

NOMENCLATORE DELLE PRESTAZIONI

SAN.ARTI

TITOLARI IMPRESE ARTIGIANE

## OGGETTO DELLA COPERTURA

La copertura è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività della convenzione per le spese sostenute dall'Iscritto per:

- ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico come da elenco allegato;
- neonati;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche;
- ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso;
- pacchetto maternità;
- pacchetto maternità bis;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- implantologia;
- avulsioni (solo se rese necessarie da prestazioni di implantologia);
- sindrome metabolica;
- diagnosi comparativa;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro oppure da gravi patologie;
- piani assistenziali per non autosufficienze;
- servizi di consulenza.

## PERSONE IN COPERTURA

L'assicurazione è prestata a favore dei Titolari di impresa artigiana in attività alla data del 01/01/2015 che abbiano accettato entro la data di effetto indicata in copertura l'attivazione della presente copertura.

## RICOVERO

### **RICOVERO, PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO COME DA ELENCO ALLEGATO, IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO**

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

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

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **60 giorni** precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

**La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.**

#### **b) Intervento chirurgico**

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

#### **c) Assistenza medica, medicinali, cure**

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

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

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 300,00 al giorno.

#### e) Accompagnatore

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

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con 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 € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

#### g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, 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 60 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.

## TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'iscritto 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 € 1.500,00 per ricovero.

## 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 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.

Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, 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.

## NEONATI

La Società provvede al pagamento delle spese per interventi effettuati nei primi 3 anni di vita del neonato per la correzione di malformazioni \* congenite (diagnosticate nel primo anno di vita), comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in una struttura alberghiera per il periodo del ricovero, nel limite UNA TANTUM di € 15.000,00 (quindicimila/zerozero).

## MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

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

- punto "Ricovero per grande intervento chirurgico in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":
  - "Assistenza infermieristica privata individuale";
- punto "Trasporto sanitario";

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

e delle seguenti:

- punto "Neonati";

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

**a2) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici non convenzionati.**

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

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

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

- punto "Ricovero per grande intervento chirurgico in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":
  - lett. "Retta di degenza";
  - lett. "Accompagnatore";
  - lett. "Assistenza infermieristica privata individuale";
- punto "Trasporto sanitario";

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

**c) Prestazioni in strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

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

Qualora l'Isritto sostenga, durante il ricovero, delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Isritto nei limiti previsti nei diversi punti; **in aggiunta all'importo complessivo dell'Indennità sostitutiva.**

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Isritto, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a1) "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".

## **INDENNITA' SOSTITUTIVA**

L'Isritto, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero (come da elenco allegato) né per altra prestazione ad esso connessa (fatta eccezione per eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari) avrà diritto a un'indennità di €. 100,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 100 giorni per ogni ricovero.

**NB:** La prima giornata di ricovero in Istituto di cura e l'ultima sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

## **SOMMA ANNUA A DISPOSIZIONE**

La somma annua a disposizione per il complesso delle garanzie di cui al punto "ricovero per intervento chirurgico (come da elenco allegato) a seguito di malattia e infortunio" corrisponde a € 90.000,00 (novantamila/zerozero) per persona.

## **INDENNITA' DI CONVALESCENZA (A SEGUITO DI RICOVERO PER UNO DEGLI INTERVENTI IN ELENCO)**

Nel caso di ricovero per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato), la Società assicura una diaria di convalescenza di € 100,00 giornalieri per un massimo di 15 giorni per anno e per persona.

La convalescenza deve essere prescritta all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura e deve risultare dalla cartella clinica.

## ALTA SPECIALIZZAZIONE

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

### *Radiologia convenzionale (senza contrasto)*

- Esami radiologici apparato osteoarticolare
- Mammografia (si precisa per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia);
- Mammografia bilaterale (si precisa per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)
- Ortopanoramica
- RX colonna vertebrale in toto
- Rx di organo apparato
- Rx endorali
- Rx esofago
- Rx esofago esame diretto
- Rx tenue seriato
- Rx tubo digerente
- Rx tubo digerente prime vie
- Rx tubo digerente seconde vie

### *Radiologia convenzionale (con contrasto)*

- Artrografia
- Broncografia
- Cavernosografia
- Cisternografia
- Cistografia/doppio contrasto
- Cisturografia minzionale
- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- Colangiografia/colangiografia percutanea
- Colangiopancreatografia retrograda
- Colecistografia
- Colpografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Esame urodinamico
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o sonoisterografia e/o sonosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
- Rx esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
- Rx piccolo intestino con doppio contrasto
- Rx stomaco con doppio contrasto
- Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo
- Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
- Scialografia con contrasto
- Splenoportografia
- Uretrocistografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungografia

### *Diagnostica per immagini ecografie*

- Ecografia mammaria
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
- Ecografia prostatica anche transrettale
- Ecografia addome superiore

- Ecografia addome inferiore

#### ***Ecocolordoppler***

- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
- Ecocolordoppler aorta addominale
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici

#### ***Alta Diagnostica per immagini***

- Tomografia computerizzata (tc)
- Angio tc
- Angio tc distretti eso o endocranici
- Tc spirale multistrato ( 64 strati )
- Tc con e senza mezzo di contrasto

#### ***Risonanza magnetica (rm)***

- Cine rm cuore
- Angio rm con contrasto
- Rmn con e senza mezzo di contrasto

#### ***Pet***

- Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organo distretto-apparato

#### ***Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)***

- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
- Medicina nucleare in vivo
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

#### ***Diagnostica strumentale***

- Campimetria
- Elettrocardiogramma (ecg) dinamico con dispositivi analogici (holter)
- Elettroencefalogramma
- Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
- Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
- Elettromiografia (emg)
- Elettroretinogramma
- Monitoraggio continuo (24 Ore) della pressione arteriosa
- Phmetria esofagea gastrica
- Potenziali evocati
- Spirometria
- Tomografia mappa strumentale della cornea

#### ***Biopsie***

- Tutte

#### ***Endoscopie diagnostiche***

- Colicistopancreatografia retrograda per via endoscopica diagnostica ( c.p.r.e.)
- Cistoscopia diagnostica
- Esofagogastroduodenoscopia
- Pancolonscopia diagnostica
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscopia diagnostica

#### ***Varie***

- Biopsia del linfonodo sentinella
- Emogasanalisi arteriosa
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Lavaggio bronco alveolare endoscopico
- Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere

#### ***Terapie***

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

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'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia pari a € 30,00 per prestazione/ciclo di terapia.

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

La somma annua a disposizione per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 7.000,00 (seimila/zerozero) per persona.

## VISITE SPECIALISTICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche. 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.

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'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di importo pari a € 30,00 per ogni visita specialistica.

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

La somma annua a disposizione per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 700,00 (settecento/zerozero) per persona.

## TICKETS PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

La Società provvede al rimborso integrale dei ticket sanitari:

- per accertamenti diagnostici (non previsti al punto "diagnostica e terapia" (alta specializzazione);
- di pronto soccorso;

a carico dell'Isritto conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale.

La somma annua a disposizione per il complesso delle prestazioni su indicate corrisponde a € 500,00 (cinquecento/zerozero) per persona.

## PACCHETTO MATERNITA'

Sono comprese nella garanzia:

- 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a n.6 per gravidanza a rischio);
- le ecografie;
- le analisi clinico chimiche;
- amniocentesi e villocentesi: per le donne di età  $\geq 35$  anni tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione mentre per le donne di età  $<35$  anni sono riconosciute solo nel caso di malformazione familiare in parenti di 1° grado o nel caso di patologie sospette.

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

Nel caso in cui l'Isritto si rivolga a **strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società**, le spese sostenute vengono **rimborsate** senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

La garanzia è prestata fino a un massimo di € 1.000,00 (mille/zerozero) per Asscurata all'anno.

**INDENNITA' GIORNALIERA** → In occasione del parto, e previa presentazione della relativa cartella clinica, la Società corrisponderà un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero.

## PACCHETTO MATERNITA' BIS

Nel caso in cui l'Isritta si trovi in uno stato di gravidanza (sempreché superato il periodo di carenza pari ad un anno dalla data di ingresso in copertura) avrà diritto a un'indennità pari a € 1.000,00 mensili per ciascuno dei seguenti mesi di gravidanza:

- 3°
- 4°
- 5°
- 6°
- 7°

→ Lo stato di gravidanza deve essere certificato dal medico curante.

## INDENNITA' ALLATTAMENTO

Successivamente al parto (nel periodo di "allattamento"), per un periodo massimo di 6 mesi, la Società riconosce all'Isritta un'indennità pari a € 400,00 mensili.

## PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dalla copertura" al punto 3, La Società provvede al pagamento di **una visita specialistica e una seduta di igiene orale professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa** previa prenotazione.

Le prestazioni sotto indicate sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni vengono erogate, direttamente, nella misura del:

- 100% per quanto riguarda la **visita specialistica odontoiatrica**;
- 50% per quanto riguarda la **seduta di igiene orale professionale** (ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale);

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

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

## IMPLANTOLOGIA

Viene prevista una somma annua a disposizione di € 2.800,00 (duemilaottocento/zerozero) per prestazioni di implantologia dentale in un anno associativo.

### Si specifica che:

- le prestazioni sono erogabili solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato con la Società;
- le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto;
- ai fini liquidativi dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.

→ E' prevista una carenza di un anno da calcolarsi dalla data di ingresso in copertura del Titolare.

## APPLICAZIONE DI TRE O PIU' IMPIANTI

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

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

Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare la somma annua a disposizione sopra indicata, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'iscritto alla struttura convenzionata.

## APPLICAZIONE DI DUE IMPIANTI

Viene previsto un somma annua (sottolimito) di € 1.000,00 (mille/zerozero) nel caso di applicazione di due impianti previsti dal medesimo piano di cura.

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

- Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare la somma sopra indicata, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'iscritto alla struttura convenzionata.

Qualora, nel corso della medesima annualità di copertura, dopo aver attivato la garanzia prevista al punto "Applicazione di un impianto", si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottolimito di € 1.000,00 (mille/zerozero) previsto in questa garanzia, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

## APPLICAZIONE DI UN IMPIANTO

Viene previsto un sottolimito annuo di € 550,00 (cinquecentocinquanta/zerozero) nel caso di applicazione di un impianto previsto dal piano di cura.

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

- Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare la somma annua sopra, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'iscritto alla struttura convenzionata.

## **AVULSIONE FINO AD UN MASSIMO DI 4 DENTI (solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia)**

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

### Si specifica che:

- le prestazioni sono erogabili solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato con la Società;
  - le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto;
  - Ai fini liquidativi dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.
- Qualora il numero complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il numero sopra indicato, il relativo costo dovrà essere versato direttamente dall'Isritto alla struttura convenzionata.

→ E' prevista una carenza di un anno da calcolarsi dalla data di ingresso in copertura del Titolare.

## **PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI DI VALUTAZIONE DELLA SINDROME METABOLICA**

Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stato di Sindrome Metabolica, ancorché non ancora conclamata, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni previste devono essere effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione, in un'unica soluzione.

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

## **SINDROME METABOLICA**

Per attivare la garanzia l'Isritto dovrà compilare il questionario raggiungibile cliccando su [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) e "confermare il suo invio" alla Società.

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

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

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

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

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

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

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

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

## DIAGNOSI COMPARATIVA

La Società dà la possibilità all'Assicurato di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto.

Telefonando al numero verde della Centrale Operativa UniSalute 800....., l'Assicurato verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

La Società mette a disposizione dell'Assicurato i seguenti servizi:

1. **Consulenza Internazionale.** UniSalute rilascerà all'Assicurato un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Best Doctors® e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione sanitaria richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
2. **Trova Il Medico.** UniSalute, attraverso Best Doctors®, metterà in contatto l'Assicurato con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Best Doctors® ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Assicurato.
3. **Trova la Miglior Cura.** Qualora l'Assicurato intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UniSalute, la stessa, attraverso Best Doctors®, provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell'Assicurato laddove necessario. **Best Doctors® supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi.** L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors® consentirà all'Assicurato di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

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

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

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

## PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

### A - Prevenzione cardiovascolare

Eta' minima 40 anni donna/uomo

Spesa massima autorizzata 150,00 euro, limite da considerare per gli iscritti di entrambi i sessi e di ogni età che si sottopongono ai seguenti accertamenti:

#### a) diagnostica ematochimica caratterizzata da:

- Esame emocromocitometrico
- Ves
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale e Hdl
- Trigliceridi
- Bilirubina totale e frazionata
- Alt e Ast

#### b) indagini specifiche:

- Visita specialistica cardiologia
- Ecg basale e da sforzo

### B - Prevenzione delle patologie oncologiche genitali femminili e mammarie

Per donne di età superiore a 50 anni

Spesa massima autorizzata 120,00, limite da considerare euro per i seguenti accertamenti:

#### a) base comune di diagnostica ematochimica caratterizzata da:

- Esame emocromocitometrico
- Ves
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale e Hdl
- Bilirubina totale e frazionata
- Alt e Ast

#### b) indagini specifiche:

- Visita ginecologica e pap test
- Esame mammografico

### C - Prevenzione delle patologie oncologiche prostatiche

Per uomini di età superiore a 50 anni

Spesa massima autorizzata 120,00 euro, limite da considerare per i seguenti accertamenti:

#### a) base comune di diagnostica ed ematochimica basata su:

- Esame emocromocitometrico
- Ves
- Glicemia
- Azotemia

- Creatininemia
- Colesterolo totale ed Hdl
- Bilirubina totale e frazionata
- Alt e Ast

b) indagini specifiche:

- Visita specialistica urologia
- Ecografia prostatico vescicale
- Dosaggio Psa

## GRAVE INABILITA' DETERMINATA DA INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO SUL LAVORO OPPURE DA GRAVI PATOLOGIE

Limitatamente alla somma di € 10.000,00, la Società rimborsa le spese sanitarie e/o l'erogazione di servizi di assistenza (come indicati al successivo punto "PIANI ASSISTENZIALI PER NON AUTOSUFFICIENZE") per stati di grave inabilità causati da infortunio (sul lavoro) che determina un'invalidità permanente superiore al 50% (tabella di riferimento I.N.A.I.L) oppure causati da una delle seguenti gravi patologie:

- Ictus;
- Sclerosi Multipla;
- Paralisi ;
- Trapianto cuore, fegato, polmone, rene, midollo sp. o pancreas;
- Fibrosi cistica;
- Ischemia arterie vertebrali.

Si precisa che la garanzia è operante solamente qualora:

- l'infortunio sul lavoro deve essere documentato da certificato di Pronto Soccorso e deve essere avvenuto durante l'operatività del contratto;
- le gravi patologie elencate devono essere insorte durante l'operatività del contratto;

Si precisa che nel computo della percentuale di invalidità permanente verranno prese in considerazione solo le conseguenze dirette dell'infortunio, senza tener conto del maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Somma a disposizione pari a € 10.000,00 (diecimila/zerozero). Tale somma è da intendersi contrattuale e quindi fruibile nel corso dei primi due anni del presente contratto.

→ E' prevista una carenza di un anno da calcolarsi dalla data di ingresso in copertura del Titolare.

## PIANI ASSISTENZIALI PER NON AUTOSUFFICIENZE

Nei casi di grave inabilità determinata da IP da infortunio sul lavoro o da gravi patologie, oltre a quanto fornito nel punto precedente, la Compagnia metterà a disposizione tramite un infermiere Case Manager (ICM) la costruzione di Piani Assistenziali personalizzati socio-assistenziali, fornendo eventualmente oltre l'importo di cui sopra anche le tariffe agevolate per badanti e per altre necessità informative/assistenziali domiciliari (il costo della prestazione è a carico dell'Isritto).

→ E' prevista una carenza di un anno da calcolarsi dalla data di ingresso in copertura del Titolare.

## SERVIZI DI CONSULENZA

### In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-0166\_\_ 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'iscritto necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

## LIMITAZIONI

## ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

## CARENZE

Per le garanzie:

- Pacchetto maternità bis;
- Implantologia;
- Avulsioni;
- Grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro oppure da gravi patologie - PAI

E' prevista una carenza di un anno da calcolarsi dalla data di ingresso in copertura del Titolare.

## ESCLUSIONI DALLA COPERTURA

### La copertura 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 **salvo quanto previsto al punto "neonati"**.
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, **salvo quanto previsto ai punti "prestazioni odontoiatriche particolari", avulsioni e "Prestazioni di implantologia"**;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;
6. 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;
7. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
8. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;
9. gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
10. gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
12. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
14. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

\*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.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto "Grave Inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro oppure da gravi patologie" in aggiunta alle esclusioni sopraelencate, l'assicurazione non è operante per le conseguenze:

1. Sono escluse le invalidità permanenti dovute a malattie mentali e disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
2. Gli infortuni pregressi e le malattie insorte precedentemente all'effetto del contratto.

## LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 68° anno di età dell'iscritto, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di copertura, al compimento del 69° anno d'età da parte dell'iscritto.

## ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Qualsiasi neoplasia maligna di organo od apparato. La diagnosi per la presa in carico ed il successivo rimborso dovrà essere supportata da certificazione biptica istologica o citologica.

Chiaramente saranno ammissibili anche interventi con diagnosi di malignità accertata istologicamente dopo l'intervento.

### 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
- Cordotomia e mielotomia percutanea.

### OCULISTICA

- Intervento di enucleazione del globo oculare
- Cataratta ed interventi sul cristallino con eventuale vitrectomia
- Odontocheratoprosesi

### OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico

### CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale
- Resezione Esofago Cervicale
- Dissezione Radicale del Collo
- Escissione Dotto Tireoglosso

### CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per poliposi nasale
- Decompressione Stretto Toracico Superiore

### 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 trasverso
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Safenectomia per grandi vasi (solo varici della grande safena)
- Correzione radicale del ritorno venoso polmonare

### CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Chirurgia bariatrica Sleeve Gastrectomy per BMI superiore a 40
- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- 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
- ernia inguinale e femorale (con esclusione di tutte le altre ernie della parete addominale)
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Resezione gastrica per ulcere non curabili farmacologicamente
- 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 laparotomia
- Fistole entero-enteriche
- Anastomosi entero-esofagee
- Polipectomia per via Laparotomica

#### **UROLOGIA**

- Surrenalectomia
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Calcolosi urinaria

#### **GINECOLOGIA**

- Isterectomia con eventuale con eventuale annessectomia
- Sacrocolpopessi per via Addominale per colpocistorettocele

#### **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
- Interventi al tunnel carpale e dito a scatto

#### **CHIRURGIA MAXILLO- FACCIALE**

- Interventi di chirurgia oro maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali superiore al 25%

#### **TRAPIANTI DI ORGANO**

- Tutti