Guida al Piano sanitario

Personale dipendente delle Casse Rurali, B.C.C. ed Enti collegati della Prov. Di Trento

Edizione gennaio 2019

QUANDO C'È **UNISALUTE** C'È **TUTTO**

Per tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario
vai su:

www.unisalute.it

24h su 24, 365 giorni l'anno

Numero Verde
800 - 822480

orari:

8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

I servizi UniSalute sempre con te!

Scarica gratis l'app te da App Store e Play Store.

In applicazione delle nuove disposizioni del Decreto Legislativo 209/2005 art.185 "Informativa al contraente" si 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 Larga, 8 - 40138 Bologna
fax 051- 7096892 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'IVASS, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. I reclami indirizzati all'IVASS 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
Personale dipendente delle Casse Rurali, B.C.C. ed Enti collegati della Prov. Di Trento

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

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

1. SOMMARIO

2. BENVENUTO 5

3. SERVIZI ONLINE E MOBILE 5

3.1. Il sito di UniSalute 5
3.1.1.Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti? 5
3.1.2.Come faccio ad aggiornare online i miei dati? 6
3.1.3.Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate? 6
3.2. L'app di UniSalute 7
3.2.1.Come faccio a scaricare l'app UniSalute? 7

4. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA 7

5. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO 8

5.1. Stati di non autosufficienza 8
5.1.1Oggetto della garanzia 8
5.1.2Definizione dello stato di non autosufficienza 8
5.1.3Massimale garantito 9
5.1.4Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società 10
5.1.5Prestazioni della Società 12
5.1.6Erogazione diretta della prestazione di assistenza (PAI) 13
5.1.7Richiesta di rimborso spese 14
5.1.8Richiesta di corresponsione dell'indennità 14
5.1.9Rimborso Spese per "Adeguamento Domestico" per gli Assicurati che si trovano in Stato di NON Autosufficienza Permanente. 15
5.1.10Accertamento del perdurante Stato di non autosufficienza 21
5.1.11Rischi esclusi 21
5.2. Critical Illness 22
5.2.1 Oggetto della garanzia 22
5.2.2 Malattie indennizzabili 22
5.2.2 Carenza 24
5.2.3 Somma assicurata 25
5.2.4 Limite di età 25
5.2.5 Obblighi dell'Iscritto in caso di sinistro 25
5.2.6 Termine per l'indennizzo 25
5.2.7 Esclusioni 25
5.3. Diagnosi comparativa 26
5.4. Prestazioni diagnostiche particolari 28

6. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO 29

6.1. Validità territoriale 29
6.2. Limiti di età **Errore. Il segnalibro non è definito.**

MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO E INFORMATIVA PRIVACY ALLEGATI

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!

3. SERVIZI ONLINE E MOBILE

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

3.1. Il sito di UniSalute

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

- **prenotare** presso le strutture convenzionate, una volta l’anno, in un’unica soluzione, le “Prestazioni diagnostiche particolari” previste dal tuo piano sanitario e **ricevere velocemente la conferma dell’appuntamento**;
- **verificare e aggiornare** i tuoi **dati** e le tue **coordinate bancarie**;
- consultare le **prestazioni** del proprio **Piano sanitario**;
- consultare l’elenco delle **strutture sanitarie convenzionate**;

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

E’ 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 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.

3.1.2. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Entra nell'Area clienti e **accedi all'area "Aggiorna 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
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

3.1.3. 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 **accedi all'area "Prestazioni e strutture convenzionate".**

Seleziona la funzione di tuo interesse per visualizzare le prestazioni del tuo Piano Sanitario o l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

3.2. L'app di UniSalute

Con **Unisalute Up**, la nuovissima app di UniSalute, puoi:

- **visualizzare l'agenda con i prossimi appuntamenti**: modificarli o disdirli;
- **ricevere notifiche in tempo reale** con gli aggiornamenti sugli appuntamenti;
- **accedere alla sezione Per Te** per scoprire e leggere le news e gli articoli del Blog InSalute.

3.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

L'app UniSalute è **disponibile per smartphone e tablet** è 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. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

La copertura è prestata a favore di tutti i dipendenti delle Casse Rurali – Banche di Credito Cooperativo ed Enti collegati aderenti al Contraente, purché in forza in data posteriore al 31 ottobre 2008, indipendentemente dal tipo di contratto di lavoro, maggiorenni **e che al momento di entrata in copertura non si trovino già in uno stato di non autosufficienza**.

La copertura è operante dal giorno dell'assunzione fino alla prima scadenza annuale successiva alla cessazione del rapporto di lavoro.

5. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante per le seguenti coperture:

- Stati di non autosufficienza;
- Critical Illness;
- Diagnosi comparativa;
- Prestazioni diagnostiche particolari.

5.1. Stati di non autosufficienza

5.1.1 Oggetto della garanzia

La presente copertura ha come oggetto il **rimborso delle spese sanitarie sostenute o l'erogazione di servizi di assistenza**, per mezzo di strutture e/o personale sanitari convenzionati, per un valore corrispondente alla somma garantita agli Iscritti, quando questi si trovino in uno stato di non autosufficienza come descritto nell'articolo "Definizione dello Stato di non autosufficienza".
In alternativa è prevista la corresponsione di un'**indennità sostitutiva mensile** di importo pari alla somma garantita all'Iscritto, indicata al successivo articolo "Massimale garantito".

Nel caso in cui ricorra lo stato di non autosufficienza, la copertura, nelle modalità sopraindicate, rimane operante sino alla cessazione dello stato di non autosufficienza.

5.1.2 Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene riconosciuta in stato di non autosufficienza la persona il cui stato di salute viene giudicato "consolidato" e che:

1. si trova nell'**impossibilità fisica totale e permanente** di potere effettuare **da sola** almeno **tre dei quattro** atti ordinari della vita (lavarsi, mangiare, spostarsi, vestirsi, secondo le definizioni dell'Allegato A) **e necessita in modo costante**:
   - o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
   - o di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza;

OPPURE

2. è affetta da **demenza senile invalidante** o dalla **malattia di Alzheimer**, verificata da un referto medico basato sui risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status - Esame di Folstein) **e necessita in modo costante**:
   - o di un soggiorno in Istituto di cura oppure in struttura per l'erogazione dell'assistenza a persone non autosufficienti;
   - o dell'assistenza di un terzo che compia o completi i servizi di cura a domicilio.

5.1.3 Massimale garantito

Il massimale annuo garantito nel caso in cui l'Iscritto si trovi nelle condizioni indicate al precedente articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" l'importo massimo garantito per periodi di 30 giorni continuativi (o l'equivalente indennità sostitutiva) sono rispettivamente di **€ 30.000,00** (trentamila) e di **€ 2.500,00** (duemilacinquecento). Viene inoltre garantito un importo "una tantum" di **€ 10.000,00** (diecimila) al riconoscimento di non autosufficienza ai sensi dell'articolo "Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società".

In alternativa a quanto sopra l'Iscritto, anche per il tramite dell'amministratore di sostegno, del tutore legale o del familiare preposto alla cura dell'Iscritto, potrà beneficiare di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

Di seguito le prestazioni erogabili a seguito del processo (PAI) sopra descritto:

- Assistenza fornita da infermiere – Operatore Socio Sanitario – Assistente familiare;
- Badante;
- Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- Visite specialistiche;
- Accertamenti diagnostici;

- Trasporto in ambulanza;
- Prestazioni erogate in regime di ricovero.

La Società procederà con la prenotazione e autorizzazione, delle suddette prestazioni, **esclusivamente in Strutture Convenzionate con la Società stessa**.

La Società provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Iscritto stesso e/o dalle Strutture Convenzionate con la Società utilizzate per l'erogazione delle sopra elencate prestazioni.

Il limite di spesa per le prestazioni inerenti il PAI indicate sopra è fissato in **€ 3.000,00** mensili.

5.1.4 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società

Spetta all'Iscritto, o a qualsiasi altra persona del suo ambiente familiare, comunicare alla Società che sono presumibilmente maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi dell'articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza", richiedere alla stessa, tramite il Broker, il questionario di non autosufficienza e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Iscritto.

Il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro - indirizzato a: UniSalute - Servizio Liquidazione - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - dovrà contenere un certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Iscritto, la data della sua sopravvenienza e precisa l'origine accidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni.

Il fascicolo completo dovrà contenere anche il questionario di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente del malato.

Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.

In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Iscritto è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte della competente pubblica amministrazione. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto, dovrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata alla competente pubblica amministrazione.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Iscritto è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte della competente pubblica amministrazione. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto dovrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata alla competente pubblica amministrazione.

La Società, analizzata tutta la suddetta documentazione, entro **45 giorni** valuterà se:

a) richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Iscritto sembrano insufficienti;
b) effettuare, tramite un proprio fiduciario, una visita medica presso l'Iscritto;

c) ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'Iscritto;
d) ritenere non sussistente lo stato di non autosufficienza.

Nei casi sub a) e b), entro **30 giorni** dal momento in cui le siano pervenute le risultanze, la Società comunicherà all'Iscritto la valutazione definitiva in merito alla sussistenza dello stato di non autosufficienza**.**

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato dalla Società quando:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l'aggravarsi dello stato di salute dell'Iscritto intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione;
- il contratto sia ancora in vigore.

La Società avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Iscritto da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

5.1.5 Prestazioni della Società

Tutti gli oneri previsti dal presente articolo in capo all'Iscritto si intendono assumibili anche da **chi legalmente lo rappresenta**. A detto rappresentante potranno essere effettuati i pagamenti della Società.

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Iscritto di **richiedere la corresponsione della somma assicurata** - entro i limiti previsti all'articolo "Massimale garantito" - **nelle forme di seguito indicate** e dettagliate nei successivi articoli "Erogazione diretta della prestazione di assistenza (PAI)", "Richiesta di rimborso spese", "Richiesta di corresponsione dell'indennità":

- **erogazione diretta** della prestazione di assistenza, per mezzo di strutture sanitarie convenzionate (PAI);
- **rimborso delle spese** sostenute per prestazioni relative ad assistenza;
- corresponsione di una **Indennità Sostitutiva.**

Dette prestazioni devono intendersi fra loro alternative e fungibili, a discrezione dell'Iscritto; la richiesta alla Società di modifica della modalità di attivazione prescelta dovrà contenere le motivazioni che, a seguito di effettive necessità, determinano la variazione dell'opzione attivata.
Indipendentemente dalla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Iscritto, come definito all'articolo 5.1.2, la Società erogherà le prestazioni **dal momento in cui ne sarà stato accertato l'inizio** e comunque non oltre la data in cui avrà ricevuto tutta la documentazione necessaria per stabilirne la sussistenza.

5.1.6 Erogazione diretta della prestazione di assistenza (PAI)

Qualora l'Iscritto richieda l'attivazione del servizio di assistenza, anche domiciliare, avvalendosi quindi di strutture e/o di personale sanitario convenzionati con la Società, la stessa provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate.

La struttura e/o il personale sanitario convenzionati non potranno comunque richiedere all'Iscritto né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale Iscritto o non autorizzate dalla Società.

Nell'interesse degli Iscritti, le Parti collaboreranno per sviluppare i convenzionamenti con le strutture assistenziali facenti capo alla Cooperazione Trentina.

5.1.7 Richiesta di rimborso spese

L'Iscritto dovrà presentare copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero ed i certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

Dovrà inoltre allegare le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria, o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro coerente con la situazione di salute dell'Iscritto.
Il pagamento di quanto spettante all'Iscritto verrà effettuato, previa valutazione della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata, entro **45 giorni** dal ricevimento della medesima.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

5.1.8 Richiesta di corresponsione dell'indennità

L'Iscritto dovrà presentare dichiarazione espressa di volersi avvalere della facoltà di usufruire della corresponsione di un importo mensile pari ad un dodicesimo del massimale annuo Iscritto.
L'indennità sarà normalmente corrisposta in rate trimestrali posticipate previo invio alla Società, tramite il broker, del certificato di esistenza in vita.
Qualora nel corso del trimestre cessi lo stato di non autosufficienza, spetterà all'Iscritto l'indennità relativa al mese in corso.

Dovranno essere restituite alla Società le indennità che fossero corrisposte per mensilità successive a quella di cessazione dello stato di non autosufficienza.

5.1.9 Rimborso Spese per "Adeguamento Domestico" per gli Assicurati che si trovano in Stato di NON Autosufficienza Permanente.

Con effetto 31/10/2015 la Società rimborsa le spese sostenute per l'Adeguamento Strutturale Domestico o per l'Accesso all'Ambiente Domestico, d'ora in poi denominato "Adeguamento Domestico", a favore dell'Iscritto al quale è stato riconosciuto lo Stato di Non Autosufficienza Permanente**.**

Relativamente a questa garanzia, **si intendono "Assicurati" solo**:

a) i dipendenti cui è stato riconosciuto lo stato di non autosufficienza permanente;
b) gli ex dipendenti cui è stato riconosciuto lo stato di non autosufficienza permanente dopo la cessazione del rapporto di lavoro per evento occorso, diagnosticato o aggravatosi quando erano iscritti al Contraente.

Fermo l'esonero dall'obbligo del pagamento del premio dopo il riconoscimento dello stato di non autosufficienza permanente (art. 21), nel caso b) dovrà essere stato esercitato il diritto di proseguire nella copertura.

La copertura prevede il rimborso delle spese, dettagliate nei successivi punti a) usque l), per l'abbattimento delle barriere architettoniche interne all'abitazione oppure di accesso all'abitazione e le opere anche murarie effettuate all'interno all'abitazione per adattarle alle esigenze specifiche degli Assicurati non autosufficienti.
Il rimborso delle spese è previsto **nei limiti di un massimale autonomo di € 2.250,00 all'anno per ogni Iscritto.**

<u>La garanzia comprende il rimborso delle spese sostenute per:</u>

a) Adeguamento di porte e di portefinestre interne, o altre vie di passaggio, tali da consentire un agevole transito anche dell'Iscritto non autosufficiente su sedia a ruote.

b) Per adeguamento si intende l'intervento su dimensioni, posizionamento e manovrabilità di porte e di portefinestre. È compresa l'installazione di porte scorrevoli o con anta a libro.
c) Sostituzione e/o modifica di maniglie dei fissi e degli infissi, con il riposizionamento delle stesse ad un'adeguata altezza e/o con l'installazione di meccanismi di apertura e di chiusura delle stesse tali da renderle facilmente utilizzabili anche da parte di persone con ridotte o impedite capacità motorie o sensoriali.
d) Interventi di allargamento e adeguamento del portone d'ingresso e di fissi e infissi del condominio e/o del fabbricato in cui abita l'Iscritto non autosufficiente, tali da evitare ostacoli al suo transito su sedia a ruote e quindi per agevolarne l'accesso alla propria abitazione.
e) Eliminazione dei dislivelli presenti sul pavimento dell'abitazione e dell'eventuale soglia interposta tra l'ambiente esterno (per es. balcone, terrazza, cortile, giardino) e l'ambiente interno, in modo tale da consentire il transito dell'Iscritto non autosufficiente anche su sedia a ruote.
f) Adeguamento dei camminamenti esterni (per es. marciapiedi, viottoli, gradini, scale) su suolo privato e/o e di cancelli con l'abbattimento di eventuali barriere architettoniche esistenti e/o allargamento del passaggio dell'Iscritto non autosufficiente anche su carrozzina/sedia a rotelle per l'accesso alla propria abitazione. Adeguamento del garage e/o del posto auto assegnato all'Iscritto non autosufficiente, purché su suolo privato, per consentire il suo transito anche su carrozzina/sedia a rotelle e tale da consentire le necessarie e agevoli manovre di salita e discesa dal veicolo adibito al suo trasporto anche su sedia a ruote.
g) Sostituzione dei servizi igienici esistenti, come lavabi, WC, bidet, docce e/o vasche da bagno, con altri impianti sanitari adeguati allo stato di non autosufficienza dell'Iscritto.
h) Si intendono incluse le eventuali spese per le opere murarie/edili e quelle necessarie per i nuovi impianti, sia idraulici che elettrici, rese necessarie per l'installazione dei nuovi sanitari e/o tali da

consentire le indispensabili manovre dell'Iscritto non autosufficiente su sedia a ruote.

i) Interventi su gradini, scale e corridoi esistenti sia all'interno dell'abitazione sia all'interno del condominio/fabbricato ove abita l'Iscritto non autosufficiente e tali da permettere il suo passaggio anche su sedia a ruote e/o il passaggio contemporaneo di due persone e/o il passaggio orizzontale di una barella.

j) Installazione o sostituzione di idonei congegni di risalita e/o discesa quali per esempio l'ascensore interno, il montacarichi, il servoscala, le piattaforme elevatrici.

k) Interventi murari/edili per l'ampliamento della camera da letto destinata all'Iscritto non autosufficiente, tali da poter inserire un letto e/o attrezzature mediche necessari e adeguati allo stato di non autosufficienza dell'Iscritto.

l) Riposizionamento e sostituzione di interruttori di corrente, di apparecchi/congegni elettrici/elettronici, di quadri generali, di valvole e di rubinetti di arresto delle varie utenze, di regolatori di impianti di riscaldamento e condizionamento, nonché di campanelli, pulsanti di comando e citofoni che per tipo e posizione planimetrica e altimetrica potranno permettere un uso agevole anche da parte di persona non autosufficiente su sedia a ruote.

m) Trattamento antiscivolo/antisdrucciolo della pavimentazione dell'abitazione e/o delle parti condominiali/del fabbricato, purché insistenti su area privata, che conducono all'accesso dell'abitazione e/o del garage/posto auto dell'Iscritto non autosufficiente.

Si intendono escluse le spese sostenute per:

a) acquisto/noleggio di carrozzine/sedie a rotelle;
b) acquisto/noleggio qualsiasi mezzo di ausilio (sono esclusi anche gli ausili meccanici, tecnici ed informatici/elettronici);
c) acquisto/noleggio di arredi e/o suppellettili e/o elettrodomestici, ancorché destinati esclusivamente all'Iscritto non autosufficiente;
d) le spese non espressamente previste;

e) le spese sostenute prima del 31/10/2015, pur in presenza di uno stato di non autosufficienza consolidato già accertato.

Condizioni di Operatività della garanzia

L'Iscritto potrà inoltrare la richiesta di rimborso delle spese previste dalla garanzia a condizione che:

- sia **già** stato accertato dalla Società il suo stato di non autosufficienza consolidata/permanente;
- le spese per gli adeguamenti previsti in garanzia, siano state sostenute dopo il 31/10/2015;
- le fatture risultino debitamente quietanzate e riportino analiticamente tutte le voci di spesa sostenute; rimane inteso che, ove gli adeguamenti rendessero necessarie prestazioni non espressamente previste, le stesse saranno scorporate dalla/e fattura/e, restando a carico dell'Iscritto.

Il rimborso delle spese è previsto solo nel caso in cui l'Iscritto non autosufficiente **risieda stabilmente** nell'abitazione in cui sono stati effettuati i lavori di adeguamento.

Rimane inteso che **compete all'Iscritto l'onere delle necessarie verifiche fiscali** sulla congruità della richiesta di rimborso spese con eventuali agevolazioni fiscali.

L'Iscritto potrà in ogni caso contattare UniSalute, e più specificamente il suo Case Manager, il quale potrà fornire informazioni in relazione alle normative generali e/o locali (ossia applicate dai rispettivi Comuni di residenza) e informazioni generali anche di carattere burocratico oppure indirizzarlo agli uffici competenti.

Criteri di liquidazione

1°) Il rimborso delle spese sostenute è previsto purché gli **interventi** per l' "Adeguamento Domestico", siano stati **effettuati in conformità con le vigenti normative** edilizie, anche locali, e/o con il regolamento del condominio/fabbricato nel quale si trova l'abitazione dell'Iscritto non autosufficiente.

Si conviene pertanto che:

- per gli interventi che non richiedono alcun permesso/nulla osta da parte del Comune e/o del condominio (quali per esempio l'installazione di montascale oppure l'adeguamento degli impianti sanitario e/o elettrico all'interno dell'abitazione) sarà sufficiente che sulle fatture sia chiaramente indicato le spese sono state sostenute per l'"Adeguamento Domestico" a favore dell'Iscritto e che gli adeguamenti sono stati effettuati in conformità con le norme vigenti;
- per gli interventi più complessi, la Società potrà sempre richiedere copia della dichiarazione dell'impresa esecutrice dei lavori oppure del progettista incaricato (geometra, ingegnere, architetto regolarmente iscritti ai rispettivi Albi Professionali) in merito a:
  - **a)** permessi/nulla osta ottenuti dal Comune e/o dal condominio, per l'effettuazione delle opere;
  - **b)** attestazione che le opere eseguite non hanno richiesto alcun nulla osta.

2°) **Per ottenere il rimborso delle spese sostenute,** l'Iscritto deve inviare a UniSalute S.p.A., tramite il Broker (Assintel s.r.l. – Via Moro 11 – 40033 Casalecchio di Reno BO o assintel@assintelbroker.it), la seguente documentazione:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- copia delle fatture intestate all'Iscritto, con le indicazioni riportate al precedente punto 1°), debitamente quietanzate oppure corredate da copia del bonifico effettuato per il pagamento;
- certificato esistenza in vita successivo alla data di pagamento della fattura;
- certificato di residenza dell'Iscritto;
- una descrizione dei lavori svolti con l'eventuale dichiarazione di "fine lavori" (se prevista) emessa dall'impresa esecutrice dei lavori oppure del progettista incaricato (geometra, ingegnere o architetto).

L'Iscritto potrà richiedere anche il rimborso della quota condominiale

di sua spettanza, qualora le spese siano state suddivise tra i condomini sulla base della ripartizione concordata tra gli stessi e previo inoltro della fattura complessiva e dell'idonea documentazione riguardante la ripartizione dei costi.

3°) **Liquidazione delle fatture di acconto**

Nel caso in cui l'Iscritto inviasse per il rimborso una fattura di acconto debitamente quietanzata, la Società potrà procedere alla liquidazione di una somma non superiore **a € 1.125,00**. Alla richiesta di rimborso dovranno essere allegati:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- preventivo di spesa complessivo controfirmato sia dalla società incaricata/esecutrice, sia dall'Iscritto;
- copia delle fatture intestate all'Iscritto, con le indicazioni riportate al precedente punto 1°), debitamente quietanzate oppure corredate da copia del bonifico effettuato per il pagamento;
- certificato esistenza in vita successivo alla data di pagamento della fattura di acconto;
- certificato di residenza dell'Iscritto.

La società provvederà al saldo di quanto effettivamente pagato, nei limiti previsti dalla garanzia, alla conclusione delle opere.

Per il pagamento del saldo sarà necessario inoltrare alla Società:

- copia delle fatture di saldo intestate all'Iscritto, con le indicazioni riportate al precedente punto 1°), debitamente quietanzata oppure corredata da copia del bonifico effettuato per il pagamento;
- la dichiarazione di "fine lavori" (se prevista) emessa dall'impresa esecutrice e/o dal progettista incaricato (geometra, ingegnere o architetto);
- il certificato di esistenza in vita successivo alla data di pagamento della fattura.

Rimane inteso che qualora le fatture siano emesse su più annualità

assicurative, ciascuna, secondo la data di emissione, sarà imputata all'annualità assicurativa di competenza e pertanto liquidata nel limite del relativo massimale residuo.

UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Si intende che gli obblighi e oneri a carico dell'Iscritto possono essere adempiuti anche dai soggetti che lo assistono o lo rappresentano legalmente.

5.1.10 Accertamento del perdurante Stato di non autosufficienza

La Società si riserva la facoltà di procedere in ogni momento - con ragionevole preavviso e, ove richiesto, alla presenza del Medico curante - a controlli presso l'Iscritto e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Iscritto.
In caso di rifiuto da parte dell'Iscritto di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data della richiesta della Società.

5.1.11 Rischi esclusi

Sono escluse dalla garanzia le conseguenze:

a) di fatti volontari o intenzionali dell'Iscritto, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti non ordinati dal medico;
b) di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo, nei quali l'Iscritto ha avuto parte attiva; i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
c) di alcolismo acuto o cronico;
d) dirette e indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti.

5.2. Critical Illness

5.2.1 Oggetto della garanzia

Alle persone di cui all'articolo 4 la Società garantisce un importo una tantum nel caso in cui venga loro diagnosticata, **in data successiva a quella di effetto della copertura**, una della patologie indicate all'articolo "Malattie indennizzabili".

5.2.2 Malattie indennizzabili

Sono considerati indennizzabili i casi ascrivibili alle seguenti Malattie Gravi, nei limiti per ciascuna precisati.

CANCRO

Un tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dalla invasione dei tessuti. Questo include leucemia, linfoma di Hodgkin, e linfoma non Hodgkin ma esclude i tumori di carattere non invasivo in situ e tumori della pelle diversi dal melanoma invasivo maligno.

ATTACCO CARDIACO

La morte di una porzione del muscolo cardiaco quale risultato di una inadeguata irrorazione sanguigna come evidenziata da un tipico dolore al petto, novità nell'elettrocardiogramma e un aumento degli enzimi cardiaci.

ICTUS

Incidente cerebrovascolare risultante in un danno neurologico permanente. Sono specificamente esclusi attacchi ischemici temporanei.

INTERVENTI CARDIACI

By-pass delle arterie coronariche. L'intervento a cuore aperto, su indicazione di uno specialista medico cardiologo, al fine di correggere la riduzione od il bloccaggio di una o più arterie coronariche mediante l'aggiunta di by-pass.

ANGIOPLASTICA

Gli interventi realizzati con qualsiasi tecnica, su indicazione di un

cardiologo, al fine di correggere almeno del 50 % il restringimento di due o più arterie coronariche. La Società richiederà la prova angiografica a supporto della necessità delle operazioni suddette.
Fra le tecniche di intervento sono comprese anche la angioplastica, il laser a eccimeri, la "rotablation", gli "stent" e la aterectomia direzionale.

VALVOLE CARDIACHE

Patologie a carico delle valvole cardiache che comportino interventi a cuore aperto affrontati per riparare o sostituire una valvola anormale.

AORTA

Patologie a carico dell'aorta che comportino interventi affrontati per correggere qualsiasi restringimento, dissezione o aneurisma della aorta toracica o addominale.

INSUFFICIENZA RENALE

Insufficienza renale alla fase finale caratterizzata da insufficienza cronica irreversibile del funzionamento di ambedue i reni a causa della quale si avvia un processo regolare di dialisi o un trapianto renale.

TRAPIANTI

L'effettivo avvio del trapianto, o conferma di accettazione come ricevente, per il trapianto di cuore, fegato, polmone, rene, midollo spinale o pancreas.

MORBO DI PARKINSON

Malattia neurodegenerativa. I sintomi motori tipici della condizione sono il risultato della morte delle cellule che sintetizzano e rilasciano la dopamina che si trovano nella substantia nigra, una regione del mesencefalo. La causa che porta alla loro morte è sconosciuta. All'esordio della malattia, i sintomi più evidenti sono legati al movimento, ed includono tremori, rigidità, lentezza nei movimenti e difficoltà a camminare. In seguito, possono insorgere problemi cognitivi e comportamentali, con la demenza che si verifica a volte

nelle fasi avanzate. La malattia di Parkinson è più comune negli anziani; la maggior parte dei casi si verifica dopo i 50 anni.

MALATTIA DI ALZHEIMER

La forma più comune di demenza degenerativa progressivamente invalidante con esordio prevalentemente in età presenile (oltre i 65 anni, ma può manifestarsi anche in epoca precedente). Si stima che circa il 50-70% dei casi di demenza sia dovuta a tale condizione, mentre il 10-20% a demenza vascolare.
Il sintomo precoce più frequente è la difficoltà nel ricordare eventi recenti. Con l'avanzare dell'età: afasia, disorientamento, cambiamenti repentini di umore, depressione, incapacità di prendersi cura di sé, problemi nel comportamento. Ciò porta il soggetto inevitabilmente a isolarsi nei confronti della società e della famiglia. A poco a poco, le capacità mentali basilari vengono perse. Anche se la velocità di progressione può variare, l'aspettativa media di vita dopo la diagnosi è dai tre ai nove anni.

SLA – SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA

Malattia neurodegenerativa progressiva del motoneurone – ad eziologia ignota nel 90-95% dei casi ed ereditaria nel 5-10% dei casi - che colpisce selettivamente i motoneuroni, sia centrali sia periferici. È caratterizzata da rigidità muscolare, contrazioni muscolari e graduale debolezza a causa della diminuzione delle dimensioni dei muscoli. Ciò si traduce in difficoltà di parola, della deglutizione e, infine, della respirazione.
Le Parti provvederanno alla periodica verifica delle sopraddette descrizioni, al fine di mantenerle aggiornate in relazione ai progressi della scienza e della tecnica mediche.

5.2.2 Carenza

Per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Iscritto, ma insorti anteriormente alla stipulazione della polizza, la garanzia sarà efficace **decorsi 180 giorni** dalla data di effetto della copertura secondo quanto previsto dall'articolo 4.

5.2.3 Somma assicurata

La somma assicurata è di **€ 7.000,00** (settemila).

5.2.4 Limite di età

La copertura cessa automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento del **65° anno** di età.

5.2.5 Obblighi dell'Iscritto in caso di sinistro

L'Iscritto o i suoi aventi causa devono presentare denuncia alla Società **entro 60 giorni** dalla data in cui è stata diagnosticata la Malattia Grave, corredata dalla relativa documentazione medica in loro possesso, nonché sciogliere da ogni riserbo i medici curanti.

Nella fase di accertamento dell'indennizzabilità della Malattia Grave, l'Iscritto o i suoi aventi causa, sotto pena di decadenza della relativa prestazione, si impegnano a fornire con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società, ai fini del predetto accertamento, nonché a presentare le eventuali prove utili alla Società per stabilire cause ed effetti delle Malattie Gravi indennizzabili.

La Società, infine, nei casi dubbi, si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare la diagnosi di Malattia Grave con propri medici di fiducia, i cui costi saranno a totale carico della Società medesima.

5.2.6 Termine per l'indennizzo

La Società verserà l'indennizzo se l'Iscritto si trova ancora in vita dopo **30 giorni** dalla diagnosi della Malattia Grave.

5.2.7 Esclusioni

Oltre a quanto previsto dall'articolo "Oggetto della garanzia", sono escluse le conseguenze dirette di infortunio, nonché le malattie e gli stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi

anteriormente alla stipulazione del contratto o comunque note all'Iscritto.

5.3. Diagnosi comparativa

L'Iscritto potrà avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto.

Telefonando al numero verde della Centrale Operativa UniSalute 800-822480, l'Iscritto verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

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

1. Consulenza Internazionale. UniSalute rilascerà all'Iscritto un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Best Doctors e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione sanitaria richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
2. Trova Il Medico. UniSalute, attraverso Best Doctors, metterà in contatto l'Iscritto con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Best Doctors ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Iscritto.
3. Trova la Miglior Cura. Qualora l'Iscritto intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UniSalute, la stessa, affinché l'Iscritto possa fruire di tariffe agevolate, provvederà a fissare attraverso Best Doctors tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, nonché, laddove necessario, l'alloggio in albergo e il trasporto in automobile o ambulanza.

Best Doctors supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors consentirà all'Iscritto di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

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

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Perdita della vista
- Neoplasie
- Stati vegetativi
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Paresi
- Morbo di Parkinson
- Infarto miocardico
- Ictus
- Ustioni Gravi

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

5.4. Prestazioni diagnostiche particolari

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

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

Prestazione previste per gli uomini

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- Colesterolo HDL
- Colesterolo totale
- Creatinina
- Esame emocromocitometrico e morfologico completo
- Gamma GT
- Glicemia
- Trigliceridi
- Tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- Tempo di protrombina (PT)
- Urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: ricerca del sangue occulto
- PSA
- Visita urologica

Prestazione previste per le donne

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- Colesterolo HDL
- Colesterolo totale
- Creatinina
- Esame emocromocitometrico e morfologico completo
- Gamma GT
- Glicemia
- Trigliceridi
- Tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- Tempo di protrombina (PT)
- Urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: ricerca del sangue occulto
- Pap test
- Visita ginecologica

6. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Sono escluse le conseguenze dirette di infortunio, nonché le malattie e gli stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto o comunque note all'Iscritto.

6.1. Validità territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo.