

lett. e) "Accompagnatore";

lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto "Trasporto sanitario";

punto "Rimpatrio della salma";

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

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

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

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

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

3.4 INDENNITA' SOSTITUTIVA CON PRE E POST RICOVERO

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

3.5 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a **€. 100.000,00 per nucleo familiare.**

4. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

4.1 INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per le prestazioni effettuate durante il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **€. 50,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 60 giorni per ogni ricovero.**

5. ALTA SPECIALIZZAZIONE

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione (Casi di non operatività del piano)" al punto ..., la Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica:

Angiografia

Artrografia

Broncografia

Cistografia

Cistouretrografia

Clisma opaco

Colangiografia percutanea (PTC)

Colangiografia trans Kehr

Colecistografia

Dacriocistografia/Dacriocistotac

Defecografia

Fistolografia

Flebografia

Fluorangiografia

Galattografia

Isterosalpingografia

Mielografia

Retinografia

Rx esofago con mezzo di contrasto

Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto

Rx tenue e colon con mezzo di contrasto

Scialografia

Splenoportografia

Urografia

Vesciculodeferentografia

Videoangiografia

Wirsunggrafia

Accertamenti:

Ecocardiografia

Elettroencefalogramma

Elettromiografia

Mammografia o Mammografia Digitale

PET

Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)

Scintigrafia

Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie:

Chemioterapia

Cobaltoterapia

Dialisi

Radioterapia

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime **con l'applicazione di una franchigia di €. 35,00 per prestazione.**

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

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

6. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici **conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.** Rientra in **garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.**

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

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

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 di €. 35,00 per prestazione.**

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

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

7. PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel **limite annuo di €. 1.000,00 per nucleo familiare.**

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno **scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di €. 50,00 per fattura/persona.**

8. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione (Casi di non operatività del piano)" al punto 3, la Società provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari **fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione e nel Servizio Sanitario Nazionale.** Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto", sotto indicate, sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- **Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo** mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Società provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione

precedente. Nel caso di utilizzo di struttura sanitaria convenzionata, la seconda seduta deve essere preventivamente comunicata alla Società.

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 di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno **scoperto del 15% 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 integralmente i ticket sanitari a suo carico.

9. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione (Casi di non operatività del piano)" al punto .., la Società liquida all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

- **radiografie e referti radiologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica**
- **referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.**

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno **scoperto del 15% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata al momento dell'emissione della fattura.**

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

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 700,00 per nucleo familiare.

10. DIAGNOSI COMPARATIVA

La Società offre all'Assicurato la possibilità di ricevere un secondo e qualificato parere in merito alla formulazione di una diagnosi già ricevuta o di un'impostazione terapeutica **già prescritta dal medico curante e/o dai sanitari curanti**, con le indicazioni più utili per trattare la patologia in atto grazie

all'autorevole consulenza di esperti internazionali delle diverse discipline specialistiche individuati dalla Società.

Per l'attivazione della garanzia l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa e concordare con il medico di UniSalute la documentazione sanitaria necessaria da inviare ai fini dell'individuazione della miglior cura della patologia.

L'accesso al servizio è consentito in presenza delle seguenti patologie gravi, diagnosticate ovvero già accertate:

- **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**

11. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Qualora per una delle prestazioni appartenenti a una delle garanzie sopra indicate non sia attivabile la copertura nel piano sanitario per esaurimento del massimale o prestazione inferiore alla franchigia e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere alla struttura sanitaria convenzionata, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Si precisa che l'appuntamento potrà essere concordato direttamente tra l'Assicurato e la struttura stessa e successivamente comunicato ad Unisalute, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.

12. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

In Italia

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

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

a) Informazioni generiche sul contratto

- le prestazioni incluse nelle garanzie, massimali, franchigie o scoperti, eventuale documentazione per attivare la copertura
- stato di valutazione delle pratiche di rimborso
- modalità di richiesta di rimborso

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

I seguenti servizi di consulenza e di assistenza vengono forniti dalla Struttura Organizzativa di UniSalute per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800-212477.

c) Pareri medici immediati

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

d) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo, la Struttura Organizzativa **accertata la necessità della prestazione**, provvederà ad inviare a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Se l'Assicurato, dopo il Ricovero di primo soccorso a causa di Infortunio o di malattia improvvisa, necessiti di trasporto in autoambulanza per il rientro nel luogo di residenza, la Struttura Organizzativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa, nel **limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento**.

f) Trasferimento sanitario in centro medico specializzato

Qualora l'Assicurato, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, sia affetto da una patologia che per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Struttura Organizzativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Struttura Organizzativa, **previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino che l'Assicurato necessiti:**

- di un Ricovero presso un altro Istituto di Cura più specializzato;
- di un Ricovero presso un Istituto di Cura più vicino alla propria abitazione in Italia, nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero.

la Struttura Organizzativa provvederà a organizzare il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore, con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni.

Il trasporto, secondo la gravità del caso, può essere effettuato con:

- treno in prima classe e se necessario con cuccetta o vagone letto;

- autoambulanza senza limiti di percorso;
- aereo di linea anche barellato;
- aereo sanitario, limitatamente all' Europa.

In caso di Malattia improvvisa manifestatasi all'estero, il trasporto sanitario opera se la Malattia è in fase acuta e non è nota all'Assicurato.

È l'équipe medica di UniSalute a decidere se effettuare il trasporto ed il mezzo da utilizzare a seconda delle necessità tecniche e mediche del caso.

La garanzia non opera:

- in caso di infermità e lesioni che, secondo l'équipe medica, o possono essere curate sul posto o non pregiudicano la prosecuzione del viaggio;
- nei casi in cui non si rispettino le norme sanitarie nazionali o internazionali.

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Struttura Organizzativa.

Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica.

All'estero

In collaborazione con Unipol Assistance S.c.r.l., UniSalute offre inoltre per tutto l'arco delle 24 ore i seguenti servizi telefonando dall'estero al numero: prefisso internazionale dell'Italia + 051 4161781.

g) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia improvvisa o di infortunio, **l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni**, la Struttura Organizzativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà **le spese di soggiorno nel limite di euro 100 per sinistro.**

La garanzia opera se non sia già presente sul posto un altro familiare maggiorenne.

h) Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio **l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia)**, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, **compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali**, tenendo a proprio carico le spese relative.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo di acquisto dei medicinali.

Sono esclusi dalla prestazione i medicinali salva vita

i) Rimpatrio sanitario

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

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;

- autoambulanza senza limiti di percorso.

È l'équipe medica di UniSalute a decidere se effettuare il trasporto ed il mezzo da utilizzare a seconda delle necessità tecniche e mediche del caso.

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

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

La garanzia non opera:

- in caso di infermità e lesioni che, secondo l'équipe medica, o possono essere curate sul posto o non pregiudicano la prosecuzione del viaggio;
- nei casi in cui non si rispettino le norme sanitarie nazionali o internazionali.

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

Qualora l'Assicurato, per sua libera scelta o per sua negligenza, non usufruisca di una o più prestazioni di Assistenza, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

13. PREMIO

Il premio deve essere pagato in via anticipata alla Direzione della Società oppure all'agenzia/intermediario assicurativo, qualora presente, al quale è stato assegnato il contratto della Società, tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente.

La Società può concedere il pagamento frazionato del premio annuale in rate (semestrali – quadrimestrali – trimestrali) anticipate senza oneri aggiuntivi.

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

13.1 PREMIO

I premi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

- a. dipendente € 340,00

Per poter attivare la polizza occorre arrivare ad una adesione minima di 3.000 associati

14. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per i dipendenti avrà effetto dalle ore 24.00 del (data effetto polizza) sia in forma rimborsuale che in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società.

A - CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

I premi devono essere pagati alla Società.

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

A.2 DURATA DELL' ASSICURAZIONE / TACITO RINNOVO DELL' ASSICURAZIONE

La polizza ha durata annuale e scade alle ore 24 del

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

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

A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

A.4 ONERI FISCALI

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

A.5 FORO COMPETENTE

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

A.6 PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

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

A.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

A.8 OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE

Nei casi di modifiche statutarie attinenti al trasferimento di sede sociale, al cambio di denominazione sociale o di trasferimento di tutto o parte del portafoglio, di fusione o scissione del portafoglio stesso, la Società invierà al Contraente e/o all'Assicurato una specifica comunicazione entro il termine di dieci giorni dalla data di efficacia dell'operazione.

A.9 ALTRE ASSICURAZIONI

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

A.10 AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE

Le circostanze legate al trasferimento della sede operativa o della sede legale dell'Azienda assicurata o le eventuali variazioni della professione degli assicurati possono influire sul rischio. Il Contraente, **ai sensi dell'art. 1898 c.c., ha quindi l'obbligo di comunicare per iscritto alla Società dette circostanze.**

A.11 OBBLIGHI E MODALITA' DI CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il Contraente si impegna a mettere a disposizione dei singoli beneficiari di polizza le Condizioni di assicurazione (o la Guida al Piano Sanitario se prevista), concordando preventivamente con la Società le opportune modalità di consegna o di messa a disposizione.

A.12 DIRITTO DI RECESSO

Non è previsto il diritto di recesso.

A.13 LEGISLAZIONE APPLICABILE

La legislazione applicata al contratto è quella italiana.

A.14 REGIME FISCALE

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

Il contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo l'aliquota attualmente in vigore pari al 10%

A.15 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 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.

B - LIMITAZIONI

B.1 VALIDITA' TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALL' ASSICURAZIONE (CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO)

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
3. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
4. tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;
5. 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);
6. i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale;
7. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
8. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
9. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
10. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
11. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
12. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
13. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
14. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
15. 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;
16. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
17. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;
18. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
19. tutte le terapie mediche;
20. le conseguenze dirette o indirette di pandemie;

21. le prestazioni sanitarie effettuate in modalità a distanza, tramite il ricorso a tecnologie informatiche (videoconsulto e/o teleconsulto).

B.3 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° anno di età dell'Assicurato, e la Società non accetterà ulteriori pagamenti di premio da soggetti che abbiano già compiuto 76 anni.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

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

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

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

CHIRURGIA DEL COLLO

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

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

UROLOGIA

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

GINECOLOGIA

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

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

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

TRAPIANTI DI ORGANO

Tutti