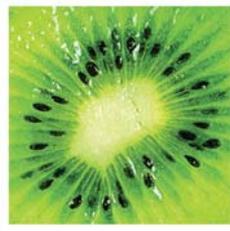


UNISALUTE



Guida al Piano Sanitario



Dipendenti



TNT Global Express

AON

Servizio di consulenza ai clienti

**Numero Verde:
800- 016616**

dall'estero: prefisso per l'Italia
+ 051.63.89.046
orari: 8,30 - 19,30
dal lunedì al venerdì

Per tutte le prestazioni dell'Area
Ricovero è **OPPORTUNO** contattare
preventivamente il numero sopra
indicato.

In applicazione delle nuove disposizioni del Decreto Legislativo 17 marzo 1995 n.175 art.123 "Informativa al contraente" la Società informa che:

- la legislazione applicata al contratto è quella italiana;
- eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società (**Ufficio Relazioni Clienti - Via Del Gomito 1- 40127 Bologna Fax. 051 6386238 - e-mail reclami@unisalute.it**).

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma , corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

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

Guida al Piano Sanitario Dipendenti TNT Global Express

Questo manuale è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo; in nessun caso può sostituire la polizza di assicurazione, della quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali. La polizza resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

1. Sommario

2. Presentazione	6
3. Introduzione	6
4. Le persone per cui è operante la copertura	6
5. Come utilizzare le prestazioni del Piano Sanitario	7
5.1 PER PRIMA COSA CONTATTARE UNISALUTE	7
5.2 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON UNISALUTE	7
5.3 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON UNISALUTE	8
5.4 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	9
5.5 PROFESSIONE INTRAMURARIA	9
6. Le prestazioni del Piano Sanitario	10
6.1. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO	10
6.2 TRASPORTO SANITARIO	11
6.3 DAY-HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO	11
6.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO	11
6.5 PARTO E ABORTO TERAPEUTICO	12
6.5.1 PARTO CESAREO	12
6.5.2 PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO	12
6.6 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO	12
6.7 RIMPATRIO DELLA SALMA	13
6.8 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI	13
6.9 INDENNITA' SOSTITUTIVA	13
6.10 MASSIMALE ASSICURATO	13
6.11 PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	14
6.12 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	15
6.13 PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE	15
6.14 LENTI	16
6.15 SERVIZI DI CONSULENZA	16
6.16 CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	16
7. Alcuni chiarimenti importanti	18
7.1 INCLUSIONI/ESCLUSIONI	18
7.2 TERMINI DI ASPETTATIVA	19
7.3 ESTENSIONE TERRITORIALE	19
7.4 LIMITI DI ETÀ'	19
7.5 GESTIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA	19
7.6 INFORMATIVE SUI RAPPORTI CON L'ASSICURATO	19
7.7 INFORMAZIONI PERSONALI NEL SITO INTERNET	20
8. Premi	21
9. Strutture convenzionate con Unisalute	21

A CENTRO GUIDA:

Informativa sul trattamento ai suoi dati personali
Modulo di denuncia sinistro e richiesta di rimborso

2. Presentazione

Con la "Guida al piano sanitario" intendiamo offrirLe un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo del Piano.

Il nostro obiettivo è di fornirLe un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della Sua collaborazione.

All'interno della guida troverà quindi l'indicazione delle modalità da seguire qualora debba utilizzare il Piano.

La preghiamo di attenersi scrupolosamente a queste modalità, così da poterLa assistere con la sollecitudine che ci è propria.

3. Introduzione

Scopo di questa guida è quello di illustrare nel dettaglio le prestazioni che fornisce il Piano, in modo da consentire a tutti di utilizzare al meglio le opportunità in esso contenute. È interesse di tutti, infatti, evitare situazioni di incertezza che potrebbero, da un lato, portare a richiedere prestazioni in realtà non previste (quindi servizi che non si possono fornire o rimborsi che non si possono effettuare) e dall'altro ad utilizzi non corretti che potrebbero, in futuro, incidere negativamente sul prezzo del Piano.

È per cercare di rispondere a queste esigenze di qualità del servizio, di chiarezza e di personalizzazione delle polizze che è nata UniSalute.

Tutta l'organizzazione di UniSalute infatti è pensata in chiave di specializzazione: dal personale medico, sempre presente presso la sede della Compagnia e disponibile a parlare con i clienti per consigliarli e indirizzarli, alla Centrale Operativa telefonica che gratuitamente offre ai clienti informazioni sulla loro posizione assicurativa e ricerca soluzioni pratiche per garantire un'efficace organizzazione per le loro necessità diagnostiche e terapeutiche.

In passato il prodotto assicurativo sanitario offriva solo una copertura parziale delle spese affrontate dal Cliente, il quale incontrava spesso difficoltà a sapere preventivamente quanto sostegno poteva ricevere dalle compagnie; UniSalute ha sviluppato una rete di accordi con tutti i soggetti che operano nella sanità (case di cura, laboratori di analisi, ecc.) allo scopo di offrire le prestazioni sanitarie, per le prestazioni che prevedono questa garanzia diretta, mantenendo il costo a proprio carico ed evitando che il Cliente debba anticipare somme di denaro.

Questo consente di chiarire al Cliente, in anticipo, quali sono le spese che dovrà eventualmente affrontare; inoltre UniSalute può restare al suo fianco per tutto il periodo di cura, anche per appoggiare ogni Sua richiesta di un migliore trattamento durante la degenza.

Inoltre il convenzionamento consente forti sconti e agevolazioni ai clienti anche per le prestazioni che non siano coperte dalle garanzie del prodotto assicurativo acquistato.

4. Le persone per cui è operante la copertura

L'assicurazione è prestata a favore dei dipendenti con qualifica di Quadro, Impiegato e Operaio in forza presso l'azienda TNT Global Express in data 01/01/2007.

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

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo premio a carico del dipendente, al coniuge o al convivente "more uxorio" e ai figli tutti risultanti dallo stato di famiglia. In questo caso dovranno essere incluse tutte le persone come sopra indicate risultanti dallo stato di famiglia. Possono non essere inseriti solo i familiari che hanno in essere una copertura assicurativa, con apposita autocertificazione.

5. Come utilizzare le prestazioni del Piano Sanitario

5.1 Per prima cosa contattare UniSalute

Quando uno degli Assicurati ha bisogno di cure mediche o esami occorre che contatti al più presto possibile la Centrale Operativa di UniSalute al **numero verde gratuito 800-016616**.

Gli Operatori e i Medici della Centrale Operativa sono a Sua disposizione per verificare la compatibilità delle prestazioni richieste con il Piano Sanitario.

Qualora la prestazione richiesta non fosse compresa nella garanzia assicurativa i medici sono a disposizione per aiutare l'Assicurato a scegliere percorsi di diagnosi e cura alternativi ed egualmente soddisfacenti.

Nel caso in cui motivi di urgenza impediscano il preventivo ricorso alla Centrale Operativa sarà bene farlo al più presto, avendo cura, nel frattempo, di raccogliere la maggior documentazione possibile sugli eventi relativi a quello specifico iter di cura (prescrizioni mediche, cartelle cliniche, fatture).

E' bene chiarire che le prestazioni previste dal Piano Sanitario, che verranno successivamente illustrate in modo dettagliato, prevedono differenti modalità di utilizzo qui di seguito riportate.

5.2 Sinistri in strutture convenzionate con UniSalute

UniSalute ha predisposto un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private mediante proprio personale specializzato.

I convenzionamenti prevedono una serie di standard qualitativi che la struttura sanitaria è tenuta a garantire ai clienti UniSalute.

L'Assicurato utilizzando le strutture convenzionate consegue alcuni **vantaggi** rilevanti:

- Per le prestazioni che prevedono la garanzia diretta, non è soggetto ad alcun esborso di denaro poiché i pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra UniSalute e la struttura convenzionata;
- Può utilizzare, per le prenotazioni delle prestazioni garantite dal Piano Sanitario, la Centrale di Assistenza Clienti UniSalute contattabile mediante il numero verde gratuito **800-016616**;
- L'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi e in presidi sanitari di cui UniSalute garantisce i livelli di qualità e di efficienza.

All'atto dell'effettuazione della prestazione (che deve essere preventivamente autorizzata dalla Centrale Operativa), l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata 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 il modulo contenente gli impegni da Lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e, all'atto delle dimissioni, la documentazione di spesa (fatture e ricevute).

All'atto della dimissione dall'istituto di cura non dovrà far altro che firmare un modulo contenente l'elenco dei servizi ricevuti e lasciare la richiesta del suo medico di fiducia, così che possa essere unita alla documentazione. Sarà UniSalute ad occuparsi del pagamento e di ogni altra questione che dovesse presentarsi (escluse le spese non strettamente relative alla degenza: come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc. che vengono pagate direttamente dal Cliente).

UniSalute provvederà a pagare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate con i limiti poc'anzi enunciati.

In caso di **prestazione extraricovero** l'Assicurato dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

L'Assicurato dovrà sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano Sanitario, argomento che affronteremo in dettaglio più avanti.

Attenzione:

Prima di avvalersi delle prestazioni in una struttura convenzionata, occorre accertarsi sempre, tramite gli operatori della Centrale Operativa, che i medici scelti all'interno della struttura abbiano aderito alla convenzione con UniSalute.

È sufficiente contattare la Centrale Operativa per avere quest'informazione o il nominativo di medici in alternativa.

5.3 Sinistri in strutture non convenzionate con UniSalute

Per garantire al Cliente la più ampia facoltà possibile di determinare il proprio iter di cura, il Piano Sanitario prevede anche la facoltà dell'Assicurato di avvalersi di strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute.

In questo caso il rimborso non sarà integrale, ma con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni.

All'atto delle dimissioni il Cliente dovrà saldare le fatture e le note spese.

Per ottenerne il **rimborso**, l'Assicurato deve inviare direttamente alla sede di UniSalute la documentazione necessaria:

- Il modulo di denuncia del sinistro, che può trovare allegato alla presente guida;
- Una copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero;

- La prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico di base, o il certificato di pronto soccorso per le garanzie in cui viene espressamente richiesto, in caso di prestazioni extraricovero;
- Documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, non appena il personale medico addetto avrà potuto vagliare il caso, in base alla documentazione ricevuta e alle informazioni che il Cliente stesso avrà fornito.

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

UniSalute provvederà a rimborsare il Cliente direttamente sul suo conto corrente, tenendo conto delle limitazioni (cioè parti della spesa a suo carico) che il piano prevede.

5.4 Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Avvalersi di strutture sanitarie private vuol dire godere di notevoli vantaggi, in termini di professionalità tecnica, comfort nell'accoglienza del paziente e qualità del servizio prestato. Ma non bisogna dimenticare che in Italia il servizio pubblico mette a disposizione dei cittadini anche ottime soluzioni di cura, alcune delle quali veramente convenienti e all'avanguardia.

Nel caso in cui l'Assicurato decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., il Piano Sanitario predispone due soluzioni, tra loro in alternativa, per il recupero delle spese che dovessero essere comunque effettuate all'interno delle strutture pubbliche:

- qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il Piano Sanitario rimborsa integralmente quanto anticipato dall'Assicurato;
- corrisponde in alternativa un'indennità sostitutiva giornaliera in caso di ricovero, le cui modalità descriveremo più avanti (par. 6.9).

5.5 Professione intramuraria

Una recente normativa dello Stato prevede la creazione di reparti a pagamento anche negli ospedali pubblici. Se, quindi, il ricovero in un ospedale pubblico avviene con questa formula, il costo rimane a carico del paziente. UniSalute, però, liquiderà i sinistri con modalità varianti a seconda che il reparto a pagamento della struttura pubblica sia o meno convenzionato con UniSalute. Nei due casi valgono le norme appena esposte (par. 5.2 e 5.3).

6. Le prestazioni del Piano Sanitario

Il Piano Sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le seguenti garanzie:

- Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio;
- Day-hospital a seguito di malattia e infortunio;
- Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio;
- Parto e aborto terapeutico;
- Prestazioni di alta specializzazione;
- Visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- Protesi ortopediche e acustiche;
- Lenti;
- Servizi di consulenza.

6.1 Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora il Cliente Assicurato venga ricoverato per effettuare cure mediche o chirurgiche può godere delle seguenti prestazioni:

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 stesso.
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.
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.
Rette di degenza	Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.
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 € 65,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 65,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

Post-ricovero	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.
---------------	---

Nel caso di utilizzo di *strutture convenzionate* con la Società ed effettuate da *medici convenzionati*, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse senza applicazione di scoperti o franchigie, ad eccezione della garanzia "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevede specifici limiti.

In caso di ricovero in *strutture non convenzionate* con la Società, le prestazioni vengono rimborsate all'Assicurato nella misura dell'80%, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a € 1.000,00 ed un massimo non indennizzabile pari a € 5.000,00, ad eccezione delle garanzie "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.

Qualora venga effettuato in una *struttura convenzionata* un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di *personale medico non convenzionato*, tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le modalità previste per il ricovero in strutture non convenzionate.

Qualora il ricovero avvenga in una struttura del *Servizio Sanitario Nazionale*, UniSalute rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ad esempio le spese per un'eventuale camera a pagamento) rimasti a carico dell'Assicurato. In questo caso, però, l'Assicurato non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva (par. 6.9).

6.2 Trasporto sanitario

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 2.000,00 per ricovero.

6.3 Day-hospital a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 6.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

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

6.4 Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al paragrafo 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" punti "pre-ricovero", "Intervento

chirurgico", "Assistenza medica, medicinali e cure", "Post-ricovero" e 6.2 "Trasporto sanitario", con i relativi limiti in essi indicati.

6.5 Parto e aborto terapeutico

6.5.1 Parto cesareo

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" punti "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Retta di degenza", "Accompagnatore", "Post-ricovero", e 6.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 7.000,00 per anno assicurativo e per persona, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

6.5.2 Parto non cesareo e aborto terapeutico

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" punti "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Retta di degenza"; relativamente alle prestazioni "post-ricovero" vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 6.1 "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio", punto "Post-ricovero", e 6.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 3.000,00 per anno assicurativo e per persona, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

6.6 Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 6.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

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

6.7 Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 2.000,00 per anno assicurativo e per persona.

6.8 Interventi chirurgici odontoiatrici

Il piano sanitario rimborsa le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie, compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma

La documentazione medica necessaria per ottenere la liquidazione delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma;
- referti medici attestanti le neoplasie ossee della mandibola e/o della mascella.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 2.500,00 per persona.

6.9 Indennità sostitutiva

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, ferma restando la possibilità di richiedere il rimborso per le spese di pre e post ricovero di cui al paragrafo 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" punti "Pre-ricovero" e "Post-ricovero", avrà diritto a un'indennità di € 70,00 per ogni giorno di ricovero, per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere € 70,00 per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

6.10 Massimale assicurato

Il Piano Sanitario prevede un massimale che ammonta a € 150.000,00 per anno assicurativo e per persona. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta, non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni. La copertura riprenderà l'anno successivo e con il nuovo pagamento di premio, per gli eventi che accadessero nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente.

6.11 Prestazioni di alta specializzazione

Il piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

<p>Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”)</p> <ul style="list-style-type: none">• Angiografia• Artrografia• Broncografia• Cisternografia• Cistografia• Cistouretrografia• Clisma opaco• Colangiografia intravenosa• Colangiografia percutanea (PTC)• Colangiografia trans Kehr• Colecistografia• Dacriocistografia• Defecografia• Fistelografia• Flebografia• Fluorangiografia• Galattografia• Isterosalpingografia• Linfografia• Mielografia• Retinografia• Rx esofago con mezzo di contrasto• Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto• Rx tenue e colon con mezzo di contrasto• Scialografia• Splenoportografia	<ul style="list-style-type: none">• Urografia• Vesciculodeferentografia• Videoangiografia• Wirsunggrafia <ul style="list-style-type: none">• Accertamenti• Ecocardiografia• Elettroencefalogramma• Elettromiografia• Mammografia o Mammografia Digitale• PET• Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)• Scintigrafia• Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale) <ul style="list-style-type: none">• Terapie• Chemioterapia• Cobaltoterapia• Dialisi• Laserterapia a scopo fisioterapico• Radioterapia
--	--

Nel caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e di *personale convenzionato* con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono pagate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a *strutture sanitarie* o a *personale non convenzionato* con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell' 80% con un minimo non indennizzabile di € 55,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato allegghi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del *Servizio Sanitario Nazionale*, UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico. In questo caso, visto che generalmente l'impegnativa del medico di base viene ritirata all'atto della prenotazione, è sufficiente inviare, insieme al ticket da rimborsare, la fotocopia dell'impegnativa stessa.

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 10.000,00 per persona.

6.12 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

Il piano sanitario 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. 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 pagate con le seguenti modalità:

- Le spese per le visite specialistiche vengono pagate direttamente da UniSalute alle strutture stesse senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
- Le spese per gli accertamenti diagnostici vengono pagate direttamente da UniSalute alle strutture stesse con l'applicazione di una franchigia di € 30,00 per ogni accertamento diagnostico, che l'Assicurato dovrà versare direttamente alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.
- In entrambi i casi, l'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a *strutture sanitarie* o a *personale non convenzionato* con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'80% con un minimo non indennizzabile di € 55,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del *Servizio Sanitario Nazionale*, UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico. In questo caso, visto che generalmente l'impegnativa del medico di base viene ritirata all'atto della prenotazione, è sufficiente inviare, insieme al ticket da rimborsare, la fotocopia dell'impegnativa stessa.

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 2.000,00 per persona.

6.13 Protesi ortopediche e acustiche

Il piano sanitario rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche.

Le spese sostenute vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di € 50,00 per fattura

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 2.000,00 per persona.

6.14 Lenti

Il piano sanitario rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto.

Le spese sostenute vengono rimborsate con applicazione di una franchigia di € 50,00 per fattura.

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

Il limite di spesa per biennio per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 150,00 per persona.

6.15 Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-016616 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

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

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

c) Pareri medici immediati

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

6.16 Casi di non operatività del piano

Il Piano Sanitario, come tutti i prodotti assicurativi, non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di garanzia prevista; nel nostro caso non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dalla polizza.

Non sono garantite dal piano sanitario le spese sostenute per i seguenti eventi:

- 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 della miopia, 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.

- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- 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);
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- 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.
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- 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;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

*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.

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

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

7. Alcuni chiarimenti importanti

7.1 Inclusioni/esclusioni

1) Inclusione del coniuge o del convivente "more uxorio" e dei figli tutti risultanti dallo stato di famiglia.

Per i dipendenti in servizio alla data di effetto del contratto, il coniuge o il convivente "more uxorio" e i figli tutti risultanti da stato di famiglia, possono essere inclusi mediante pagamento del relativo premio ed invio dell'apposito modulo tassativamente entro la data del 28/02/2007; oltre detto termine, potranno essere inseriti esclusivamente il coniuge o il convivente "more uxorio" e i figli di dipendenti neoassunti sempreché risultanti dallo stato di famiglia e semprechè si sia raggiunto il minimo di partenza previsto.

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

2) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per i dipendenti in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari come definiti al punto 4 "Le persone per cui è operante la copertura", secondo capoverso, in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite e semprechè si sia raggiunto il minimo di partenza previsto; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo premio; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società, sempreché sia stato pagato il relativo premio.

3) Inserimento di nuovi dipendenti in data successiva all'effetto di polizza

Le inclusioni di dipendenti in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni. La garanzia per il dipendente e i familiari indicati al punto 4 "Le persone per cui è operante la copertura", primo capoverso, decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Qualora il dipendente intenda inserire l'eventuale coniuge o il convivente "more uxorio" e i figli tutti risultanti dallo stato di famiglia, dovrà includerli nella copertura all'atto dell'assunzione e non potrà inserirli successivamente. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo premio.

4) Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente esce dalla garanzia alla data della cessazione. La cessazione del rapporto di lavoro del dipendente comporta anche la cessazione degli eventuali familiari assicurati con restituzione del premio annuo pagato e non goduto per il periodo di tempo intercorrente tra la data di esclusione e la prima scadenza utile di polizza, al netto delle imposte.

5) Inserimento di familiari ad ogni scadenza annua

E' data possibilità di inserire i familiari previsti al punto 4 "Le persone per cui è operante la copertura" ad ogni successivo rinnovo di polizza previo raggiungimento della percentuale prevista al punto 8 "Premi", e con le limitazioni previste al successivo punto 7.2 "Termini di aspettativa".

7.2 Termini di aspettativa (operante solo per i familiari)

La garanzia per i familiari del dipendente non inseriti contestualmente alla prima partenza di polizza o a quanto previsto dall'articolo 11 "inclusioni ed esclusioni " decorre dalle ore 00:

- del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie conosciute prima dell'ingresso in polizza;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto e le malattie da puerperio;

7.3 Estensione territoriale

Il piano sanitario ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia.

7.4 Limiti di età

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento dell'80° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga l'80° anno di età, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assicurato.

7.5 Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

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

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa in originale viene conservata dalla Società e inviata all'Assicurato con cadenza mensile.

7.6 Informative sui rapporti con l'Assicurato

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

ogni mese	Viene inviato un riepilogo delle eventuali richieste di rimborso sospese con l'indicazione della documentazione necessaria al completamento dell'istruttoria della pratica.
-----------	---

ogni 3 mesi	Viene inviato un riepilogo delle richieste di rimborso liquidate e non liquidate nel corso del trimestre passato.
ogni anno	In tempo utile per gli adempimenti di legge, per facilitare la compilazione della dichiarazione dei redditi degli Assicurati, viene inoltre inviato un riepilogo di tutti i sinistri denunciati con l'indicazione, per ogni documento di spesa, dell'importo richiesto, di quello rimborsato e dell'eventuale quota rimasta a carico dell'Assicurato. Su detto documento, gli importi residui a carico dell'Assicurato e gli eventuali documenti di spesa non liquidati, vengono indicati espressamente come spese detraibili dalla dichiarazione dei redditi.

7.7 Informazioni sulla situazione personale nel sito internet

Da oggi essere Cliente di UniSalute non vuol dire solo garanzia di protezione e sicurezza, ma anche di comodità, flessibilità e informazione.

Infatti da oggi tutti i nostri Clienti hanno a disposizione un sito internet in cui trovare utili notizie: attualità in materia sanitaria, simpatici test per tenere sotto controllo la propria salute, sezione di domande e risposte mediche, e soprattutto una serie di funzionalità riservate accessibili solo tramite codice personale.

Infatti tutte le informazioni che riguardano il rapporto assicurativo con UniSalute sono disponibili anche on line sul sito www.unisalute.it, dove è possibile:

- verificare/aggiornare i Suoi dati anagrafici
- avere a disposizione il testo completo della polizza
- verificare lo stato di valutazione dei sinistri che ci ha inviato
- avere un riepilogo delle richieste di rimborso di tutti i sinistri
- effettuare domande e richieste particolari.

Per garantire una maggiore sicurezza dei dati dei Clienti, UniSalute fornisce un codice di autorizzazione informatica (CAI) con cui registrarsi e che, abbinato ad un identificativo e ad una password di libera scelta, consente di accedere alle funzioni riservate.

COME PUO' CONSULTARE IL SUO ESTRATTO CONTO ON LINE?

- esegua il Login al sito, cliccando su "Entra (LOGIN)"
- acceda alla funzione dal menu' in alto cliccando su "Clienti/Assicurato/Estratto Conto On Line"

L'estratto conto on line è stato realizzato per fornire un rapido e comodo strumento di informazione sullo stato delle sue richieste di rimborso.

Consultandolo, infatti è possibile conoscere in ogni momento l'iter e l'esito finale di ogni sua richiesta di rimborso, potendo selezionare a piacimento le informazioni di suo interesse:

- quelle personali
- quelle di tutta la famiglia
- quelle dell'anno passato per necessita' fiscali
- quelle in corso

E' inoltre possibile visualizzare lo stato dei sinistri:

- pagati
- non liquidabili
- in fase di lavorazione

Inoltre per ogni documento suo e dei suoi familiari vengono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo che abbiamo rimborsato e quello rimasto a suo carico.

NUOVI SERVIZI VIA SMS

UniSalute si serve dell'invio di SMS e di e-mail per ricordarle avvisi importanti:

- conferma della data e dell'ora dei suoi appuntamenti presso le strutture sanitarie convenzionate
- indicazione degli importi dei sinistri rimborsati

Accedere al servizio è semplicissimo:

- esegua il Login al sito, cliccando su "Entra (LOGIN)"
- acceda alla funzione dal menu' in alto cliccando su "Clienti/Assicurato/Estratto Conto On Line"

selezioni la scelta di suo interesse (SMS o e-mail) e potrà ottenere i messaggi promemoria sopraindicati.

8. Premi

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

a) dipendente	a carico dell'azienda
b) coniuge o convivente "more uxorio"	€ 200,00*
c) ogni figlio	€ 180,00*

L'attivazione delle opzioni b) e c) comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari, intesi come coniuge o convivente "more uxorio" o figli, risultanti dallo stato di famiglia.

Possono non essere inseriti solo i familiari che hanno in essere una copertura assicurativa, previa autocertificazione.

Le opzioni b) e c) saranno attivate solo nel caso in cui aderisca un numero di nuclei familiari pari al 20% dei dipendenti assicurati.

* Possibile aumento di premio alla fine del secondo anno come previsto da accordo aziendale.

9. Strutture convenzionate con Unisalute

Le case di cura e i centri di analisi convenzionati sono continuamente in evoluzione, grazie all'attività di un nostro staff specializzato nella ricerca delle migliori strutture; per questo occorrerà fare sempre riferimento alla Centrale operativa UniSalute per avere la migliore informazione su questo aspetto al numero verde 800-016616, oppure consultare il sito internet www.unisalute.it.