Guida al Piano sanitario

Manageritalia Iscritti Opzione Dirigenti

Integr. FASDAC.

Edizione 2026

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

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

www.unisalute.it

24h su 24, 365 giorni l'anno

Per tutte le prestazioni dell'area ricovero
contatta preventivamente il

Numero Verde
800-009690

dall'estero: prefisso per l'Italia
+ 051.63.89.046
orari:
8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

I servizi UniSalute sempre con te!
Scarica gratis l'app UniSalute da App Store e Play Store.

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

1. SOMMARIO

1. SOMMARIO 3

2. BENVENUTO 5

3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO 5

3.1. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute 5
3.2. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute 7
3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale 8

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE 9

4.1. Il sito di UniSalute 9
4.1.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti? 9
4.1.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate? 10
4.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati? 10
4.1.4. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione? 11
4.1.5. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso? 11
4.1.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario? 12
4.1.7. Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate? 12
4.1.8. Come posso ottenere pareri medici? 12
4.2. L'app di UniSalute 13
4.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute? 13
4.2.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate? 14
4.2.3. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione? 14
4.2.4. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso? 14

5. PERSONE ASSICURATE 15

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO 16

6.1. Ricovero in istituto di cura, 16
6.1.1. Trasporto sanitario 17
6.1.2. Day-hospital 18
6.1.3. Intervento chirurgico ambulatoriale 18
6.1.4. Trapianti 18
6.1.5. Parto e aborto 18
6.1.5.1. Parto cesareo 18
6.1.5.2. Parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo 19
6.1.6. Rimpatrio della salma 19
6.1.7. Interventi per correzione dei difetti visivi 19
6.1.8. Modalità' di erogazione delle prestazioni 20
6.1.9. Indennita' sostitutiva 21
6.1.10. Massimale assicurato 21
6.2. Alta specializzazione e cure oncologiche 21
6.2.1. Alta specializzazione 22
6.2.2. Cure oncologiche 24
6.3. Prestazioni extraricovero 24

6.4. Lenti 26
6.5. Medicinali anche omeopatici 26
6.6. Protesi /ausili ortopedici ed acustici 27
6.7. Vaccini antinfluenzali, a carattere profilattico e curativi 28
6.8. Prestazioni a tariffe agevolate unisalute 29
6.9. Prestazioni odontoiatriche 29
6.10. Prestazioni odontoiatriche particolari 30
6.11. Servizi di consulenza 31

7. PREMI 32

8. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO 32

9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI 35

9.1. Decorrenza e durata dell'assicurazione 35
9.2. Periodi di carenza contrattuali 35
9.3. Inclusioni/esclusioni 35
9.4. Validità territoriale 37
9.5. Limiti di età 37
9.6. Gestione dei documenti di spesa 37
9.7. Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno? 38
9.8. Foro competente 38
9.9. Reclami 38
9.10. Diritto all'oblio oncologico 41
9.11. Informativa "HOME INSURANCE" - indicazioni per l'accesso all'area riservata ai sensi del regolamento IVASS 41/2018 – ove sussistano i requisiti 41
9.12. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione 42

10. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI 44

2. BENVENUTO

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

I servizi online offerti da UniSalute

Su **www.unisalute.it**, hai a disposizione un'**area riservata con pratiche funzioni online** che rendono ancora più veloce e semplice utilizzare il Piano sanitario.
I servizi online sono **attivi 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno** e sono disponibili anche in versione *mobile* per smartphone e tablet! Per saperne di più consulta il **capitolo 4** della presente Guida.

3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

3.1. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute

Il Piano sanitario è operante a secondo rischio ed a integrazione dei plafond previsti dal tariffario del Fondo FASDAC, in caso di malattia e in caso di infortunio.

Indichiamo di seguito la documentazione generalmente richiesta per il rimborso delle spese sanitarie sostenute, salvo quanto previsto nelle singole coperture del Piano sanitario.

L'Assicurato, dopo avere ottenuto la liquidazione dal Fondo FASDAC, potrà scegliere tra le seguenti modalità:
- il sito www.unisalute.it;
- l'app "UniSalute up";
- **inviare, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite Corrieri), a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti – Via Larga 8 - 40138 Bologna BO**

per inivare la seguente documentazione:

- modulo di denuncia del sinistro corredata da estratto conto rilasciato dal Fondo;
- in caso di **ricovero o Day-Hospital**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di **intervento chirurgico ambulatoriale**, copia completa della documentazione clinica;
- in caso di **indennità giornaliera per ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;

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

- in caso di **prestazioni extraricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;
- documentazione di spesa (distinte e ricevute) in COPIA in cui risulti il quietanzamento. **Non è quindi necessario inviare i documenti in originale a meno che non venga esplicitamente richiesto da UniSalute**;

Relativamente alle prestazioni non garantite dal Fondo FASDAC, l'Assicurato **dovrà inviare la documentazione necessaria:**

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di ricovero(*), copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale(*), copia completa della documentazione clinica, conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico

curante;

- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Il pagamento di quanto spettante all'Iscritto viene effettuato a cura ultimata e previa consegna a UniSalute della documentazione di cui sopra.

È bene sapere che dovrai consentire controlli medici eventualmente disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente alla malattia denunciata, anche mediante il rilascio di una specifica autorizzazione la quale serve per superare il vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che hanno effettuato visite e curate.

3.2. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute

UniSalute ha convenzionato un network di strutture sanitarie private che garantiscono elevati standard in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.
L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate, è disponibile su www.unisalute.it nell'Area clienti o telefonando alla Centrale Operativa. È sempre aggiornato e facilmente consultabile.
Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

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

Prenotazione veloce

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

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

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

Importante

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

3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

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

Richiesta rimborso online

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

In alternativa, invia a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 -

40138 Bologna BO, la documentazione necessaria, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere).

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

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

4.1. Il sito di UniSalute

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

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

4.1.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?

È semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata alla registrazione clienti sul sito UniSalute.

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

Nella home page del sito www.unisalute.it clicca sul pulsante "Area riservata" in alto a destra, poi su "Registrati adesso" e compila la maschera con i dati richiesti.

Ti ricordiamo che per garantire i massimi livelli di sicurezza e di protezione delle informazioni, username e password devono essere

diverse tra loro e la password deve essere almeno di 8 caratteri.
Inoltre la password va rinnovata ogni 6 mesi e un messaggio automatico ti indicherà quando sarà necessario fare la variazione.

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?
Basta cliccare sul pulsante "Area riservata" in alto a destra nell'home page, poi su "Hai bisogno di aiuto?" e inserire i dati richiesti. Procederemo a inviarti all'indirizzo e-mail indicato le credenziali di accesso al sito.

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

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

Accedi all'area clienti e clicca su **"Fai una nuova prenotazione"**.
In base alle tue esigenze puoi:

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

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

4.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Entra nell'Area clienti e **accedi alla sezione "Profilo"**. In base alle tue esigenze puoi:

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

Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

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

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

Entra nell'Area clienti e clicca su "**Richiedi un nuovo rimborso**"

Richiesta rimborso online

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

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

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

Entra nell'Area clienti e **accedi allasezione "Estratto conto".**
L'estratto conto online è un rapido e comodo strumento di informazione sullo stato delle tue richieste di rimborso.

L'aggiornamento dei dati è quotidiano e puoi consultarlo in ogni momento per conoscere in tempo reale l'iter e l'esito di ogni tua

richiesta di rimborso, visualizzare per quali richieste di rimborso devi inviare documentazione mancante, accelerando così la procedura di rimborso, oppure le motivazioni del mancato pagamento.

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

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

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

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

4.1.7. Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?

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

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

4.1.8. Come posso ottenere pareri medici?

Nell'Area clienti hai a disposizione la funzione "il medico risponde", attraverso la quale puoi ottenere pareri medici online, direttamente sulla tua mail. Se hai dubbi che riguardano la tua salute e vuoi un parere medico da uno specialista questo è il posto giusto per parlare di cure, per richiedere consigli e affrontare problemi e incertezze sul tuo benessere.
Entra ed invia le tue domande ai nostri medici. Ti risponderanno via e-mail, nel più breve tempo possibile. Le risposte alle domande più interessanti e sui temi di maggiore interesse vengono pubblicate sul sito a disposizione dei clienti rispettando il più assoluto anonimato.

4.2. L'app di UniSalute

Con **UniSalute Up**, l'app di UniSalue, puoi:

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

4.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

L'app UniSalute è **disponibile per smartphone e tablet** può essere **scaricata gratuitamente da App Store e Play Store**. Accedi allo store e cerca "UniSalute Up" per avere sempre a portata di mano i nostri servizi.
Una volta scaricata puoi registrarti in pochi semplici passi.
Se sei già registrato sul sito www.**unisalute.it** puoi utilizzare le stesse credenziali di accesso!

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

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

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

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

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

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

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

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

Puoi richiedere tramite l'app i rimborsi per le prestazioni sanitarie sostenute semplicemente caricando la foto delle fatture e dei documenti richiesti in tre semplici step.

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

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

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

L'aggiornamento dei dati è in tempo reale e sarai informato sull'iter del rimborso grazie a tempestive notifiche.
Per ogni documento sono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo rimborsato e quello rimasto a tuo carico. In ogni caso, per ogni importo non rimborsato, sarà indicata la motivazione della mancata liquidazione.

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

Integra la documentazione mancante
Nella sezione "**concludi**" puoi visualizzare le pratiche non liquidabili per le quali è necessario l'upload di documentazione integrativa.
Puoi inviare i documenti mancanti, chiedendo così lo sblocco della pratica, semplicemente caricando una foto!

5. PERSONE ASSICURATE

Il dirigente iscritto al Fasdac associati a Manageritalia e sue associazioni Territoriali, il coniuge (o convivente more uxorio/unito civilmente), i figli fino a 26 anni se studenti o disoccupati, e i genitori a carico. Inoltre, sono inclusi i figli invalidi senza limiti di età, i figli naturali riconosciuti, i figli nati da precedente matrimonio del coniuge, e i minori affidati o adottati. Tutti i familiari devono essere iscritti al Fondo Fasdac
Qualora un dirigente decidesse 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.

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario **è operante a secondo rischio** per i titolari e i familiari coperti dal Fondo, a integrazione dei plafond previsti dal tariffario del Fondo FASDAC in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute dall'Assicurato per:

Sezione A)

- ricovero in Istituto di cura reso anche necessario da parto e aborto terapeutico;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- prestazioni di alta specializzazione;
- cure oncologiche
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici e altre prestazioni extraricovero;
- medicinali
- lenti e occhiali;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- protesi ortopediche ed acustiche
- vaccini
- Tariffe agevolate

Sezione B)

- prestazioni odontoiatriche;
- prestazioni odontoiatriche particolari

Sezione valida per Sezione A) e Sezione B)

- servizi di consulenza.

SEZIONE A)

6.1. Ricovero in istituto di cura,

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

a)Pre ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche **effettuati nei 200 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.**

b) Intervento chirurgico, assistenza medica, medicinali, cure
Prestazioni chirurgiche, mediche, infermieristiche, diritti di sala operatoria e materiale di intervento, medicinali.

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.

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 €. 60,00 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
Spese sostenute nei 200 giorni successivi al ricovero nel caso di ricovero con o senza intervento chirurgico per prestazioni sanitarie, trattamenti terapeutici e riabilitativi, medicinali, cure termali correlati al ricovero.

6.1.1. 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 € 3.000,00 per**

anno assicurativo e per nucleo familiare.

6.1.2. Day-hospital

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.**
La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

6.1.3. Intervento chirurgico ambulatoriale

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico, assistenza medica, medicinali, cure", f) "Post-ricovero" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.**

6.1.4. Trapianti

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

Nel caso di donazione da vivente, 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.

6.1.5. Parto e aborto

6.1.5.1. Parto cesareo

In caso di parto cesareo la Società provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni di cui ai punti "Ricovero in Istituto di cura" lett. b)**

“Intervento chirurgico, assistenza medica, medicinali, cure ”, c) “Retta di degenza”, d) “Accompagnatore; f) “Post-ricovero”, e “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un **massimo di € 6.000,00 per evento.**

6.1.5.2. Parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo

In caso di parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo, la Società provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni di cui ai punti “Ricovero in Istituto di cura” lett. b) “Intervento chirurgico, assistenza medica, medicinali, cure”, c) “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 “Ricovero in istituto di cura”, lettera f) “Post-ricovero”, e “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.**

La garanzia è prestata fino ad un **massimo di € 3.500,00 per evento.**

6.1.6. 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 € 3.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.**

6.1.7. Interventi per correzione dei difetti visivi

In deroga a quanto previsto all’articolo “Esclusioni dall’Assicurazione”, la Società provvede al pagamento delle spese per gli **interventi di chirurgia refrattiva, nonché i trattamenti con laser ad eccimeri, sia in strutture sanitarie convenzionate che in strutture sanitarie non convenzionate con la Società:**

- **In caso di anisometropia superiore a 3 diottrie;**
- **In caso di deficit visivo pari o superiore a 5 diottrie per ciascun occhio**

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 2.000,00 per persona.

6.1.8. Modalità' di erogazione delle prestazioni

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate di cui **al punto "Ricovero in Istituto di cura" vengono rimborsate all'Assicurato con le seguenti modalità**:

- **le prestazioni previste dal tariffario del Fondo FASDAC., nel caso in cui l'Assicurato abbia richiesto ed ottenuto il rimborso da parte del Fondo, verranno rimborsate ad integrazione di quanto rimborsato dal Fondo**

- **Per prestazioni elencate nel presente punto e non previste dal tariffario del Fondo**
  le spese verranno rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25%.

- **Le spese per le prestazioni previste nel presente punto e previste dal tariffario del Fondo verranno rimborsate con applicazione di uno scoperto del 50% nel caso in cui l'Assicurato non abbia richiesto ed ottenuto il rimborso da parte dello stesso Fondo.**

ad eccezione delle seguenti:
punto "Ricovero in Istituto di cura":
- **lett. c) "Retta di degenza";**
- **lett. d) "Accompagnatore";**
- **lett. e) "Assistenza infermieristica privata individuale";**

b) Prestazioni nel 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'Assicurato sostenga durante il ricovero delle **spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà** quanto anticipato dall'Assicurato **secondo quanto indicato alle lett.** a) Prestazioni in **strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate** con la Società**; 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 alla lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società**

6.1.9. Indennita' sostitutiva

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, essendo stato il costo a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, avrà diritto **a un'indennità di € 100,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 150 giorni per anno** per nucleo familiare. In caso di grande intervento chirurgico l'indennità si considera elevata a **€ 150,00** al giorno

6.1.10. Massimale assicurato

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 500.000,00 per nucleo

6.2. Alta specializzazione e cure oncologiche

Relativamente alle prestazioni non rimborsate dal Fondo FASDAC o comunque prestate a primo rischio, è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Le spese per le prestazioni previste nel presente punto e previste dal tariffario del Fondo FASDAC, nel caso in cui l'Assicurato abbia richiesto ed ottenuto il rimborso da parte del Fondo, verranno rimborsate ad integrazione di quanto rimborsato dal Fondo.

Per prestazioni elencate nel presente punto e non previste dal

tariffario del Fondo, le spese verranno rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25%.

Le spese per le prestazioni previste nel presente punto e previste dal tariffario del Fondo FASDAC verranno rimborsate con applicazione di uno scoperto del 50% nel caso in cui l'Assicurato non abbia richiesto ed ottenuto il rimborso da parte dello stesso Fondo.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 8.000,00 per nucleo

6.2.1. Alta specializzazione

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione", 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:

Doppler

E.C.G. a riposo e sotto sforzo, anche secondo Holter

Ecocardiografia

Ecografie

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

6.2.2. Cure oncologiche

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione" la Società, nei casi di malattie oncologiche, liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di ricovero o day hospital che in regime di extraricovero), **con massimale autonomo**.
Si intendono inclusi in garanzia anche le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie farmacologiche.

6.3. Prestazioni extraricovero

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche anche omeopatiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, agopuntura, cure psicoterapiche, ,cure termali (escluse le spese alberghiere) conseguenti a malattia o a infortunio, assistenza infermieristica domiciliare nel limite di **€ 52,00** al giorno.

Sono altresì coperte le spese per visita logopedistica, visita podologica, visita osteopatica

La Società rimborsa inoltre le spese per accertamenti diagnostici effettuati in gravidanza.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 3.000,00 per nucleo familiare.

In caso di cure termali sottolimite annuo di € 800,00

In caso di cure psicoterapiche sottolimite annuo di € 1000,00

In caso di trattamenti fisioterapici sottolimite annuo di € 1.000,00

Relativamente alle prestazioni non rimborsate dal Fondo FASDAC o comunque prestate a primo rischio, è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Le spese per le prestazioni previste nel presente punto e previste dal tariffario del Fondo FASDAC., nel caso in cui l'Assicurato abbia richiesto ed ottenuto il rimborso da parte del Fondo, verranno rimborsate ad integrazione di quanto rimborsato dal Fondo.

Per prestazioni elencate nel presente punto e non previste dal tariffario del Fondo, le spese verranno rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25%.

Le spese per le prestazioni previste nel presente punto e previste dal tariffario del Fondo FASDAC verranno rimborsate con applicazione di uno scoperto del 50% nel caso in cui l'Assicurato non abbia richiesto ed ottenuto il rimborso da parte dello stesso Fondo.

6.4. Lenti

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto, nel **limite annuo di € 200,00 per persona**
Per l'attivazione è necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus.

Le spese per le prestazioni previste nel presente punto e previste dal tariffario del FASDAC. nel caso in cui l'Assicurato abbia richiesto ed ottenuto il rimborso da parte del Fondo, verranno rimborsate ad integrazione di quanto rimborsato dal Fondo.

Per prestazioni elencate nel presente punto e non previste dal tariffario del Fondo, le spese verranno rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25%.

Le spese per le prestazioni previste nel presente punto e previste dal tariffario del Fondo FASDAC verranno rimborsate con applicazione di uno scoperto del 50% nel caso in cui l'Assicurato non abbia richiesto ed ottenuto il rimborso da parte dello stesso Fondo.

6.5. Medicinali anche omeopatici

La Società provvede al rimborso delle spese per medicinali anche omeopatici **prescritti a seguito di malattia o infortunio**.
Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.
I medicinali omeopatici potranno essere prescritti esclusivamente da un medico omeopata.
Non rientrano in copertura i vaccini.

Ai fini del rimborso è necessario l'invio della seguente documentazione:

- **copia delle prescrizioni mediche nominative;**

- **relativi scontrini fiscali dai quali risultino la denominazione, la quantità e il prezzo del medicinale e il codice fiscale dell'assicurato.**

Non verrà, in ogni caso previsto il rimborso per medicinali quali ad esempio viagra, prodotti dietologici, anticoncezionali, prodotti di dermocosmesi e da banco.

Le spese per le prestazioni previste nel presente punto e previste dal tariffario del FASDAC. nel caso in cui l'Assicurato abbia richiesto ed ottenuto il rimborso da parte del Fondo, verranno rimborsate ad integrazione di quanto rimborsato dal Fondo.

Per prestazioni elencate nel presente punto e non previste dal tariffario del Fondo, le spese verranno rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25%.

Le spese per le prestazioni previste nel presente punto e previste dal tariffario del Fondo FASDAC verranno rimborsate con applicazione di uno scoperto del 50% nel caso in cui l'Assicurato non abbia richiesto ed ottenuto il rimborso da parte dello stesso Fondo.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 200,00 per nucleo familiare.

6.6. Protesi /ausili ortopedici ed acustici

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel **limite annuo di € 1.500,00 per nucleo familiare.**

Rientrano in garanzia anche gli **ausili medici ortopedici ed acustici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodi, plantari, apparecchi acustici,** calzature ortopediche, dispositivi immobilizzanti, parrucche in caso di patologia oncologica maligna

Le spese per le prestazioni previste nel presente punto e previste dal tariffario del FASDAC. nel caso in cui l'Assicurato abbia richiesto ed ottenuto il rimborso da parte del Fondo, verranno rimborsate ad

integrazione di quanto rimborsato dal Fondo.

Per prestazioni elencate nel presente punto e non previste dal tariffario del Fondo Fasdac o nel caso in cui l'Assicurato non abbia richiesto e/o ottenuto il rimborso da parte dello stesso Fondo le spese verranno rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25%.

6.7. Vaccini antinfluenzali, a carattere profilattico e curativi

La Società rimborsa all'Assicurato le spese per **i vaccini riconosciuti dal servizio sanitario nazionale** (**solo costo del farmaco**) **contro i rischi dell'influenza stagionale, per quelli a carattere profilattico come ad esempio il vaccino per Meningococco e per Herpes Zoster e per quelli a carattere curativo, come ad esempio il vaccino antiallergico in paziente con certificata malattia allergica o vaccino per papilloma virus in assicurati con positività hpv.**

La garanzia non opera per i vaccini contro il SARS Cov-2.

In caso di primo rischio, per l'attivazione della garanzia l'Assicurato dovrà inoltrare copia della ricevuta fiscale e/o del ticket, accompagnati dalla prescrizione medica.

Le spese per le prestazioni previste nel presente punto e previste dal tariffario del FASDAC , nel caso in cui l'Assicurato abbia richiesto ed ottenuto il rimborso da parte del Fondo, verranno rimborsate ad integrazione di quanto rimborsato dal Fondo.

Per prestazioni elencate nel presente punto e non previste dal tariffario del Fondo FASDAC, le spese verranno rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25%.

Le spese per le prestazioni previste nel presente punto e previste dal tariffario del Fondo FASDAC verranno rimborsate con applicazione di uno scoperto del 50% nel caso in cui l'Assicurato non abbia richiesto ed ottenuto il rimborso da parte dello stesso Fondo

Il rimborso verrà effettuato nel limite massimo di € 100,00 all'anno.

6.8. Prestazioni a tariffe agevolate unisalute

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali 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.

SEZIONE B) Prestazioni odontoiatriche

6.9. Prestazioni odontoiatriche

La Società provvede al pagamento delle spese per visite e per prestazioni odontoiatriche ed ortodontiche **conseguenti a malattia o a infortunio.** Sono comprese le spese per l'acquisto e il ribasamento di protesi odontoiatriche.

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

Le spese per le prestazioni previste nel presente punto e previste dal tariffario del FASDAC , nel caso in cui l'Assicurato abbia richiesto ed ottenuto il rimborso da parte del Fondo, verranno rimborsate ad integrazione di quanto rimborsato dal Fondo.

Per prestazioni elencate nel presente punto e non previste dal tariffario del Fondo, le spese verranno rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25%.

Le spese per le prestazioni previste nel presente punto e previste dal tariffario del Fondo FASDAC verranno rimborsate con applicazione di uno scoperto del 50% nel caso in cui l'Assicurato non abbia richiesto ed ottenuto il rimborso da parte dello stesso Fondo.

6.10. 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 senza l'applicazione di scoperti o franchigie

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.

Sezione valida per SEZIONE A) e SEZIONE B)

6.11. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-009650** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

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

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

c) Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'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.

7. PREMI

..... OMISSIS .....

8. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

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

Il Piano sanitario non è operante per:

1. **le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni;**
2. **la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;**
3. **tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;**
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. **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;**
6. **gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;**
7. **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.**
8. **gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;**
9. **il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;**
10. **gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;**
11. **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;

12. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;

13. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;

14. 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;

15. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;

16. 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;

17. **le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;**
18. **tutte le terapie mediche;**
19. **le conseguenze dirette o indirette di pandemie;**
20. **le prestazioni sanitarie effettuate in modalità a distanza, tramite il ricorso a tecnologie informatiche (videoconsulto e/o teleconsulto).**

Limitatamente alle prestazioni previste al punto "Odontoiatria/Ortodonzia" l'assicurazione non è operante per:
- protesi estetiche
- trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

* 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.

9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

9.1. Decorrenza e durata dell'assicurazione

La polizza ha efficacia dal 01/01/2026 al 01/01/2027, salvo proroghe o rinnovi.
Per quanto riguarda l'effetto e la scadenza della polizza per gli Assicurati che entrano/escono in corso d'anno, si rimanda a quanto stabilito all'art. "Inclusioni/Esclusioni".

9.2. Periodi di carenza contrattuali

Per chi non fosse già assicurato al **01/01/2026**, **la decorrenza delle prestazioni** per il dirigente e il nucleo familiare, con **riferimento al giorno di presentazione della domanda di adesione, avrà effetto**:
- dalle **ore 24 dello stesso giorno per i casi di infortunio**;
- dalle **ore 24 del 90° giorno successivo per i casi di malattia**;
- dalle **ore 24 del 300° giorno per i casi di gravidanza**.

Se la richiesta di inserimento del proprio familiare, nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite, viene fatta alla Cassa oltre il termine dei 30 giorni dalla data della variazione stessa, **l'inclusione avverrà in occasione del rinnovo annuale e la decorrenza delle prestazioni per i nuovi familiari avverrà:**
- dal **1° gennaio per i casi di infortunio**;
- dal **1° aprile per i casi di malattia**;
- dal **1° novembre per i casi di gravidanza**.

9.3. Inclusioni/esclusioni

Le movimentazioni all'interno della presente polizza sono regolate dai punti di seguito indicati.

1) Inserimento di nuovi assistiti in data successiva all'effetto di polizza
In caso di inclusioni in data successiva a quella di effetto della polizza,

la garanzia per il titolare e i familiari indicati al punto "Persone assicurate", primo capoverso, decorre dalle ore 00,00 del giorno della relativa comunicazione all'intermediario. L'adesione dei familiari dovrà essere comunicata contestualmente all'adesione del titolare

2) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia
L'inclusione di familiari come definiti al punto "Persone assicurate", in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita solo nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; per i neonati la relativa comunicazione all'intermediario dovrà essere comunicata entro 30 giorni dalla nascita, diversamente la copertura sarà attiva dall'annualità successiva.
In caso di matrimonio o nuova convivenza invece la copertura sarà attiva solo dall'annualità successiva.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste ai punti 1 e 2 del presente articolo, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde a tanti trecentosessantesimi del premio annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione al termine del periodo assicurativo in corso.

3) Esclusioni
La copertura può operare soltanto finché il dirigente è iscritto al FASDAC.
Eventuali esclusioni verranno effettuate mantenendo gli assicurati in copertura fino alla prima scadenza annuale successiva e senza alcuna restituzione di premio.
Qualora, per qualunque motivo, il dirigente perda il diritto al beneficio della copertura FASDAC., il dirigente e l'eventuale nucleo familiare assicurato verranno esclusi dalla polizza con decorrenza dal momento di cessazione della copertura FASDAC. e con relativo rimborso di premio per il periodo intercorrente tra l'esclusione e la prima scadenza utile

Nel caso in cui il titolare intendesse escludere il nucleo familiare indicato in precedenza deve darne comunicazione per iscritto all'Intermediario almeno un mese prima della scadenza annuale; in tal caso il nucleo familiare non potrà più essere ammesso ad usufruire delle prestazioni assistenziali sanitarie.

9.4. Validità territoriale

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

Se ti trovi all'estero e hai bisogno di un ricovero, devi contattare il più presto possibile la Centrale Operativa per avere l'autorizzazione ad effettuare la prestazione e farti indicare la struttura sanitaria convenzionata a te più vicina.

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

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

9.5. Limiti di età

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° anno di età del titolare, e la Società non accetterà ulteriori pagamenti di premio da soggetti che abbiano già compiuto 76 anni; 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 il 75° anno di età, l'assicurazione cesserà** alla prima scadenza annua **limitatamente a questo Assicurato**.

9.6. Gestione dei documenti di spesa

A. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate da UniSalute effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene

consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

B. Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

La documentazione di spesa ricevuta in copia, viene conservata e allegata alle richieste di rimborso come previsto per legge. Qualora UniSalute dovesse richiedere all'Assicurato la produzione degli originali verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

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

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:

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

9.8. Foro competente

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

9.9. 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.

9.10. Diritto all'oblio oncologico

A partire dal 2 gennaio 2024 in conformità alla Legge 7 dicembre 2023 n.193 che ha introdotto il "diritto all'oblio oncologico", l'Assicurato, guarito da una patologia oncologica senza episodi di recidiva ha diritto a non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica, nei casi previsti dalla legge.
Per ulteriori approfondimenti si rimanda al sito www.unisalute.it Informativa Oblio Oncologico.

9.11. Informativa "HOME INSURANCE" - indicazioni per l'accesso all'area riservata ai sensi del regolamento IVASS 41/2018 – ove sussistano i requisiti

Ai sensi del 2° comma dell'art. 44 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018 nel sito internet di UniSalute (www.unisalute.it) è disponibile un'apposita area riservata a cui il Contraente può accedere per consultare on line la propria posizione contrattuale e per compiere alcune operazioni quali, ad esempio, pagare il Premio Assicurativo successivo al primo e richiedere la liquidazione dei Sinistri o la modifica dei propri dati personali. Le credenziali personali

per accedere all'area riservata sono rilasciate al Contraente mediante processo di "auto registrazione" disponibile nell'area stessa.

9.12. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

1. Informazioni generali

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

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

La Società è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 20-11-1989 n. 18340 (G.U. 4-12-1989 n. 283), D.M. 8-10-1993 n. 19653 (G.U. 25-10-1993 n.251), D.M. 9-12-1994 n.20016 (G.U. 20-12-1994 n. 296) e Prov. Isvap n.2187 dell'8-05-2003 (G.U. 16-05-2003 n.112). Numero di iscrizione all'Albo delle Imprese Assicurative: 1.00084.
Per informazioni patrimoniali sulla società consulta la relazione sulla solvibilità disponibile sul sito: https://www.unisalute.it/informazioni-societarie/informativa-pillar-solvency-2

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2024, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 307,4 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 130,6 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unisalute.it, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2024, è pari ad € 144,17 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 38,10 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri pari ad € 290,22 milioni, con un conseguente Indice di

solvibilità, al 31 dicembre 2024, pari a 2,01 volte il requisito patrimoniale di solvibilità e 7,62 volte il requisito minimo di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

10. 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 echinococcosi 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 echinococcosi 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 orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia
Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica

Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenectomia

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

www.unisalute.it