

UNISALUTE



**Soci del Fondo
Pensione del
personale direttivo
delle Società dell'ex
Gruppo IMI**



**GUIDA AL PIANO
SANITARIO**

Servizio di consulenza ai clienti

**Numero Verde
800- 822424**

dall'estero: prefisso per l'Italia
+ 051.63.89.046

orari:
8,30 – 19,30 dal lunedì al venerdì

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

In applicazione delle nuove disposizioni del Decreto Legislativo 209/2005 art.185 "Informativa al contraente" la Società informa che:

- la legislazione applicata al contratto è quella italiana;
- **Reclami** Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

Unisalute S.p.A. - Funzione Reclami Via del Gomito, 1 - 40127 Bologna fax
051- 6386125 e-mail reclami@unisalute.it.

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

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 descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Compagnia: www.unisalute.it. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione delle responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà **di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti**.

Guida al Piano sanitario Soci del Fondo Pensione del personale direttivo delle Società dell'ex Gruppo IMI

Questo manuale è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo; in nessun caso può sostituire la polizza di assicurazione, della quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali.

La polizza resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.



1. Sommario

2.	BENVENUTO TRA GLI ASSICURATI UNISALUTE.....	5
3.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	5
3.1.	Per prima cosa contatta Unisalute	5
3.2.	Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	6
3.3.	Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	7
3.4.	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	8
3.5.	Professione intramuraria	9
4.	SERVIZI ON-LINE SU WWW.UNISALUTE.IT.....	9
4.1	Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area Clienti riservata?	10
4.2	Come faccio a prenotare on-line le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	10
4.3	Come faccio ad aggiornare on-line i miei dati?	10
4.4	Come faccio a chiedere on-line il rimborso di un sinistro?	11
4.5	Come faccio a consultare l'estratto conto on-line e lo stato dei miei sinistri?	11
4.6	Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?	12
4.7	Come posso ottenere pareri medici on-line?	12
5.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	12
6.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	13
6.1.	Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio	13
6.2.	Trasporto sanitario	15
6.3.	Day-hospital a seguito di malattia e infortunio	15
6.4.	Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio	16
6.5.	Trapianti a seguito di malattia e infortunio	16
6.6.	Parto e aborto terapeutico	16
6.7.	Rimpatrio della salma	17
6.8.	Indennità sostitutiva	17
6.9.	Il massimale dell'area ricovero	17
6.10.	Prestazioni di alta specializzazione	18
6.11.	Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	19
6.12.	Protesi ortopediche e acustiche	20
6.13.	Trattamenti fisioterapici riabilitativi	20
6.14.	Servizi di consulenza	21
7.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO.....	22
8.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	23
8.1.	Inclusioni/esclusioni	23
8.2.	Estensione territoriale	24
8.3.	Limiti di età	25
8.4.	Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)	25
8.5.	Quali riepiloghi invia Unisalute nel corso dell'anno?	25
9.	PREMI.....	26

MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO E INFORMATIVA PRIVACY AL CENTRO GUIDA

2. Benvenuto tra gli assicurati Unisalute

Con la “Guida al Piano sanitario” intendiamo offrirti un utile supporto per la comprensione e l’utilizzo del Piano.

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

All’interno della guida troverai quindi l’indicazione delle modalità da seguire qualora tu debba utilizzare il Piano.

Ti consigliamo di attenerti a queste modalità, così da poterti assistere con la sollecitudine che ci è propria.

www.unisalute.it: i nuovi servizi on line

Da oggi essere Cliente di UniSalute ti permette di accedere a tanti comodi servizi on line, creati apposta per te, per semplificare e velocizzare al massimo tutte le tue operazioni: dalle tue richieste di rimborso alla prenotazione delle prestazioni sanitarie, dall’aggiornamento dei tuoi dati alla visualizzazione delle prestazioni del tuo piano. E tanto altro ancora. Per saperne di più consulta il capitolo 4 della presente guida.

3. Come utilizzare le prestazioni del Piano sanitario

3.1. Per prima cosa contatta Unisalute

In caso di **ricovero** occorre contattare il più presto possibile la Centrale Operativa di UniSalute al **numero verde gratuito indicato a inizio guida**. Gli Operatori e i Medici della Centrale Operativa sono sempre disposizione per verificare la compatibilità delle prestazioni richieste con il Piano sanitario.

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

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

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

In caso di **visita o esame** in una struttura sanitaria convenzionata con Unisalute ti consigliamo di effettuare la **prenotazione on line sul sito www.unisalute.it** come indicato nel capitolo 4 della presente guida. E' molto più semplice e ti permette di risparmiare tempo.

Se non hai modo di collegarti a internet puoi comunque telefonare al numero verde della Centrale Operativa indicato nel retro della copertina.

3.2. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute

UniSalute ha predisposto un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private.

L'elenco, sempre aggiornato, è disponibile su www.unisalute.it nell'area riservata ai clienti o telefonando alla Centrale Operativa.

Tutti i centri garantiscono un'ottima offerta in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.

L'Assicurato utilizzando le strutture convenzionate gode di vantaggi rilevanti:

- non deve sostenere alcun esborso di denaro (fatto salvo quanto previsto dal tuo piano) poiché i pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra UniSalute e la struttura convenzionata;
- può utilizzare, per le prenotazioni delle prestazioni garantite dal Piano sanitario, la Centrale di Assistenza Clienti UniSalute contattabile mediante il numero verde gratuito indicato nel retro della copertina;
- l'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi e in presidi sanitari che garantiscono alti livelli di qualità e di efficienza.

All'atto dell'effettuazione della prestazione (che deve essere preventivamente autorizzata dalla Centrale Operativa), l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante, contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

- **In caso di ricovero** dovrà inoltre sottoscrivere il modulo contenente gli impegni da lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e, all'atto delle dimissioni, la documentazione di spesa (fatture e ricevute).

All'atto della dimissione dall'istituto di cura non dovrà far altro che firmare un modulo contenente l'elenco dei servizi ricevuti e lasciare la richiesta del suo medico di fiducia, così che possa essere unita alla documentazione. Sarà UniSalute ad occuparsi del

pagamento e di ogni altra questione che dovesse presentarsi (escluse le spese non strettamente relative alla degenza: come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc. che vengono pagate direttamente dal Cliente).

UniSalute provvederà a pagare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie **autorizzate** con i limiti sopra enunciati.

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

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

Attenzione

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

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

3.3. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute

Per garantire al Cliente la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario prevede anche la facoltà di avvalersi di strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute.

In questo caso il rimborso delle spese sostenute avverrà con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni.

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

All'atto delle dimissioni l'Assicurato dovrà saldare le fatture e le note spese. **Per richiederne il rimborso**, l'Assicurato deve inviare direttamente alla sede di **UniSalute (Via del Gomito, 1 - 40127 Bologna)** la documentazione necessaria:

- il modulo di denuncia del sinistro compilato e sottoscritto, che si trova allegato alla presente guida oppure sul sito www.unisalute.it al termine della procedura di Denuncia del sinistro on line (vedi capitolo 4);

- 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;

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 quietanziamento. **Non è quindi necessario inviare i documenti in originale a meno che non venga esplicitamente richiesto da Unisalute.**

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, Unisalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

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

E' bene sapere che l'Assicurato dovrà 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 che serve per superare il vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

3.4. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

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

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

comunque effettuate all'interno delle strutture pubbliche, salvo quanto previsto nelle singole garanzie del Piano sanitario.

- Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il Piano sanitario rimborsa integralmente quanto anticipato dall'Assicurato;
- Corresponsione in alternativa di un' indennità sostitutiva giornaliera in caso di ricovero, le cui modalità descriveremo più avanti.

In entrambi i casi per richiedere il rimborso occorre seguire le modalità descritte nel punto precedente (3.3).

3.5. Professione intramuraria

Se il ricovero avviene in un reparto a pagamento all'interno di un ospedale pubblico si parla di professione intramuraria e il costo rimane a carico del paziente. UniSalute, però, liquiderà i sinistri con modalità varianti a seconda che il reparto a pagamento della struttura pubblica sia o meno convenzionato con UniSalute. Nei due casi valgono le norme appena esposte (3.2 e 3.3).

4. Servizi on-line su www.unisalute.it

L'utilizzo di internet ti permette di accedere a comodi servizi per velocizzare e semplificare al massimo tutte le tue operazioni di rimborso e di aggiornamento dei tuoi dati. In questa sezione ti presentiamo i servizi on-line a tua disposizione sul sito.

Tutte le informazioni che riguardano il rapporto assicurativo con UniSalute sono disponibili *on-line* sul sito www.unisalute.it, dove è possibile accedere ad una **serie di funzionalità riservate agli assicurati UniSalute**, pensate appositamente per agevolarli nell'utilizzo del Piano sanitario.

- Prenotare direttamente on line presso le strutture convenzionate le visite o gli esami non connessi ad un ricovero
- verificare e aggiornare i propri dati e le proprie coordinate bancarie
- denunciare i sinistri e stampare il modulo di richiesta rimborso
- verificare lo stato di lavorazione dei sinistri inviati
- consultare l'estratto conto on line
- consultare le prestazioni del proprio Piano sanitario
- consultare l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate
- ottenere pareri medici on line

4.1 Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area Clienti riservata?

E' semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata alla Registrazione Clienti che trovi sul sito www.unisalute.it.

Come faccio a registrarmi al sito e a conoscere la mia Username e Password?

Nella home page del sito www.unisalute.it accedi alla funzione "Registrati" 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 bottone "Non ricordi password?" sulla home page e inserire i dati richiesti. Procederemo a inviarti all'indirizzo e-mail indicato le credenziali di accesso al sito.

4.2 Come faccio a prenotare on-line le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?

Attraverso il sito puoi prenotare presso le strutture convenzionate solo visite e/o esami. In caso di ricovero è sempre necessario contattare preventivamente la Centrale Operativa al numero verde indicato a inizio guida.

Una volta effettuato il log-in al sito, basta cliccare sul Pulsante Blu "Prenotazione visite/esami". In base alle tue esigenze puoi:

- prenotare direttamente la prestazione compilando l'apposito form;
- richiedere a UniSalute l'autorizzazione ad eseguire la prestazione dopo che l'hai prenotata autonomamente;
- visualizzare tutti i dettagli relativi alla tua prenotazione;
- disdire o cambiare una prenotazione;

4.3 Come faccio ad aggiornare on-line i miei dati?

Effettua il log-in al sito cliccando su Entra/Login e clicca sul pulsante VERDE "aggiorna i tuoi dati".

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

Potrai infatti ricevere 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 che ci ha inviato per il rimborso; **richiesta del codice IBAN**, se mancante; conferma dell'avvenuto **pagamento del sinistro**.

4.4 Come faccio a chiedere on-line il rimborso di un sinistro?

Effettua il log-in al sito cliccando su Entra/Login e clicca sul **pulsante ROSSO "sinistri/rimborsi"**.

La procedura è semplice e ti consente di **velocizzare i tempi di elaborazione dei documenti e quindi di rimborso**. Per permetterti un rapido e corretto caricamento dei documenti relativi ai sinistri puoi consultare la guida on-line "come caricare i documenti" ed utilizzare le note posizionandoti con il puntatore del mouse sopra il simbolo 

Alla fine la procedura propone di stampare il Modulo di richiesta rimborso/denuncia del sinistro.

Per ottenere il rimborso ricordati di stamparlo e di inviarlo a UNISALUTE S.p.A - Via del Gomito, 1 40127 Bologna, unitamente a copia di tutta la documentazione relativa al sinistro.

4.5 Come faccio a consultare l'estratto conto on-line e quindi lo stato dei miei sinistri?

Esegui il Login al sito cliccando su Entra/Login e clicca sul **pulsante ROSSO "sinistri/rimborsi"**.

L'estratto conto on-line è stato realizzato per fornirti 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 tuo sinistro, visualizzare per quali sinistri devi inviare documentazione mancante, accelerando così la procedura di rimborso, oppure le motivazioni del mancato pagamento.

Puoi visualizzare tutte le informazioni di tuo interesse:

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

E' inoltre possibile visualizzare lo stato dei sinistri:

- pagati;
- non rimborsabili;
- in fase di lavorazione;

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

La quota che non ti viene rimborsata, rappresenta il valore che puoi detrarre dalla dichiarazione dei redditi tra le spese mediche. Tutte le pagine visualizzate sono stampabili. In questo modo non devi aspettare che ti venga recapitato per posta l'estratto conto, e puoi evitare così possibili inconvenienti legati ai disguidi postali.

4.6 Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?

Esegui il Login al sito cliccando su Entra/Login e clicca sul pulsante **ARANCIO “le prestazioni del tuo piano e le strutture sanitarie convenzionate”**. Seleziona la funzione di tuo interesse per visualizzare le prestazioni del tuo Piano sanitario o l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

4.7 Come posso ottenere pareri medici on-line?

Nell'Area Clienti hai a disposizione la funzione “il medico risponde”, attraverso la quale puoi ottenere pareri medici on-line, 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.

5. Le persone per cui è operante la copertura

L'assicurazione è prestata a favore dei Soci del Fondo pensione del personale direttivo delle società dell'ex Gruppo IMI dipendenti delle Società: Banca Fideuram, Sanpaolo Invest SIM, Consorzio Studi e Ricerche Fiscali, Fideuram Fiduciaria, Fideuram Investimenti SGR e dei relativi nuclei familiari fiscalmente a carico, intendendo per tali, il coniuge ed i figli risultanti da stato di famiglia.

La copertura può essere estesa con versamento del relativo premio a carico dell'iscritto, al coniuge e ai figli non fiscalmente a carico, al convivente "more uxorio" e ad altri familiari purchè risultanti dallo stato di famiglia. In questo caso dovranno essere incluse tutte le persone come sopra indicate, risultanti dallo stato di famiglia.

Per i prossimi rinnovi potranno entrare solo i nuovi soci ed i familiari non fiscalmente a carico nel solo caso di variazione dello stato di famiglia per matrimoni, nuove nascite o nuove convivenze.

Nel caso in cui si avessero soci dipendenti di aziende aderenti al

6. Le prestazioni del Piano sanitario

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio per le seguenti garanzie:

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

6.1. Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infotunio

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

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

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
Intervento chirurgico	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
Assistenza medica, medicinali, cure	Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono compresi nella garanzia nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico.

Rette di degenza	Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 206,58 al giorno.
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 € 51,65 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 51,65 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
Post-ricovero	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.
Spese di viaggio per accompagnatore all'estero	In caso di ricovero con intervento chirurgico all'estero la Società rimborsa le spese di viaggio sostenute dall'accompagnatore con il massimo di € 1.032,91 per ricovero.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle garanzie "Assistenza infermieristica privata individuale" e "Spese di viaggio per accompagnatore all'estero" che prevedono specifici limiti.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Unisalute**

Le prestazioni vengono rimborsate lasciando una quota del **30%** a carico dell'Assicurato con il minimo non indennizzabile di € **1.549,37**, ad eccezione delle garanzie “Retta di degenza”, “Accompagnatore”, “Assistenza infermieristica privata individuale” e “Spese di viaggio per accompagnatore all'estero” che prevedono specifici limiti

➔ Nel caso di ***intervento chirurgico ambulatoriale*** a seguito di malattia e infortunio, fermo restando lo scoperto del **30%** la franchigia che viene ridotta a € **258,23**.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici non convenzionati**

Tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate in forma rimborsuale da UniSalute con l'applicazione dello scoperto o del minimo non indennizzabile previsti per il ricovero in strutture non convenzionate.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari rimasti a carico dell'Assicurato. In questo caso, però, l'assicurato non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva (par. 6.8).

6.2. Trasporto sanitario

Il Piano sanitario rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € **1.500,00** per ricovero.

6.3. Day-hospital a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di day-hospital (degenze diurne in Istituto di cura che non prevedono il pernottamento nella struttura sanitaria), il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte ai paragrafi 6.1 “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” e 6.2 “Trasporto sanitario” con i relativi limiti in essi indicati.

Questa garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

6.4. Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al paragrafo 6.1. “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” punti “Pre-ricovero”, “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Post-ricovero” e 6.2 “Trasporto sanitario”, con i relativi limiti in essi indicati.

6.5. Trapianti a seguito di malattia e infortunio

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

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

6.6. Parto e aborto terapeutico

6.6.1 Parto cesareo

In caso di parto cesareo, La Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi 6.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” punti “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Retta di degenza”, “Accompagnatore”, “Post-ricovero”, “Spese di viaggio per accompagnatore all’estero” e 6.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 5.164,57 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

6.6.2 Parto non cesareo e aborto terapeutico

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi 6.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” punti “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Retta di degenza”; relativamente alle prestazioni

“post-ricovero” vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 6.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”, punto “Post-ricovero”, e 6.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € **2.582,28** per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

6.7. Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € **1.549,37** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

6.8. Indennità sostitutiva

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € **80,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **300 giorni** per nucleo familiare. Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere € **80,00** per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

6.9. Il massimale dell'area ricovero

In termini assicurativi con *massimale* si intende una cifra oltre la quale il prodotto assicurativo o una sua parte non possono rimborsare.

Il Piano sanitario prevede quindi un massimale che ammonta a € **350.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni. La copertura riprenderà l'anno successivo e con il nuovo pagamento di premio, per gli eventi che accadessero nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente.

6.10. Prestazioni di alta specializzazione

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

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di una franchigia di € 20,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che l'Assicurato dovrà versare direttamente alla struttura sanitaria all'atto della fruizione della prestazione. Il cliente dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Unisalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'80% con il minimo non indennizzabile di € 51,65 per ogni sinistro, intendendo per tale l'insieme delle prestazioni relative alla stessa patologia e inviate in un'unica soluzione. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato allegghi alla fattura la

richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 15.000,00 per nucleo familiare. Nel caso di patologie oncologiche, il massimale annuo viene elevato a € 25.000,00 per nucleo familiare.

6.11. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

Il Piano sanitario prevede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di una franchigia di € 23,00 per ogni fattura, che l'Assicurato dovrà versare direttamente alla struttura sanitaria all'atto della fruizione della prestazione. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Unisalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di € 65,00 per fattura. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Assicurato richieda il rimborso delle spese sostenute per prestazioni previste al punto 6.10 "Prestazioni di alta

specializzazione” e al presente punto, riconducibili alla stessa patologia, verrà applicato un solo scoperto o minimo non indennizzabile della presente garanzia.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 7.000.00 per nucleo familiare

6.12. Protesi ortopediche e acustiche

Il Piano sanitario rimborsa le spese per l'acquisto e la riparazione di protesi ortopediche e acustiche.

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con un minimo non indennizzabile di **€ 51,65** per sinistro.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 3.000.00 per nucleo familiare

6.13. Trattamenti fisioterapici riabilitativi

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di malattia o infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico “di base” o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Sono escluse dalla garanzia prestazioni quali linfodrenaggi ed altro, effettuati per insufficienza venosa.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono pagate direttamente da UniSalute alle strutture stesse senza applicazioni di scoperti o franchigie. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia, come sopra indicato.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Unisalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con un minimo non indennizzabile di **€ 51,65** per ogni ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di Unisalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia, come sopra indicato.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Unisalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico. Per ottenere il rimborso da parte di Unisalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 516,46 per nucleo familiare.

6.14. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di Unisalute telefonando al numero verde **800-822424** 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 la Società.

c) Fax assistito

Qualora la prestazione sanitaria richiesta non rientri in copertura o per esaurimento del massimale, o per decorrenza dei termini massimi previsti o per una esclusione specifica di polizza e rimanga a totale carico dell'assicurato, è possibile richiedere comunque alla Centrale l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, della prenotazione mediante "fax assistito". Ciò consentirà l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute per effettuare le prestazioni all'interno di strutture sanitarie convenzionate con un risparmio consistente rispetto al tariffario normalmente previsto.

d) Pareri medici

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

7. Casi di non operatività del piano

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

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

1. le patologie pregresse prima dell'inserimento in polizza (esclusione operante solo per i familiari non fiscalmente a carico che hanno aderito per la prima volta al 1/1/07 e senza variazione dello stato di famiglia).
2. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di ricovero per intervento di correzione della miopia, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.
3. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
4. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
5. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);

6. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Isritto di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Isritto che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
8. 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 derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Isritto;
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.

* 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.**

8. Alcuni chiarimenti importanti

8.1. Inclusioni/esclusioni

1) Coniuge e figli fiscalmente non a carico, convivente “more uxorio” e altri familiari risultanti dallo stato di famiglia

Oltre la data di effetto del contratto, potranno essere inseriti esclusivamente il coniuge e i figli fiscalmente non a carico, il convivente “more uxorio” e gli altri familiari risultanti dallo stato di famiglia di Isritti neoassunti.

Alle scadenze annuali del contratto i familiari suindicati inseriti nella

copertura potranno essere esclusi; in questo caso, non potranno più essere reinseriti.

2) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per gli Iscritti in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari come definiti al punto 5 "Le persone per cui è operante la copertura", in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo. La garanzia decorrerà dalla data di certificazione della variazione sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni; in caso contrario decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

3) Nuova iscrizione al Fondo

Nel caso di nuove iscrizioni, la garanzia per l'Iscritto e i familiari indicati al punto 5 "Le persone per cui è operante la copertura", primo capoverso, decorre dal giorno dell'iscrizione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni; qualora l'iscrizione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Qualora l'Iscritto intenda inserire l'eventuale coniuge e i figli fiscalmente non a carico, il convivente "more uxorio" o altri familiari risultanti dallo stato di famiglia, dovrà includerli nella copertura all'atto dell'iscrizione e non potrà inserirli successivamente.

4) Perdita del requisito di carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio

Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio, la garanzia cesserà dal momento di accadimento dell'evento e dovrà essere immediatamente comunicata alla Società; potrà essere mantenuta con versamento del premio per il coniuge o per il figlio fiscalmente non a carico da parte dell'Iscritto. Qualora il coniuge o il figlio non venga mantenuto nella garanzia dal momento della perdita del carico fiscale, non potrà più essere incluso successivamente.

5) Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-iscritto e gli eventuali familiari assicurati vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

8.2. Estensione territoriale

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

8.3. Limiti di età

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il 75° anno di età, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assicurato.

8.4. Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

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

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa ricevuta in copia viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge, mentre - qualora UniSalute dovesse richiedere all'Assicurato la produzione degli originali - verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

8.5. Quali riepiloghi invia Unisalute 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.

Su detto documento, gli importi residui a carico dell'Assicurato e gli eventuali documenti di spesa non liquidati, vengono indicati espressamente come spese detraibili dalla dichiarazione dei redditi.

9. Premi

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

a) Iscritto e nucleo fiscalmente a carico come indicato al punto 5 “Le persone per cui è operante la copertura”	A carico dell’Azienda
b) Coniuge e figli non fiscalmente a carico o convivente “more uxorio” (premio da corrispondere per l’inserimento dell’insieme dei familiari fisc. non a carico)	€ 200,00
c) Ogni altro familiare	€ 295,00

L’attivazione delle opzioni b) e c) comporta obbligatoriamente l’inserimento di tutti i familiari risultanti dallo stato di famiglia.