



FONDO SANILOG

Piano sanitario completo in vigore dal
01.06.2024 al 31.12.2024
per i dipendenti iscritti

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

AIG  **ONHC**
ODONTONETWORK

Estratto delle Condizioni di assicurazione

<< Piano sanitario Fondo Sanilog>>

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato in calce);
- colonscopia e gastroscopia operative;
- ospedalizzazione domiciliare per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato in calce);
- alta specializzazione;
- visite specialistiche;
- visita specialistica oculistica per bambini fino ai dieci anni non compiuti;
- ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi;
- pacchetto maternità;
- remise en forme;
- counselling psicologico;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- sindrome metabolica;
- diagnosi comparativa;
- lenti
- grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro o da gravi patologie;
- piani assistenziali per non autosufficienze (PAI);
- stati di non autosufficienza consolidata/permanente a seguito di infortunio professionale e extraprofessionale;
- critical illness;
- servizi di consulenza e assistenza.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società
- c) Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei lavoratori dipendenti di aziende applicanti il CCNL "LOGISTICA TRASPORTI E SPEDIZIONI" sempreché i nominativi dei dipendenti stessi siano stati comunicati al Fondo e sia stato versato il relativo contributo.

SEZIONE PRIMA

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (COME DA ELENCO ALLEGATO IN CALCE)

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

a) 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.

b) Intervento chirurgico

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

c) Assistenza medica, medicinali, cure

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

d) 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 € 300,00 al giorno.**

e) Accompagnatore

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

Nel caso di ricovero **in Istituto di cura non convenzionato con la Società**, la garanzia è prestata **nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.**

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale **nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.**

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), **effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.** Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

3.2 TRASPORTO SANITARIO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (COME DA ELENCO ALLEGATO IN CALCE)

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

3.3 COLONSCOPIA E GASTROSCOPIA OPERATIVE

Nel caso di Colonscopia e Gastroscoopia operative, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste all'articolo "Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato in calce)" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", g) "Post-ricovero" (non sono compresi i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali), con i relativi limiti in essi indicati.

Il sottomassimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 1.000,00 per Assicurato.

3.4 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato in calce)" e "Trasporto sanitario per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato in calce)" 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.

3.5 NEONATI

La Società provvede al pagamento delle spese per tutti gli interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite (anche quelli non ricompresi nell'elenco dei grandi interventi chirurgici come da elenco allegato in calce), comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre intervento e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero.

La garanzia è prestata nel limite annuo di € 10.000,00 per neonato.

3.6 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, (fatto salvo per la garanzia di colon-gastroscoopia operativa la quale prevede una franchigia pari a € 30,00 per prestazione.

ad eccezione delle seguenti:

punto "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":

– lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto "Trasporto sanitario";

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

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

Qualora l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato nel limite di un massimale di € 8.000,00 per intervento, con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 2.000,00 per intervento ad eccezione delle seguenti:

punto "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":

- lett. d) "Retta di degenza";
- lett. e) "Accompagnatore";
- lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto "Trasporto sanitario";

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

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

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

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

3.7 INDENNITA' 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 € 50,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 100 giorni per ogni ricovero.

3.8 PROTESI ORTOPEDICHE

La Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto e/o applicazione di protesi ortopediche nel limite di € 1.000,00 per Assicurato.

3.9 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (COME DA ELENCO ALLEGATO IN CALCE)

La Società, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero per grande intervento chirurgico indennizzabile a termini di polizza, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, tendente al recupero della funzionalità fisica. La Società concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

La garanzia può essere erogata, nella modalità di rimborso, anche presso strutture sanitarie non convenzionate con la Società, previa valutazione del programma medico/riabilitativo suddetto. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% per sinistro.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 10.000,00 per Assicurato.

3.10 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 100.000,00 per Assicurato.

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

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

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Colonscopia Diagnostica
- Gastrosopia Diagnostica

- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

Esami aggiuntivi

- Rx
- MOC
- Ecodoppler vasi
- Ecocardiocolordoppler
- Sonoisterosalpingografia

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di € 15,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che l'Assicurato dovrà versare alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 40% per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 10.000,00 per persona.

5. VISITE SPECIALISTICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche **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 odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.**

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di **una franchigia di € 10,00 per ogni visita specialistica, che l'Assicurato dovrà versare alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato con l'applicazione di una franchigia di € 10,00 per ogni ticket.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.000,00 per Assicurato.

6. VISITA SPECIALISTICA OCULISTICA PER BAMBINI FINO AI DIECI ANNI NON COMPIUTI

La Società provvede al pagamento di una visita oculistica all'anno per ogni figlio dell'iscritto di età fino ai 10 anni non compiuti.

La visita oculistica potrà essere effettuata esclusivamente presso le strutture convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le spese per visita oculista verrà liquidata direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Per l'attivazione della garanzia non è richiesta alcuna prescrizione medica.

7. TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

La Società provvede al rimborso dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale.

La Società provvede anche al rimborso dei ticket di Pronto Soccorso.

La Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato con l'applicazione di una franchigia di € 10,00 per ogni ticket.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni su indicate corrisponde a € 1.000,00 per Assicurato.

8. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

8.1 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO O A SEGUITO DI PATOLOGIE/INTERVENTI CHIRURGICI PARTICOLARI

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, **a seguito di infortunio e in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, o a seguito di una delle patologie o interventi chirurgici di seguito elencati, 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.

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.

Patologie particolari **e/o interventi chirurgici**:

- Ictus cerebrale;
- Infarto;

- Sclerosi laterale amniotrofica (SLA);
- Sclerosi Multipla;
- Morbo di Parkinson;
- Demenza senile in stato avanzato (Alzheimer);
- Trattamenti post operatori per Tunnel carpale.

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura**.

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

8.2 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI PATOLOGIE DIVERSE DA QUELLE GIÀ ELENcate NELL'ART. 8.1 E DIVERSI DA INFORTUNIO

La Società provvede al pagamento delle spese per trattamenti fisioterapici a fini riabilitativi esclusivamente **a seguito di patologie diverse da quelle già elencate all'art. 8.1 e diversi da infortunio**, semprechè siano prescritti da medici e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione.

È prevista l'agopuntura a fini antalgici.

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.

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura**.

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

8.3 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per l'insieme delle prestazioni di cui all'art. "Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o a seguito di patologie/interventi chirurgici particolari" e "Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologie diverse da quelle già elencate nell'art. e diversi da infortunio" corrisponde a € 1.000,00 per Assicurato.

Per le prestazioni di cui all'art. 8.2 è operante un sottomassimale annuo di € 500,00 per Assicurato.

9. PACCHETTO MATERNITÀ

La Società provvede al pagamento **delle spese per le seguenti prestazioni di controllo in gravidanza**:

- ecografie;

- Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza (sono ricompresi a titolo di esempio i test DNA Fetale -Armony test – Prenatal safe – Gtest – Aurora test – Panorama test - Nipt test – Tranquillity test).
- 2 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a 4 visite ostetrico-ginecologiche complessive in caso di gravidanza a rischio).

Qualora l'Assicurata abbia un'età superiore ai 35 anni oppure nel caso in cui esista una familiarità alle malformazioni tra i parenti di 1° grado certificata da medico, la Società provvede al pagamento delle spese sostenute per le seguenti prestazioni:

- amnioscopia;
- amniocentesi;
- villocentesi.

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

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

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni su indicate corrisponde a € 700,00 per Assicurata.

In aggiunta alle prestazioni sopra riportate, in occasione del parto, e previa presentazione della lettera di dimissione, la Società **corrisponderà un'indennità di € 70,00** per ogni giorno di ricovero, **per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero**.

Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di aborto terapeutico.

10. REMISE EN FORME

In caso di **parto, sia naturale che cesareo, avvenuto durante l'operatività del presente contratto, sono comprese in garanzia le spese relative ad un pacchetto di 3 giorni di remise en forme** che l'Assicurata potrà effettuare entro un anno dall'evento del parto, e in un'unica soluzione, presso uno dei Centri Termali UniSalute convenzionati appositamente per questa garanzia.

Sono comprese in garanzia le spese* per:

- 1^ giorno: accoglienza; visita medica (si precisa che la visita medica è da intendersi obbligatoria così come l'esito positivo all'idoneità alle prestazioni del presente pacchetto), seduta in acqua;
- 2^ giorno: attività motoria guidata in acqua termale o in palestra, massaggio adiposità localizzate o linfodrenaggio o analogo; attività motoria in palestra o all'esterno o percorso vascolare e trattamento corpo;
- 3^ giorno: attività motoria guidata in acqua termale o in palestra, massaggio adiposità localizzate o linfodrenaggio o analogo, trattamento corpo.

*i pacchetti possono subire variazioni per esigenze organizzative e per le peculiarità dei singoli Centri Termali.

Ai fini dell'attivazione della presente garanzia è necessario contattare preventivamente la Centrale Operativa al numero verde **800-822481**.

Relativamente ad eventuali spese di soggiorno alberghiero presso la struttura convenzionata che lo preveda e nella quale si effettua il pacchetto di remissioni in forma, UniSalute può mettere a disposizione un voucher per usufruire dell'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al listino normalmente previsto dalla struttura alberghiera termale.

11. COUNSELLING PSICOLOGICO

La Società **offre un servizio di Counselling Psicologico.**

- Servizio di Counselling Psicologico tramite Centro di Ascolto telefonico attivo 24 ore su 24, 7 giorni su 7, 365gg/anno;
- Ogni dipendente ha la possibilità di telefonare e parlare con uno psicologo.

La garanzia **è operante per un massimo di 5 telefonate**, illimitate per le donne che hanno subito violenza.

I presenti servizi vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800-212477.

12. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

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

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

a) Prestazione effettuabili una volta ogni due anni

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 cardiologica con ECG

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 cardiologica con ECG

b) Prestazioni effettuabili una volta all'anno**Prestazioni previste per uomini e donne con età maggiore di 30 anni**

- ecografia addominale

Prestazioni previste per le donne

- ecografia pelvica

c) La società provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate una volta all'interno del periodo 01/06/2024-31/12/2024.

Le prestazioni previste in ciascuno dei seguenti pacchetti devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per uomini e donne

- Visita dermatologica con mappatura dei nevi con eventuale videodermatoscopio

Prestazioni previste per gli uomini con età maggiore di 40 anni

- visita urologica
- ecografia prostatico vescicale sovrapubica

Prestazioni previste per le donne

- Visita senologica con ecografia mammaria senza limite di età
- Mammografia over 45 anni con prescrizione

Prestazioni previste per uomini e donne - nell'intervallo di età ricompreso tra i 45 e i 69 anni

- Colonscopia
- Rettosigmoidoscopia

Prestazioni previste per uomini e donne

- Visita pneumologica specialistica con spirometria di base

13. SINDROME METABOLICA

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà compilare il questionario raggiungibile cliccando su www.Unisalute.it e "confermare il suo invio" alla Società.

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

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

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

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

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi
- Colesterolo LDL
- Uricemia

Provvederà inoltre all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni da effettuarsi una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

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

- Visita cardiologia più prova da sforzo (ECG con prova da sforzo);
- Doppler carotideo
- Curva glicemica
- Ecocardiogramma

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

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

14. DIAGNOSI COMPARATIVA

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

Telefonando al numero verde della Centrale Operativa UniSalute **800-822481**, l'Assicurato verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

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

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

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

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Perdita della vista
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organo

- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Infarto
- Ictus
- Ustioni Gravi

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

15. LENTI

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto nel **limite annuo di € 80,00 per persona.**

La Società provvederà al rimborso delle spese sostenute con applicazione di una **franchigia di € 50,00 per fattura/persona.**

Per l'attivazione è necessaria la certificazione del medico oculista dell'SSN o oculista privato attestante la variazione del visus.

SEZIONE SECONDA

16. GRAVE INABILITÀ DETERMINATA DA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO SUL LAVORO O DA GRAVI PATOLOGIE

La Società rimborsa le spese sanitarie e/o l'erogazione di servizi di assistenza (come indicati al successivo art. 16 "Piani assistenziali per non autosufficienze (PAI)" per stati di grave inabilità causati da infortunio (sul lavoro) che determina un'invalidità permanente **superiore al 50% (tabella di riferimento I.N.A.I.L)** oppure causati da una delle seguenti gravi patologie:

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

Si precisa che la garanzia è operante solamente qualora:

- l'infortunio sul lavoro deve essere documentato da certificato di Pronto Soccorso e deve essere avvenuto durante l'operatività del contratto;
- le gravi patologie elencate devono essere insorte durante l'operatività del contratto (fatto salvo per la patologia "fibrosi cistica" la quale si considera sempre in copertura).

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

Il massimale assicurato è pari a € 5.000,00 una tantum e quindi fruibile una sola volta nel corso dei tre anni del presente contratto.

17. PIANI ASSISTENZIALI PER NON AUTOSUFFICIENZE (PAI)

Nei casi di grave inabilità determinata da IP da infortunio sul lavoro o da gravi patologie (intendendo per tali quelle elencate al precedente art. "Grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro o da gravi patologie", oltre a quanto fornito nell'art. precedente, la Compagnia metterà a disposizione tramite un infermiere Case Manager (ICM) la costruzione di **Piani Assistenziali personalizzati socio-assistenziali**, fornendo eventualmente oltre il massimale di cui sopra anche le **tariffe agevolate per badanti e per altre necessità informative/assistenziali domiciliari** (il costo dell'prestazione è a carico dell'Assicurato).

18. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE A SEGUITO DI INFORTUNIO PROFESSIONALE E EXTRAPROFESSIONALE

18.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita mensilmente all'Assicurato quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza".

18.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate **non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:**

1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:
 - a) spostarsi;
 - b) lavarsi;
 - c) vestirsi;
 - d) nutrirsi.
2. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di **almeno il 40%**.

18.3 SOMMA ASSICURATA

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a € 500,00 (cinquecento/zerozero) da corrispondersi per una durata massima di 3 anni.

18.4 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute venga giudicato "consolidato" e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (la capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo);
- nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire);
- spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio);
- vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente).

e necessiti 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.

19. CRITICAL ILLNESS

La Società garantisce un importo una tantum nel caso in cui si manifesti una delle patologie indicate di seguito:

1. ictus cerebrale (accidente cerebrovascolare acuto): emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) riscontrato strumentalmente in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo e/o motorio e/o cognitivo.
2. infarto miocardico acuto: coronaropatia qualora dia origini a necrosi ischemiche acute del miocardio con residuo quadro invalidante riferibili alle classi III e IV NYHA.
3. insufficienza renale cronica: malattia renale irreversibile in fase 4 e fase 5 (dialisi cronica)
4. astrocitoma maligno III e IV stadio o glioblastoma
5. carcinoma del pancreas
6. carcinoma epatocellulare (epatocarcinoma)
7. leucemia mieloide cronica (solo in caso in cui la percentuale dei blasti del sangue o nel midollo osseo è superiore al 5%)
8. linfomi maligni IV stadio resistenti al trattamento
9. medulloblastoma
10. melanoma maligno con metastasi cerebrali e/o epatiche
11. mesotelioma pleurico
12. mieloma multiplo stadio III
13. oligodendroglioma anaplastico
14. tumori metastatici del sistema nervoso centrale
15. ricovero in terapia intensiva determinato da Covid-19

In particolare, per il precedente punto "15. ricovero in terapia intensiva determinato da Covid-19" la garanzia si intende operante a seguito dell'invio della seguente documentazione:

- lettera di dimissioni ospedaliera dalla quale si dovrà evincere la positività al COVID-19 (esito positivo del tampone rilasciato dalle Autorità competenti) e il numero di notti di ricovero. Nel caso in cui sulla Lettera di dimissioni non fosse indicata la positività al COVID-19 o espressamente indicato Ricovero per COVID-19 sarà necessario inviare copia, conforme all'originale, della cartella clinica o ulteriore documentazione dalla quale si evinca la positività al virus.

Il massimale assicurato è pari a €4.500,00 una tantum e quindi fruibile una sola volta nel corso dei tre anni del presente contratto.

Il massimale è per garanzia indipendentemente dal numero di patologie che potrebbero colpire l'iscritto.

20. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-822481** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

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

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

c) Pareri medici immediati

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

Assistenza alla persona in Italia:

I seguenti servizi di consulenza e assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-212477 24 ore su 24, 365 giorni l'anno festivi compresi.

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

d) Pareri medici

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

e) Invio di un medico

Qualora, in conseguenza di infortunio o malattia, l'Assicurato necessiti di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 nei giorni feriali o nell'intero arco delle 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Società,

accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare a proprie spese uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte dei medici convenzionati di intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

f) Invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio

Nei casi di ricoveri con frattura, che hanno determinato:

- Frattura del femore
- Fratture vertebrali
- Fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meninee
- Fratture che rendano necessario l'immobilizzazione di almeno un arto
- Frattura del bacino

e con una situazione di immobilizzazione, certificata da prescrizione medica, diagnosticata e indicata all'atto delle dimissioni che comporti la necessità di prestazioni infermieristiche/fisioterapiche: La Compagnia provvederà, nei 10 giorni successivi al ricovero o alla rimozione del gesso, ad inviare un infermiere o un fisioterapista convenzionato, assumendone l'onorario fino ad un massimo di 1 ora al giorno, per un massimo di 7 giorni.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione almeno 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione di tali cure.

g) Collaboratrice domestica

Nei casi di ricoveri con frattura, in conseguenza di scippo, rapina, di furto o di tentato furto, che hanno determinato una situazione di immobilizzazione, certificata da prescrizione medica: la Compagnia provvederà, nelle 4 settimane successive alla dimissione dall'istituto di cura o alla rimozione del gesso, ad inviare una collaboratrice domestica, assumendone l'onorario fino ad un massimo di 6 ore alla settimana, da utilizzarsi consecutivamente, per un massimo di 2 settimane.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso del certificato.

h) Invio di medicinali a domicilio

L'assistenza sarà prestata qualora l'assicurato necessiti di medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute, certificati dal suo medico, e nessuno può andare per lui.

La Compagnia di Assicurazioni provvederà, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, alla consegna dei medicinali prescritti. La prestazione sarà fornita massimo 3 volte l'anno per nucleo familiare assicurato. A carico dell'Assicurato resta solo il costo dei medicinali.

i) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300'000 metri e con il massimo di euro 300 per sinistro e per persona, restano a carico della Compagnia Assicuratrice.

l) Trasporto in autoambulanza

Nel caso in cui l'Assicurato, in seguito a infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il trasferimento inviando il mezzo di soccorso nel più breve tempo possibile. Le spese di trasporto sono a carico della Società sino ad un massimo di 300'000 metri complessivi a\r.

La garanzia non opera per i casi di emergenza, dove per emergenza si intende l'alterazione dello stato di salute caratterizzata da acuzie di tale gravità da costituire un pericolo per la vita del paziente: in tali casi risulta necessario richiedere l'intervento delle strutture pubbliche deputate in base alle norme di legge vigenti.

m) Spesa a domicilio

Nei casi di:

- Frattura del femore
- Fratture vertebrali
- Fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meninee
- Fratture che rendano necessaria l'immobilizzazione di almeno un arto
- Fratture del bacino

che hanno determinato una situazione di immobilizzazione certificata da prescrizione medica in conseguenza di scippo o rapina avvenuti all'interno del territorio del Comune, di furto o di tentato furto presso la propria abitazione, la Società provvederà, nelle quattro settimane successive al sinistro, ad organizzare la consegna al domicilio dell'Assicurato di generi alimentari/prima necessità.

Sarà a carico della Centrale Operativa trasferire la richiesta per l'acquisizione della lista dei generi alimentari/prima necessità da ordinare e delle coordinate utili alla consegna.

L'Assicurato sarà quindi informato sui tempi previsti per il recapito della spesa e dell'importo totale che dovrà riconoscere al fattorino al momento della consegna.

ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto salvo quanto previsto all'art. 3.5 "Neonati";
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva **compresi nell'elenco dei grandi interventi** e resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza, **ancorché resi necessari da grandi interventi chirurgici**. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono

necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

6. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
7. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
8. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
9. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
10. 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;
11. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
12. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
13. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
14. le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

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

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

Limitatamente alle prestazioni previste all'art. "Stati di non autosufficienza consolidata/permanente (solo a seguito di infortunio professionale/extraprofessionale)" in aggiunta alle esclusioni sopraelencate, l'assicurazione non è operante per le conseguenze:

1. di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
2. gli infortuni dovuti a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose in genere;
3. di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
4. di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
5. dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
6. di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
7. di 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);
8. di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato;
9. delle terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;

10. di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici.

Relativamente alla garanzia “Critical Illness”, sono inoltre escluse le conseguenze dirette di infortunio, nonché le malattie e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente al 31/12/2019.

LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 85°anno di età dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza, al compimento del 86° anno d'età da parte dell'Assicurato.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI
--

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale e/o lombare per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale
- Interventi sul plesso brachiale

CHIRURGIA GENERALE

- Intervento per asportazione tumore maligno della mammella con eventuale applicazione di protesi
- Nodullectomia mammaria

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con e senza svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o lobare
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Angioplastica con eventuali stent

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale con o senza linfadenectomia
- Resezione dell'intestino tenue
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano secondo Miles
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Interventi chirurgici sul retto-sigma per patologie oncologiche maligne per via laparoscopica
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale con e senza linfadenectomia
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con o senza linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con o senza linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di anca

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Sintesi di frattura delle ossa del massiccio facciale
- Ricostruzione con lembo di ferite del volto

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

1. OGGETTO DELLA COPERTURA

La copertura è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le prestazioni odontoiatriche relative a:

- Diagnostica
- Prestazioni d'emergenza
- Igiene e prevenzione
- Prestazioni di implantologia
- Interventi Chirurgici Odontoiatrici extra ricovero
- Prestazioni odontoiatriche da infortunio per circolazione stradale
- Tumori del cavo orale

L'Assicurato che necessita di una prestazione odontoiatrica potrà prenotare la visita e/o il trattamento presso le strutture convenzionate con Odontonetwork previo contatto con la centrale operativa al numero verde 800 92 82 13.

2. PERSONE PER CUI E' OPERANTE LA COPERTURA

La copertura è prestata a favore dei lavoratori dipendenti di aziende applicanti il CCNL "LOGISTICA TRASPORTO MERCI E SPEDIZIONE" sempreché i nominativi dei dipendenti stessi siano stati comunicati al Fondo e alla Società e sia stato versato il relativo contributo.

3. PRESTAZIONI PREVISTE

Le prestazioni di seguito previste sono erogate dalle strutture convenzionate senza onere alcuno a carico degli Assicurati, entro i limiti ed i massimali previsti per ciascuna garanzia.

3.1 DIAGNOSTICA

- Visita con raccolta dati anamnestici/visita specialistica/visita di controllo: riscontro della situazione clinica, acquisizione di elementi diagnostici, individuazione dei problemi e della terapia, riesame della situazione clinica in corso di trattamento, verifica dello stato della salute orale ed intercettazione di eventuali nuove patologie in un paziente già trattato. Piano di trattamento generale con relativa tempistica e preventivo economico (massimo due volte all'anno).
- RX endorale, radiografia endorale eseguita su un singolo sestone o gruppo di denti (massimo due volte all'anno).
- Ortopantomografia, indagine radiologica del distretto maxillo-facciale eseguita presso lo studio (massimo una volta all'anno).
- Modelli di studio, comprende la rilevazione delle impronte delle due arcate dento-alveolari e la realizzazione dei relativi modelli in gesso finalizzata alla predisposizione dei piani di trattamento (massimo una volta all'anno).

3.2 PRESTAZIONI DI EMERGENZA

- Visita di emergenza con eventuale rx endorale e/o prescrizione di terapia medica (massimo una volta l'anno).
- Trattamento di pronto soccorso endodontico: manovre cliniche di accesso al sistema camerale di un dente finalizzate alla riduzione di una sintomatologia acuta di origine endodontica (massimo una volta l'anno).
- Otturazione/ricostruzione temporanea: restauro provvisorio, indipendentemente dal materiale usato; può avere finalità diagnostica (in attesa di chiarificazione del quadro clinico), pre-endodontica (per consentire un efficace isolamento tramite la diga), protettiva (per ricoprire temporaneamente la cavità preparata per un intarsio), ecc. (massimo una volta l'anno).

3.3 IGIENE E PREVENZIONE

- Istruzioni e motivazione igiene: seduta autonoma, riguardante i concetti fondamentali sulla natura e prevenzione delle patologie del cavo orale (ad esempio corretta alimentazione, individuazioni di abitudini a rischio, corretto impiego di mezzi di rimozione della placca batterica adatti al caso) (massimo due volte all'anno non erogabili separatamente alla seduta di ablazione del tartaro).
- Ablazione del tartaro: seduta in cui vengono eseguite contemporaneamente nella medesima area (sestante, quadrante, arcata o intera bocca) rimozione tartaro sopragengivale (massimo due volte all'anno).

3.4 PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA

La garanzia opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, nel limite di un solo piano di cura per anno ed entro il **massimale annuo pari a € 2.000,00**.

Rientrano in copertura: il posizionamento dell'impianto, relativo perno moncone e relativo elemento definitivo.

Le prestazioni saranno erogate in regime di convenzionamento diretto ed entro i sotto massimali di seguito descritti:

- 1 Impianto osteointegrato (comprensivo di perno moncone ed elemento definitivo)
SOTTOMASSIMALE € 300,00
- 2 Impianti osteointegrati (comprensivi di perno moncone ed elemento definitivo, stessa seduta, stesso piano di cura)
SOTTOMASSIMALE €600,00
- 3 Impianti osteointegrati (comprensivi di perno moncone ed elemento definitivo, stessa seduta, stesso piano di cura)
SOTTOMASSIMALE € 1.250,00
- 4 o più Impianti osteointegrati (comprensivi di perno moncone ed elemento definitivo, stessa seduta, stesso piano di cura)
MASSIMALE € 2.000,00

Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità annua prevista, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dal Beneficiario alla struttura convenzionata.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte dalla struttura sanitaria le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi l'installazione dell'impianto/i.

3.5 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

Le prestazioni di seguito sono previste in convenzionamento diretto con un rimborso alla struttura sanitaria convenzionata entro i termini del massimale annuo pari ad € 2.000,00 per singolo Assicurato:

- Interventi chirurgici conseguenti ad osteiti che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o mandibolare [escluso le osteiti iatrogene da malpractice (a titolo esemplificativo e non esaustivo osteiti conseguenti a interventi di implantologia, estrazioni, ecc.) e quelle conseguenti all'assunzione di bifosfonati];
- Interventi chirurgici conseguenti a cisti follicolari;
- Interventi chirurgici conseguenti ad adamantinoma;
- Interventi chirurgici conseguenti ad odontoma;

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale per richiedere le prestazioni di cui al presente paragrafo verrà rimborsato allo stesso il valore del ticket sanitario pagato entro il massimale di € 2.000,00.

3.6 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO PER CIRCOLAZIONE STRADALE

Le prestazioni odontoiatriche susseguenti ad infortunio per circolazione stradale sono previste in convenzionamento diretto con un rimborso alla struttura sanitaria convenzionata entro i termini del massimale annuo pari ad € 4.000,00 per singolo Assicurato.

La garanzia opererà esclusivamente nel caso di Infortunio inerente alla circolazione stradale, indipendentemente dalle responsabilità e dal ruolo dell'Assicurato medesimo nella dinamica del sinistro, alle seguenti condizioni:

- il danno dentale subito dall'Assicurato a seguito del sinistro sia stato verbalizzato dalle Autorità competenti intervenute a seguito dell'incidente;
- il danno dentale di cui al punto precedente risulti da idonea documentazione sanitaria rilasciata da strutture di Pronto Soccorso Ospedaliero entro 24 ore dalla data di accadimento del sinistro;
- l'Assicurato non abbia assunto sostanze stupefacenti nelle 48 ore precedenti il sinistro.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale per richiedere le prestazioni di cui al presente paragrafo verrà rimborsato allo stesso il valore del ticket sanitario pagato entro il massimale di € 4.000,00.

3.7 INDENNIZZO A SEGUITO DI TUMORE DEL CAVO ORALE

La Garanzia opera nel caso delle affezioni critiche (Tumori maligni ovvero "Tumore del Cavo Orale"), quali: neoplasie maligne di labbra, cavo orale e laringe come da codici C00-C14 della classificazione ICD10 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

L'elenco completo si trova al link <https://icd.who.int/browse10/2010/en#/C00-C14>

In seguito alla prima diagnosi di una affezione critica al Beneficiario Sanilog verrà liquidato un indennizzo forfettario pari a €4.500,00 secondo le modalità descritte successivamente e secondo quanto previsto nella sezione MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI del presente documento.

L'indennizzo è erogabile una (1) sola volta durante la vigenza del piano sanitario cessando automaticamente per il Beneficiario Sanilog al momento della liquidazione dell'indennizzo stesso, a prescindere dal numero di affezioni critiche riferibili al Beneficiario Sanilog.

Gli indennizzi sono subordinati ad un periodo di carenza di novanta (90) giorni e alla sopravvivenza dell'Assicurato per almeno quindici (15) giorni dalla data della diagnosi.

Esclusioni

La garanzia di cui al presente articolo non si applica alle conseguenze di un evento che sia causato, direttamente o indirettamente, interamente o in parte, da qualsiasi delle seguenti evenienze:

- suicidio tentato o consumato, atti di autolesionismo;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), complesso AIDS-correlato o qualsiasi infezione provocata dal virus dell'immunodeficienza umana (HIV);
- anomalie congenite o difetti fisici che secondo la letteratura medica siano tra le cause dirette o le concause di una delle affezioni critiche oggetto di garanzia;
- mancata consultazione di un medico specialista abilitato o inosservanza del parere professionale fornito da un medico specialista abilitato;
- qualsiasi condizione preesistente avente rilevanza patogenetica nel determinismo dell'affezione critica.

Per "condizione preesistente" si intende qualsiasi malattia o patologia che sia stata diagnosticata, trattata o per la quale sia stato consultato un medico, in qualsiasi momento prima della data di effetto della presente polizza. A tale fine la malattia o la patologia si ritiene insorta quando sia stata oggetto di accertamento, diagnosi o trattamento, anche solo farmacologico, o quando la manifestazione dei suoi segni o sintomi indurrebbe una persona mediamente prudente a richiedere un consulto medico, un'assistenza o un trattamento.

3.8 ESTENSIONE DELLA COPERTURA E DEI SERVIZI AI FAMILIARI* DELL'ASSICURATO

I seguenti trattamenti per i familiari dell'Assicurato saranno limitati agli studi odontoiatrici della rete Odontonetwork, con il limite di una prestazione per nucleo per anno.

1. Prestazioni di emergenza odontoiatrica per i familiari comprendenti i seguenti trattamenti:

- Visita d'emergenza: visita in seguito a patologia in forma acuta;
- Prescrizione di eventuale terapia medica;
- Rx endorale: radiografia endorale eseguita su un singolo sestante o gruppo di denti;
- Pronto soccorso endodontico: manovre cliniche di accesso al sistema camerale di un dente, finalizzate alla riduzione dei sintomi di origine endodontica;
- Otturazione/ricostruzione temporanea: restauro provvisorio, indipendentemente dal materiale usato. Può avere finalità diagnostica (in attesa di chiarificazione del quadro clinico), pre-endodontica (per consentire un efficace isolamento tramite la diga), protettiva (per ricoprire temporaneamente la cavità preparata per un intarsio), ecc.;

2. Prevenzione dedicata ai figli Under 16 degli Assicurati Sanilog, comprensiva di:

- Visita orale: accertamento clinico diagnostico finalizzato all'individuazione di eventuali patologie o dismorfosi dento-facciali.
Tale trattamento necessita della raccolta di dati, tra cui ma non limitati a:
 - anamnesi medica e odontostomatologica;
 - esame clinico e funzionale;
 - pianificazione esami radiografici;
 - pianificazione di eventuali esami strumentali;
- Fluoroprofilassi: prevenzione della carie dentaria attraverso l'utilizzo del fluoro;
- Istruzioni e motivazioni all'igiene: seduta individuale, riguardante i concetti fondamentali sulla natura e sulla prevenzione delle patologie del cavo orale (ad esempio: corretta alimentazione, individuazione di abitudini a rischio, corretto impiego dei mezzi di rimozione della placca batterica, corretto impiego dei mezzi di profilassi farmacologica quali fluoro e clorexidina, valutazione della cariorecettività, ecc).

*per familiari si intendono coniuge fiscalmente e non fiscalmente a carico e convivente more uxorio e figli fiscalmente e non fiscalmente a carico.

MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture sanitarie convenzionate entro i limiti previsti per ciascuna garanzia, le eventuali quote eccedenti dovranno essere versate dall'Assicurato direttamente presso il centro odontoiatrico al momento dell'erogazione della prestazione.

In virtù delle prestazioni eseguite in convenzionamento diretto l'Assicurato per poter ricevere le prestazioni elencate in polizza dovrà osservare le procedure di autorizzazione fornite da Odontonetwork.

Non sono previsti rimborsi in favore dell'Assicurato ad eccezione dei ticket sanitari pagati da quest'ultimo, entro il massimale di € 2.000,00 a seguito di interventi chirurgici extra ricovero, € 4.000,00 a seguito di infortunio per incidente da circolazione stradale e € 4.500,00 quale indennizzo a seguito di tumore del cavo orale (come meglio dettagliato agli artt. 3.5, 3.6 e 3.7 del presente documento).

Esclusivamente per l'autorizzazione alle cure relative agli interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero, l'Assicurato dovrà inviare, previo contatto con la centrale operativa, a mezzo posta alla sede di Odontonetwork, Via XII Ottobre n. 2, 16121 Genova o secondo altra modalità concordata, la documentazione in originale di:

- prescrizione medica antecedente l'intervento contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa;
- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso antecedenti l'intervento;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari, adamantinoma e odontoma antecedenti l'intervento.

L'Assicurato per ottenere il rimborso del ticket entro il massimale di € 2.000,00 dovrà inviare, previo contatto con la centrale operativa, a mezzo posta alla sede di Odontonetwork, Via XII Ottobre n. 2, 16121 Genova o secondo altra modalità concordata, la documentazione in originale consistente in:

- certificazione di avvenuto intervento con relativa copia del ticket pagato;
- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso posteriori all'intervento;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari, adamantinoma e odontoma posteriori all'intervento.
- se sono state incluse delle protesi certificazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico.

Esclusivamente per l'autorizzazione alle cure relative a prestazioni odontoiatriche da infortunio per circolazione stradale, l'Assicurato dovrà inviare, previo contatto con la centrale operativa, a mezzo posta alla sede di

Odontonetwork, Via XII Ottobre n. 2, 16121 Genova o secondo altra modalità concordata, la documentazione in originale di:

- verbale delle autorità competenti intervenute a seguito dell'incidente in cui viene verbalizzato il danno dentale;
- documentazione sanitaria rilasciata da strutture di Pronto Soccorso Ospedaliero entro 24 ore dalla data di accadimento del sinistro ed eventuali referti radiologici.

L'Assicurato per ottenere il rimborso del ticket entro il massimale di € 4.000,00 dovrà inviare, previo contatto con la centrale operativa, a mezzo posta alla sede di Odontonetwork, Via XII Ottobre n. 2, 16121 Genova, o secondo altra modalità concordata, la documentazione in originale consistente in:

- certificazione di avvenuto intervento con relativa copia del ticket pagato;
- radiografie e referti radiologici posteriori all'intervento;
- se sono state incluse delle protesi certificazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico.

Per ottenere l'indennizzo forfettario a seguito di tumore del cavo orale (art. 3.7 del presente documento) l'Assicurato deve inoltrare comunicazione scritta a Odontonetwork entro cinquanta (50) giorni dalla diagnosi della malattia di cui all'art. 3.7 del presente Piano Sanitario.

Per "diagnosi" si intende la diagnosi conclusiva posta da un medico specialista abilitato, sulla base di specifiche evidenze, indicate nella definizione della specifica affezione in questione, ovvero, in assenza di tali evidenze specifiche, sulla base degli esiti di esami radiologici, clinici, istologici e/o di laboratorio, ritenuti pertinenti ed esaustivi dalla Società. Tale diagnosi deve essere convalidata dal responsabile sanitario della Società, il quale potrà fondare il suo parere sulle evidenze mediche presentate dalla persona assicurata e/o su qualsiasi evidenza aggiuntiva che potrà richiedere.

La prova dell'insorgenza della malattia di cui all'art. 3.7 del presente Piano Sanitario o della patologia deve essere sostenuta dalla compresenza dei seguenti elementi:

- (a) certificazione clinica redatta da medici abilitati in possesso di adeguata specializzazione;
- (b) opportuni accertamenti, inclusi, a titolo esemplificativo ma non limitativo, esami radiologici, istologi e di laboratorio.

Tale prova deve essere fornita durante la vita della persona assicurata ed entro i sei (6) mesi successivi alla diagnosi di tale malattia o patologia, pena la perdita del diritto all'indennizzo.

In caso di divergenza o disaccordo riguardo all'adeguatezza o alla correttezza della diagnosi si farà ricorso a quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione. (ARBITRATO)

ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura vale in tutto il territorio italiano.

ESCLUSIONI DALLA COPERTURA

La copertura non è operante per:

1. le prestazioni odontoiatriche effettuate presso i Centri Odontoiatrici non convenzionati con Odontonetwork;
2. tutte le prestazioni odontoiatriche non comprese nell'art.3 del presente documento;
3. le prestazioni odontoiatriche conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
4. gli infortuni causati dallo stato di ubriachezza dell'Assicurato o dall'effetto di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico dall'Assicurato;
5. gli infortuni conseguenti a tumulti popolari, atti violenti od aggressioni.

LIMITI DI ETÀ

La copertura può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 85° anno di età dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale, al compimento del 86° anno d'età dell'Assicurato.