



SANILOG

FONDO SANILOG

Piano sanitario completo in vigore
per i dipendenti iscritti

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

AIG

 **ONHC**
SERVIZI SANITARI E WELFARE



**Guida al Piano sanitario
aggiornato al 1° gennaio 2026**
Fondo SANILOG

Per tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario consultare:

www.unisalute.it

Per tutte le prestazioni dell'area Ricovero
è opportuno contattare preventivamente il

Numero Verde 800-822481

dall'estero: prefisso per l'Italia
e 0516389046

orari:

08.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

I servizi UniSalute sempre con te!

Scarica gratis l'app **UniSalute** da App Store e Play Store.

Guida al Piano sanitario Fondo SANILOG

Le prestazioni del piano sono garantite da:

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

1. SOMMARIO

1.	SOMMARIO	3
2.	BENVENUTO	5
3.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	5
3.1	Se scegli una struttura convenzionata da Unisalute per il Fondo SANILOG	5
3.2	Se scegli una struttura non convenzionata	6
3.3	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	8
4.	SERVIZI ONLINE E MOBILE	8
4.1	Il sito di UniSalute	8
4.1.1	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	9
4.1.2	Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	9
4.1.3	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	10
4.1.4	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	10
4.1.5	Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate? ...	10
4.1.6	Come posso ottenere pareri medici?	11
4.2	L'app UniSalute	11
4.2.1	Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	12
4.2.2	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	12
4.2.3	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	13
4.2.4	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	13
5.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	14
6.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	14
6.1	Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico	15
6.2	Colonscopia e gastroscopia operative	18
6.3	Trapianti	18
6.4	Neonati – figli di Iscritti	19
6.5	Indennità sostitutiva per grande intervento chirurgico	19
6.6	Protesi ortopediche	20
6.7	Ospedalizzazione domiciliare per grande intervento chirurgico	20
6.8	Il limite di spesa annuo dell'area ricovero	21
6.9	Cure Oncologiche	21
6.10	Prestazioni di alta specializzazione	22
6.11	Visite specialistiche	24
6.12	Visite specialistica oculistica per bambini fino ai dieci anni non compiuti	25
6.13	Ticket per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso	26
6.14	Trattamenti fisioterapici riabilitativi	26
6.15	Pacchetto maternità	28
6.16	Remise en forme	29
6.17	Procreazione Medicalmente Assistita	30
6.18	Counselling psicologico	31
6.19	Prestazioni diagnostiche particolari	31
6.20	Diagnosi comparativa	33
6.21	Sindrome metabolica	34
6.22	Lenti	36
6.23	Grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro oppure da gravi patologie	37
6.24	Piani assistenziali per non autosufficienze	38
6.25	Stati di non autosufficienza consolidata/permanente a seguito di infortunio professionale e extraprofessionale	38
6.26	Critical illness	46
6.27	Servizio Monitor Salute	47

6.28	Servizi di consulenza e assistenza	49
7.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	53
8.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	56
8.1	Decorrenza e durata dell'assicurazione.....	56
8.2	Validità territoriale.....	56
8.3	Limiti di età	57
8.4	Gestione dei documenti di spesa	57
8.5	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	57
8.6	Foro competente	58
8.7	Reclami	58
8.8	Diritto all'oblio oncologico	60
8.9	Informativa "home insurance" - indicazioni per l'accesso all'area riservata ai sensi del regolamento ivass 41/2018 – ove sussistano i requisiti.....	60
8.10	Informazioni sull'impresa di assicurazione.....	61
	ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	63

2. BENVENUTO

La “Guida al Piano sanitario” è un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo della copertura sanitaria. All'interno della Guida trovi l'indicazione delle modalità da seguire qualora tu debba utilizzare il Piano. Ti consigliamo di attenerti a queste modalità, così da poterti assistere con la sollecitudine che ci è propria.

I servizi online offerti da UniSalute

Su www.unisalute.it, hai a disposizione un'area riservata con pratiche funzioni online che velocizzano e semplificano tutte le operazioni legate all'utilizzo del Piano sanitario.

I servizi online sono attivi 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno e sono disponibili anche in versione mobile per smartphone e tablet! Per saperne di più consulta il capitolo 4 della presente Guida.

3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

3.1 Se scegli una struttura convenzionata da Unisalute per il Fondo SANILOG

UniSalute ha predisposto per gli iscritti al Fondo SANILOG un network di strutture sanitarie private che garantiscono elevati standard in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è disponibile su www.unisalute.it o telefonando alla Centrale Operativa. È sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

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

Prenotazione veloce

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

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

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

Importante

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

3.2 Se scegli una struttura non convenzionata

Il Piano sanitario può prevedere anche la possibilità di utilizzare strutture sanitarie private non convenzionate. Il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni. Per chiedere il rimborso delle spese vai su www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti: puoi inviare i documenti direttamente dal sito.

Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a internet invia copia della documentazione a **Fondo SANILOG – presso UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere).**

Di seguito trovi indicata la documentazione generalmente richiesta per il rimborso delle spese sanitarie sostenute, salvo quanto previsto dalle singole coperture del Piano sanitario:

- il **modulo di richiesta rimborso** compilato e sottoscritto, che si trova allegato alla Guida oppure sul sito www.unisalute.it;
- in caso di **ricovero per grande intervento chirurgico**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di **indennità giornaliera per ricovero per grande intervento chirurgico**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;

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

- in caso di **prestazioni extraricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;
- eventuale altra documentazione medica richiesta alle specifiche coperture;
- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

Per una corretta valutazione della richiesta di rimborso, il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali.

Il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, potrebbe richiedere eventuali controlli medici anche attraverso il rilascio di una specifica autorizzazione per superare il vincolo del segreto professionale cui sono sottoposti i medici che hanno effettuato visite e cure.

3.3 Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

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

Richiesta rimborso online

Chiedi online il rimborso ticket e indennità giornaliera: segui la breve procedura guidata e **invia i documenti in formato elettronico. Risparmi tempo!**

In alternativa, invia a **Fondo SANILOG – presso UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere).**

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

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

Sul sito [**www.unisalute.it**](http://www.unisalute.it) all'interno dell'Area clienti puoi:

4.1 Il sito di UniSalute

- **prenotare** presso le strutture convenzionate varie prestazioni previste dal tuo Piano sanitario non connesse ad un ricovero e **ricevere velocemente la conferma dell'appuntamento;**
- **verificare e aggiornare** i tuoi **dati** e le tue **coordinate bancarie;**
- chiedere i **rimborsi delle prestazioni e inviare la documentazione direttamente dal sito (upload);**
- visualizzare l'**estratto conto** con lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso;

- consultare le **prestazioni** del proprio **Piano sanitario**;
- consultare l'elenco delle **strutture sanitarie convenzionate**;
- ottenere **pareri medici**.

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

Attraverso il sito puoi prenotare presso le strutture convenzionate varie prestazioni previste dal tuo Piano sanitario.

Accedi all'area clienti e accedi **alla funzione "Prenotazione"**.

In base alle tue esigenze puoi:

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

Prenotazione veloce

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

4.1.2 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; notifica di ricezione della documentazione per il rimborso; **richiesta del codice IBAN**, se mancante; conferma dell'avvenuto **rimborso**.

4.1.3 Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

Entra nell'Area clienti, accedi alla sezione **“Rimborsi”** e seleziona la funzione di interesse.

Richiesta rimborso online

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

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

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

Entra nell'Area clienti e **accedi alla sezione “Estratto conto”**.

L'estratto conto online è un rapido e comodo strumento di informazione sullo stato delle tue richieste di rimborso.

L'aggiornamento dei dati è quotidiano e puoi consultarlo in ogni momento per conoscere in tempo reale l'iter e l'esito di ogni tua richiesta di rimborso, visualizzare per quali richieste di rimborso devi inviare documentazione mancante, accelerando così la procedura di rimborso, oppure le motivazioni del mancato pagamento.

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

4.1.5 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 da UniSalute per il Fondo SANILOG.

4.1.6 Come posso ottenere pareri medici?

Nell'Area clienti hai a disposizione la funzione "il medico risponde", attraverso la quale puoi ottenere pareri medici online, direttamente sulla tua mail. Se hai dubbi che riguardano la tua salute e vuoi un parere medico da uno specialista questo è il posto giusto per parlare di cure, per richiedere consigli e affrontare problemi e incertezze sul tuo benessere.

Entra ed invia le tue domande ai nostri medici. Ti risponderanno via e-mail, nel più breve tempo possibile. Le risposte alle domande più interessanti e sui temi di maggiore interesse vengono pubblicate sul sito a disposizione dei clienti rispettando il più assoluto anonimato.

4.2 L'app UniSalute

L'app UniSalute è **disponibile per smartphone e tablet** e può essere **scaricata gratuitamente da App Store e Play Store**. Accedi allo store e cerca "UniSalute" per avere sempre a portata di mano i nostri servizi.

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

- **prenotare visite ed esami** presso le strutture sanitarie convenzionate;
- **visualizzare l'agenda con i prossimi appuntamenti** per visite ed esami, modificarli o disdirli;
- **chiedere il rimborso delle spese** per le prestazioni caricando semplicemente la foto della tua fattura e dei documenti richiesti per il rimborso;
- **consultare l'estratto conto** per verificare lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso. È possibile anche integrare la documentazione con i documenti mancanti se richiesto dal Fondo SANILOG attraverso UniSalute;

- **ricevere notifiche in tempo reale** con gli aggiornamenti sugli appuntamenti e sulle richieste di rimborso;
- **accedere alla sezione Per Te** per scoprire per leggere le news e gli articoli del Blog InSalute.

4.2.1 Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

L'app UniSalute è **disponibile per smartphone e tablet** e può essere **scaricata gratuitamente da App Store e Play Store**. Accedi allo store e cerca “UniSalute Up” per avere sempre a portata di mano i nostri servizi.

Una volta scaricata puoi registrarti in pochi semplici passi.

Se sei già registrato sul sito www.unisalute.it puoi utilizzare le stesse credenziali di accesso!

Unisalute per te

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

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

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

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

Puoi richiedere la prenotazione oppure, grazie alla nuova funzione, puoi prenotare in autonomia l'appuntamento con la struttura sanitaria convenzionata e poi comunicarlo velocemente.

In tutti i casi viene verificato in tempo reale se la prestazione che stai prenotando è coperta o meno e vieni avvisato immediatamente.

Tieni monitorati i tuoi appuntamenti!

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

4.2.3 Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

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

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

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

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

L'aggiornamento dei dati è in tempo reale e sarai informato sull'iter del rimborso grazie a tempestive notifiche.

Per ogni documento sono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo rimborsato e quello rimasto a tuo carico. In ogni caso, per ogni importo non rimborsato, sarà indicata la motivazione della mancata liquidazione.

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

Integra la documentazione mancante

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

5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano sanitario è prestato a favore dei lavoratori dipendenti di aziende applicanti il CCNL “LOGISTICA E TRASPORTI E SPEDIZIONI”.

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario opera in caso di malattia e di infortunio avvenuto durante l’operatività del Piano stesso per le spese sostenute dall’Iscritto per:

PARTE PRIMA

- ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato A);
- cure oncologiche;
- prestazioni di 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;
- procreazione medicalmente assistita (PMA);
- counselling psicologico;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- sindrome metabolica;
- diagnosi comparativa;
- lenti.

PARTE SECONDA

- grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro oppure da gravi patologie;
- piani assistenziali per non autosufficienze (PAI);
- stati di non autosufficienza consolidata/permanente a seguito di infortunio professionale e extraprofessionale;
- critical illness;
- servizio monitor salute;
- servizi di consulenza e assistenza.

PARTE PRIMA

6.1 Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico

Per interventi chirurgici si intendono quelli elencati al successivo allegato A.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Qualora l'Isritto venga ricoverato per effettuare un intervento chirurgico può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
Intervento chirurgico	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

Assistenza medica, medicinali, cure	Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.
Rette di degenza	Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato , le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 300,00 al giorno.
Accompagnatore	Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato , la copertura è prestata nel di limite € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
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 copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo SANILOG ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, alle strutture stesse ad eccezione delle coperture "Pre-ricovero" e "Assistenza infermieristica individuale" che prevedono specifici limiti.

Nel caso di *colonscopia* e *gastroscopia operativa*, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo SANILOG per il tramite di Unisalute alle strutture stesse, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 30,00** per prestazione a carico dell'Iscritto, che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

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

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'Iscritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a **€ 2.000,00** per intervento, ad eccezione delle coperture "Retta di degenza", "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.

Il rimborso avverrà nel limite di un plafond di € 8.000,00 per intervento.

- **Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con Unisalute per il Fondo SANILOG ed effettuate da medici non convenzionati**

Tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate (vedi punto sopra).

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

Il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, rimborsa integralmente le

eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero rimasti a carico dell'Iscritto.

6.1.1 Trasporto sanitario a seguito di grande intervento chirurgico

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

6.2 Colonscopia e gastroscopia operative

Nel caso di colonscopia e gastroscopia operative, il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, rimborsa le spese previste al paragrafo "Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico" punti "Pre-ricovero", "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure" e "Post-ricovero" (nel post ricovero non sono compresi i trattamenti fisioterapici rieducativi e le cure termali) con i relativi limiti in essi indicati.

Il sottolimito annuo per la presente copertura è di € 1.000,00 per Iscritto.

6.3 Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Fondo SANILOG rimborsa le spese previste ai paragrafi "Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico" e "Trasporto sanitario a seguito di grande intervento chirurgico" 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 copertura prevede 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 e rette di degenza.

6.4 Neonati – figli di Iscritti

Il Fondo SANILOG 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), comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre 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 disponibilità annua per la presente copertura è di
€ 10.000,00 per Neonato.**

6.5 Indennità sostitutiva per grande intervento chirurgico

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso al Fondo SANILOG, né per il ricovero a seguito di grande intervento chirurgico (**intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato A**) né per altra prestazione ad esso connesso, avrà diritto a un'indennità di **€ 50,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **100** giorni per ricovero.

Per ricovero si intende la degenza in istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere l'importo di cui sopra per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

L'indennità sostitutiva non è prevista per la copertura di cui al precedente punto "Neonati".

6.6 Protesi ortopediche

Il Fondo SANILOG provvede al pagamento delle spese sostenute per l'acquisto e/o applicazione di protesi ortopediche.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 1.000,00 per Iscritto.

6.7 Ospedalizzazione domiciliare per grande intervento chirurgico

Il Fondo SANILOG, per un periodo di **120** giorni successivo alla data di dimissioni, **a seguito di un ricovero per grande intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato A) indennizzabile dal Piano stesso**, prevede la copertura per servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, tendente al recupero della funzionalità fisica.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo SANILOG ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, alle strutture stesse.

Unisalute per il Fondo SANILOG concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

- **Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** per sinistro previa valutazione del programma medico/riabilitativo suddetto con Unisalute per il Fondo SANILOG.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 10.000,00 per Iscritto.

6.8 Il limite di spesa annuo dell'area ricovero

Con limite di spesa annuo si intende una cifra oltre la quale il Piano sanitario o una sua parte non possono essere rimborsati. Il Piano sanitario prevede quindi un limite di spesa annuo che ammonta a **€ 100.000,00** per anno associativo e per Iscritto. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di vedersi liquidati o rimborsati ulteriori importi.

6.9 Cure Oncologiche

In deroga a quanto previsto al punto "Casi di non operatività del piano" il Fondo SANILOG, nei casi di malattie oncologiche, provvede al pagamento delle spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di ricovero o day hospital che in regime di extraricovero), **con massimale autonomo**.

Si intendono inclusi in garanzia anche le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie farmacologiche.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo SANILOG ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, alle strutture stesse.

- **Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%**.

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

Il Fondo SANILOG, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

La disponibilità annua a disposizione per la presente copertura è di € 3.000,00 per Iscritto.

6.10 Prestazioni di alta specializzazione

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
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Colonscopia Diagnostica
- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- 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

• Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate da Unisalute per il Fondo SANILOG ed effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo SANILOG, attraverso UniSalute, alle strutture stesse con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 15,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **60%** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

Il Fondo SANILOG, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La disponibilità annua a disposizione per la presente copertura è di € 10.000,00 per Iscritto.
--

6.11 Visite specialistiche

Il Fondo SANILOG 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 copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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.

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato con il Fondo SANILOG attraverso la Società, e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

- **Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate da Unisalute per il Fondo SANILOG ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo SANILOG, attraverso UniSalute, alle strutture stesse con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 10,00** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

Il Fondo SANILOG, attraverso UniSalute, rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Iscritto al netto di una somma pari a **€ 10,00** per ogni ticket, che rimarrà a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La disponibilità annua a disposizione per la presente copertura è di € 1.000,00 per Iscritto.

6.12 Visite specialistica oculistica per bambini fino ai dieci anni non compiuti

Il Fondo SANILOG 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.

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

La spesa per la visita oculista verrà liquidata direttamente dal Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, alle strutture medesime senza alcun importo a carico dell'Iscritto.

6.13 Ticket per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso

Il Fondo SANILOG provvede al rimborso integrale dei ticket sanitari per:

- accertamenti diagnostici;
- Pronto Soccorso.

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 10,00** per ogni ticket.

**La disponibilità annua a disposizione per la presente copertura
è di € 1.000,00 per Iscritto.**

6.14 Trattamenti fisioterapici riabilitativi

La disponibilità annua a disposizione per l'insieme delle prestazioni di cui al presente punto "Trattamenti fisioterapici riabilitativi" è di € 1.000,00 per Iscritto.
Per le prestazioni di cui al punto "Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologie diverse da quelle già indicate al punto "Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o a seguito di patologie\interventi chirurgici particolari" e diversi da infortunio" è previsto un sottolimito di spesa annuo di € 500,00 per Iscritto.

- **Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate da Unisalute per il Fondo SANILOG ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo SANILOG, attraverso UniSalute, alle strutture stesse senza l'applicazione di importi a carico dell'Iscritto. L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante come sotto indicato.

- **Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 100,00** per ogni fattura. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleggi alla

fattura la copia della richiesta del medico curante come sotto indicato e copia del certificato di Pronto Soccorso in caso di infortunio.

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

Il Fondo SANILOG, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante come sotto indicato e copia del certificato di Pronto Soccorso in caso di infortunio.

6.14.1 Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o a seguito di patologie\interventi chirurgici particolari

Il Fondo SANILOG 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 copertura 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.

6.14.2 Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologie diverse da quelle già indicate al punto “Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o a seguito di patologie\interventi chirurgici particolari” e diversi da infortunio

Il Fondo SANILOG provvede al pagamento delle spese per trattamenti fisioterapici a fini riabilitativi esclusivamente a seguito di patologie diverse da quelle già elencate al punto “Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologie diverse da quelle già indicate al punto “Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o a seguito di patologie\interventi chirurgici particolari” e diversi da infortunio” e diversi da infortunio, semprechè siano prescritti da medici e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione.

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

È prevista l’agopuntura a fini antalgici.

6.15 Pacchetto maternità

Il Fondo SANILOG provvede al pagamento delle spese per:

- 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 n.4 per gravidanza a rischio);
- Amnioscopia, amniocentesi e villocentesi: per le donne di età ≥ 35 anni tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione mentre per le donne di età <35 anni sono riconosciute solo nel caso di malformazione familiare in parenti di 1°grado certificata da medico.

- **Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate da Unisalute per il Fondo SANILOG ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo SANILOG, attraverso UniSalute, alle strutture stesse senza l'applicazione di importi a carico dell'Iscritto.

- **Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente senza l'applicazione di importi a carico dell'Iscritto.

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

Il Fondo SANILOG rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

La disponibilità annua a disposizione per la presente copertura è di € 700,00 per Iscritta.

In occasione del parto e previa presentazione della relativa cartella clinica, il Fondo SANILOG 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.

6.16 Remise en forme

In caso di **parto, sia naturale che cesareo, avvenuto durante l'operatività del presente Piano sanitario, sono comprese in copertura le spese relative ad un pacchetto di 3 giorni di remise en forme** che l'Iscritta potrà effettuare entro un anno dall'evento del parto, e in un'unica soluzione, presso uno dei Centri Termali convenzionati da Unisalute per il Fondo SANILOG appositamente per questa copertura.

Sono comprese in copertura le spese* per:

- 1^a 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 copertura 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 remise en forme, il Fondo SANILOG può mettere a disposizione un voucher per usufruire dell'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti con un conseguente risparmio rispetto al listino normalmente previsto dalla struttura alberghiera termale.

6.17 Procreazione Medicalmente Assistita

In deroga a quanto previsto al punto "Casi di non operatività del piano", il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, rimborsa le spese per **prestazioni extraospedaliere, per intervento chirurgico ambulatoriale, per ricovero e day-hospital, finalizzati alla procreazione medico assistita omologa ed eterologa.**

La garanzia è operante per le sole Iscritte donne, sono escluse le prestazioni relative al partner.

La presente garanzia si intende operante previo **l'invio da parte dell'Iscritta di referti medici e/o cartelle cliniche che attestino l'infertilità.**

- **Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate da Unisalute per il Fondo SANILOG ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo SANILOG, attraverso UniSalute, alle strutture stesse senza l'applicazione di importi a carico dell'Iscritta.

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

Il Fondo SANILOG, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritta.

**La disponibilità annua a disposizione per la presente copertura
è di € 1.500,00 per Iscritta.**

6.18 Counselling psicologico

Il Fondo SANILOG **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 Iscritto ha la possibilità di telefonare e parlare con uno psicologo.

La copertura **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.

6.19 Prestazioni diagnostiche particolari

Il Fondo SANILOG provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate **in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo SANILOG, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.** Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici ancorchè 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.

PRESTAZIONI 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
- 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**

PRESTAZIONI EFFETTUABILI UNA VOLTA ALL'ANNO

Prestazioni previste per uomini e donne con età maggiore di 30 anni

- **ecografia addominale**

Prestazioni previste per gli uomini con età maggiore di 45 anni

- **visita urologica**

Prestazioni previste per le donne

- **ecografia pelvica**

Prestazioni previste per le donne con età maggiore di 45 anni

- **visita senologica**

6.20 Diagnosi comparativa

Il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, offre all'Iscritto la possibilità di ricevere un secondo e qualificato parere in merito alla formulazione di una diagnosi già ricevuta o di un'impostazione terapeutica già prescritta dal medico curante e/o dai sanitari curanti, con le indicazioni più utili per trattare la patologia in atto grazie all'autorevole consulenza di esperti internazionali delle diverse discipline specialistiche individuati da Unisalute.

Per l'attivazione della garanzia l'Iscritto deve contattare la Centrale Operativa e concordare con il medico di UniSalute la documentazione sanitaria necessaria da inviare ai fini dell'individuazione della miglior cura della patologia.

L'accesso al servizio è consentito in presenza delle seguenti patologie gravi, diagnosticate ovvero già accertate:

- **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

6.21 Sindrome metabolica

Per attivare la copertura l'Iscritto dovrà compilare il questionario raggiungibile cliccando su www.unisalute.it e “confermare il suo invio”.

Il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, analizzerà i contenuti ed entro 2 giorni verrà comunicato all'Iscritto l'esito della valutazione tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Indipendentemente dallo stato risultante dal questionario, verranno fornite all'Iscritto alcune indicazioni per consentire di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione, anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

Verrà inoltre comunicato l'esito della verifica e verranno messe a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Iscritto verrà contattato dal Fondo SANILOG (via email, sms o telefono) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Solo nel caso in cui l'Iscritto si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica “non conclamata”, poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo SANILOG, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

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

Il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, provvederà inoltre all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni da effettuarsi una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo SANILOG indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Al fine di incentivare l'Iscritto 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 copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Iscritto attraverso le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo SANILOG.

Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle previste dal Piano sanitario, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui alla relativa copertura. Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle previste dal Piano sanitario, all'Iscritto verrà fornito un servizio di "fax-assistito" che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo SANILOG a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.

6.22 Lenti

Il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, rimborsa all'Iscritto le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto.

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di un minimo non indennizzabile 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.

La disponibilità annua a disposizione per la presente copertura è di € 80,00 per Iscritto.
--

6.23 Grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro oppure da gravi patologie

Il Fondo SANILOG rimborsa le spese sanitarie e/o l'erogazione di servizi di assistenza - come indicati al successivo punto "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 spinale o pancreas;
- Fibrosi cistica;
- Ischemia arterie vertebrali.

Si precisa che la copertura è operante solamente qualora:

- l'infortunio sul lavoro sia documentato da certificato di Pronto Soccorso e sia avvenuto durante l'operatività del Piano sanitario;
- le gravi patologie elencate siano insorte durante l'operatività del Piano sanitario (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.

La somma garantita annua a disposizione per la presente copertura è di € 5.000,00 per Iscritto. Tale limite di spesa è da intendersi contrattuale e quindi fruibile una sola volta nel corso dei tre anni del presente Piano sanitario.

6.24 Piani assistenziali per non autosufficienze

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

6.25 Stati di non autosufficienza consolidata/permanente a seguito di infortunio professionale e extraprofessionale

6.25.1 Oggetto della copertura

Il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma prevista mensilmente all'Iscritto quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo paragrafo "Definizione dello stato di non autosufficienza".

6.25.2 Condizioni di operatività della copertura

Ai fini dell'operatività della copertura, gli Iscritti non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non associabilità:

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;
 - c) nutrirsi.
2. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il **40%**

6.25.3 Somma mensile garantita

Nel caso in cui l'Iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" la somma di spesa mensile garantito corrisponde a **€ 500,00** da corrispondersi per una durata massima di **3** anni.

6.25.4 Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Iscritto 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:

1. 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);
2. nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire);
3. spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio);
4. 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.

6.25.5 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'Iscritto, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà:

- a) chiamare il numero verde gratuito 800-822481 (dall'estero numero non gratuito composto da prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre al Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, ai fini della valutazione medica finale;
- b) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: Unisalute S.p.A. - servizi di liquidazione – Via Larga, 8 - 40138 Bologna - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno. Tale fascicolo deve contenere:
 - il modulo di attivazione della copertura compilato e firmato;
 - il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
 - certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Iscritto e la relativa data d'insorgenza. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
 - Questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Iscritto;
 - Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito.
 - Qualora l'Iscritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la documentazione sanitaria

in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il Fondo SANILOG attraverso Unisalute ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite medico legali.

Nel caso in cui l'Iscritto sia riconosciuto in stato di non autosufficienza, ma la situazione non risulti consolidata il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

Il diritto dell'Iscritto al riconoscimento di quanto previsto nel Piano sanitario decorre dal momento in cui il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Iscritto, sempre che lo stesso si trovi in una situazione di non autosufficienza ovvero si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- 1) 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). Se una persona ad esempio, ha bisogno di aiuto unicamente per lavarsi i capelli non verrà riconosciuta nell'incapacità di lavarsi.
- 2) nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire). Se una persona ad esempio non è in grado di tagliare gli alimenti o aprire le confezioni, non verrà riconosciuta nell'incapacità di nutrirsi.
- 3) spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio). Se una persona ad esempio può spostarsi da sola con l'aiuto di un bastone, di una stampella, di una carrozzella o di altra attrezzatura adatta, non verrà riconosciuta nell'incapacità di spostarsi da sola.
- 4) vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente). Se una persona ad

esempio ha il solo handicap di allacciarsi le scarpe o il solo fatto di non potere indossare o togliere le calze non verrà riconosciuta nell'incapacità di vestirsi.

In risposta, il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Iscritto o un suo rappresentante. Tale questionario dovrà essere 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.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto "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 sanitaria.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto "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 sanitaria.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Iscritto, dovrà essere inviata a Unisalute. Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni, se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Iscritto sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'Iscritto.

Unisalute 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

previste dalla presente copertura all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato dal Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, 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.

Il diritto dell'Iscritto al riconoscimento di quanto pattuito nel Piano sanitario, con le modalità di cui ai punti "Erogazione diretta della prestazione di assistenza" e "Richiesta di rimborso spese" decorre dal momento in cui la documentazione, richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Iscritto, verrà considerata completa.

6.25.6 Modalità di rimborso/richiesta di erogazione di servizi di assistenza

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza secondo le condizioni riportate al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente" dà diritto all'Iscritto che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita - entro i limiti previsti al punto "Somma garantita" - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nel successivo punti:

- erogazione diretta della prestazione di assistenza, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato;
- rimborso delle spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza (su presentazione di fatture, ricevute in originale o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto

di lavoro).

L'erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui, la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza dell'Iscritto, verrà considerata completa.

6.25.7 Erogazione diretta della prestazione di assistenza

Qualora l'Iscritto richieda l'attivazione del servizio di assistenza, anche domiciliare, avvalendosi quindi di strutture e/o di personale sanitario convenzionati da Unisalute per il Fondo SANILOG, 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 coperture del Piano sanitario, eccedenti la somma garantita o non autorizzate dal Fondo SANILOG attraverso Unisalute.

6.25.8 Richiesta di rimborso spese

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: Unisalute - Servizio Liquidazione - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- il modulo di attivazione della copertura compilato firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Iscritto e la relativa data d'insorgenza. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).
- questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal

Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Iscritto. Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento - invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito.

- qualora l'Iscritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare al Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria. Nel caso in cui l'Iscritto sia assistito in modo continuativo da una badante, dovrà essere prodotta la documentazione idonea a comprovare l'esistenza del rapporto di lavoro.

Il pagamento di quanto spettante all'Iscritto viene effettuato su presentazione al Fondo SANILOG, della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Iscritto, a fronte di specifica richiesta da parte del Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

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 della Banca d'Italia.

6.25.9 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

È sempre fatta salva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Iscritto, 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

di inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma garantita potrà essere sospeso dalla data della richiesta della suddetta documentazione.

6.26 Critical illness

Il Fondo SANILOG 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 e patocellulare (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. medullo blastoma
10. melanoma maligno con metastasi cerebrali e/o epatiche
11. mesotelioma pleurico
12. mieloma multiplo stadio III
13. oligodengroglioma aneplastico
14. tumori metastatici del sistema nervoso centrale

La somma garantita è pari a € 6.500,00 una tantum e quindi fruibile una sola volta nel corso dei tre anni del presente Piano sanitario. La somma garantita è per garanzia indipendentemente dal numero di patologie che potrebbero colpire l'iscritto.

L'Iscritto o i suoi aventi causa devono presentare denuncia al Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, entro 180 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 dal Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, ai fini del predetto accertamento, nonché a presentare le eventuali prove utili per stabilire cause ed effetti delle Malattie Gravi indennizzabili.

Il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, 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.

Il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, verserà l'indennizzo se l'Iscritto si trova ancora in vita dopo 30 giorni dalla diagnosi della malattia grave.

6.27 Servizio Monitor Salute

Il Servizio Monitor Salute è effettuato per il Fondo SANILOG da UniSalute in collaborazione con SiSalute S.r.l. società controllata da Unisalute S.p.A., che offre servizi sanitari integrativi.

Si tratta di un **servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di malattie croniche quali diabete, ipertensione e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) rivolto agli Iscritti con età maggiore o uguale a 50 anni.**

Per attivare il Servizio, l'Iscritto dovrà compilare l'adesione presente sul sito www.unisalute.it, reperibile nell'Area Riservata nella quale ogni Iscritto può accedere tramite proprie credenziali di accesso.

L'Iscritto dovrà quindi collegarsi al sito dedicato all'iniziativa, inserire il proprio codice fiscale, e compilare il questionario.

Nel caso in cui l'Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio, Il Fondo SANILOG per il tramite di SiSalute S.r.l. provvederà all'invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all'attivazione degli stessi.

Unisalute, che interviene in qualità di Centro Servizi ai sensi della normativa sulla Telemedicina, provvederà a monitorare a distanza la malattia cronica e all'occorrenza contatterà telefonicamente l'Iscritto, per verificare i valori rilevati dai dispositivi medici.

L' Iscritto avrà inoltre a disposizione un importo aggiuntivo per **visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti la sua condizione di cronicità, da poter eseguire nelle strutture convenzionate con UniSalute per il Fondo SANILOG o poter ottenere il rimborso delle spese sostenute nel Servizio Sanitario Nazionale come indicato nel punto "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche"**.

Per risolvere problemi di carattere tecnico e per richiedere invece informazioni sul servizio, l'Iscritto potrà contattare il **numero verde dedicato 800-169009**.

La presente copertura è prestata per l'intera annualità associativa sempre che l'Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio.

6.27.1 Visite Specialistiche E Accertamenti Diagnostici Per Patologie Croniche

Per gli Iscritti che sono entrati a far parte del programma di monitoraggio della cronicità, secondo i parametri indicati nel punto "Servizio Monitor Salute", Il Fondo SANILOG provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli Iscritti, con le modalità sotto indicate.

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

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da Unisalute per il Fondo SANILOG**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo SANILOG, per il tramite di UniSalute, alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'Iscritto.

- **In caso fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo SANILOG**

L'Iscritto potrà rivolgersi a strutture sanitarie o a personale non convenzionate da Unisalute per il Fondo SANILOG, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

Il Fondo SANILOG, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

La disponibilità annua a disposizione per la presente copertura è di € 300,00 per Iscritto.

6.28 Servizi di consulenza e assistenza

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa 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 0039 051-6389046.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, ecc.);
- assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero;
- 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 da UniSalute per il Fondo SANILOG.

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 0039 051-6389046.

c) Pareri medici

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

d) Invio di un medico

Qualora, in conseguenza di infortunio o malattia, l'Iscritto 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, il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, 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'Iscritto nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

e) 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, il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, 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 copertura, l'Iscritto 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.

f) 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, il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, 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 copertura, l'Iscritto 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.

g) Invio di medicinali a domicilio

L'assistenza sarà prestata qualora l'Iscritto 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.

Il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, provvederà, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Iscritto, alla consegna dei medicinali prescritti. La prestazione sarà fornita massimo 3 volte l'anno per l'Iscritto. A carico dell'Iscritto resta solo il costo dei medicinali.

h) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Iscritto 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 limite di **€ 300,00** per sinistro e per persona.

i) Trasporto in autoambulanza

Nel caso in cui l'Iscritto, 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 del Fondo SANILOG sino ad un di **300'000** metri complessivi a\r.

La copertura 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.

j) 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, il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, provvederà nelle quattro settimane successive al sinistro ad organizzare la consegna al domicilio dell'Iscritto 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'Iscritto sarà quindi informato sui tempi previsti per il recapito della spesa e dell'importo totale che dovrà riconoscere al fattorino al momento della consegna.

7. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

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

Il Piano sanitario non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del piano sanitario salvo quanto previsto al punto "Neonati";
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie

- e gli accertamenti odontoiatrici;
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 al punto **“Grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro oppure da gravi patologie”** in aggiunta alle esclusioni sopraelencate, il Piano sanitario non è operante per le conseguenze:

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

Limitatamente alle prestazioni previste al punto **“Stati di non autosufficienza consolidata/permanente** (solo a seguito di infortunio professionale/extraprofessionale)” in aggiunta alle esclusioni sopraelencate, il Piano sanitario non è operante per le conseguenze:

15. di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
16. gli infortuni dovuti a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose in genere;
17. di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
18. di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l’Iscritto ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
19. dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell’atomo di radiazioni provocate dall’accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
20. 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;

- 21. 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 piano sanitario);
- 22. di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
- 23. delle terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- 24. di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici.

Relativamente alla copertura **“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 31/12/2014.

La Centrale Operativa è in ogni caso a disposizione degli Iscritti per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in merito a situazioni di non immediata definibilità.

8. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

8.1 Decorrenza e durata dell'assicurazione

Il Piano Sanitario ha efficacia dall'**01/01/2026** all'**01/01/2029** salvo proroghe o rinnovi.

8.2 Validità territoriale

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

Potrai così usufruire di un servizio garantito che ti assisterà nell'affrontare una situazione di necessità in un Paese straniero.

Se dovessi recarti in una struttura sanitaria non convenzionata, abbi cura di conservare tutta la documentazione relativa alla prestazione

di cui hai usufruito e all'eventuale importo pagato per chiederne il rimborso.

Numero dall'estero: prefisso per l'Italia e 0516389046
orari: 08.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

8.3 Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **85°** anno di età dell'Iscritto, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso al compimento del **86°** anno di età da parte dell'Iscritto.

8.4 Gestione dei documenti di spesa

A. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate

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

B. Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate

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

8.5 Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?

Ritenendo di soddisfare in questo modo le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli Iscritti sullo stato delle loro richieste di rimborso, il Fondo SANILOG provvede ad inviare nel corso dell'anno i seguenti rendiconti:

- **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione liquidate e non liquidate nel corso del mese passato;

- **riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Iscritto.

8.6 Foro competente

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

8.7 Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, in particolar modo sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, devono essere inoltrati utilizzando l'apposito modulo dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it oppure per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892. I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita Iva) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela.**

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 del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e della Società, contengono:

- a. nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventualerecapito telefonico;
- b. individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato

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

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Società: www.unisalute.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

- Ricorso all'Arbitro Assicurativo, presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile su sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Il ricorso all'Arbitrato è condizione di procedibilità della domanda giudiziale;
- Procedimento di mediazione, interpellando tramite un avvocato di fiducia, un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n.98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale;

- procedura di negoziiazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista.

In relazione alle controversie inerenti l'attivazione delle garanzie o la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

8.8 Diritto all'oblio oncologico

A partire dal 2 gennaio 2024 in conformità alla Legge 7 dicembre 2023 n.193 che ha introdotto il “diritto all'oblio oncologico”, l'Assicurato, guarito da una patologia oncologica senza episodi di recidiva ha diritto a non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica, nei casi previsti dalla legge.

Per ulteriori approfondimenti si rimanda al sito www.unisalute.it Informativa Oblio Oncologico.

8.9 Informativa “home insurance” - indicazioni per l'accesso all'area riservata ai sensi del regolamento ivass 41/2018 – ove sussistano i requisiti

Ai sensi del 2° comma dell'art. 44 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018 nel sito internet di UniSalute (www.unisalute.it) è disponibile un'apposita area riservata a cui il Contraente può accedere per consultare on line la propria posizione contrattuale e per compiere alcune operazioni quali, ad esempio, pagare il Premio

Assicurativo successivo al primo e richiedere la liquidazione dei Sinistri o la modifica dei propri dati personali. Le credenziali personali per accedere all'area riservata sono rilasciate al Contraente mediante processo di "auto registrazione" disponibile nell'area stessa.

8.10 Informazioni sull'impresa di assicurazione

1. Informazioni generali

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

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

La Società è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 20-11-1989 n. 18340 (G.U. 4-12-1989 n. 283), D.M. 8-10-1993 n. 19653 (G.U. 25-10-1993 n.251), D.M. 9-12-1994 n.20016 (G.U. 20-12-1994 n. 296) e Prov. Isvap n.2187 dell'8-05-2003 (G.U. 16-05-2003 n.112). Numero di iscrizione all'Albo delle Imprese Assicurative: 1.00084.

Per informazioni patrimoniali sulla società consulta la relazione sulla solvibilità disponibile sul sito: <https://www.unisalute.it/informazioni-societarie/informativa-pillar-solvency-2>

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

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

pari ad € 38,10 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri pari ad € 290,22 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2024, pari a 2,01 volte il requisito patrimoniale di solvibilità e 7,62 volte il requisito minimo di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

ALLEGATO A - 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
- Nodulesctomia 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 echinococchi 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

MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO PIANO SANITARIO Fondo SANILOG

AFFINCHÉ UNISALUTE POSSA TRATTARE I SUOI DATI È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

UNS_Cons_Cont_01 Ed. 01/10/2025

Consenso al trattamento dei dati personali relativi alla salute per finalità assicurative

Art. 9 Regolamento (UE) 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa, che dichiara di aver letto, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in specie, relativi alla salute), per finalità assicurative e liquidative, sottoscrivendo il presente modulo. Le ricordiamo che, in mancanza di questo consenso, UniSalute S.p.A. non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento di categorie particolari di dati personali (in specie, relativi alla salute) per finalità assicurative e liquidative.

Luogo e data

Nome e cognome _____

e C.F. _____
del titolare del Piano Sanitario (in stampatello)

Firma dell'interessato _____

DIPENDENTE/ISCRITTO: Cognome _____				Nome _____			
PERSONA PER CUI SI RICHIEDE IL RIMBORSO: Cognome _____				Nome _____			
Nato/a _____		il _____		Codice Fiscale _____			
Residente in via _____		N° _____		CAP _____		Località/Comune _____	
Domicilio (se diverso da residenza) _____		CAP _____		Località/comune _____		Prov _____	
N° tel. _____		Tel cell. _____		E-mail _____			

Documentazione richiesta

Per velocizzare i processi di rimborso ti chiediamo di inviare i documenti relativi allo stesso sinistro in un'unica soluzione

Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico

Copia della cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche ☐

Copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Prestazioni pre e post ricovero

Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata ☐

Copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Ricovero: indennità sostitutiva per grande intervento chirurgico

Copia della cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche ☐

Ospedalizzazione domiciliare per grande intervento chirurgico

Copia della cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche ☐

Copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Protesi ortopediche

Copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Cure oncologiche

Copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Prestazioni di alta specializzazione

Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata ☐

Copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Ticket per Visite specialistiche

Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata ☐

Copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Ticket per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso

Copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Trattamenti fisioterapici riabilitativi

Copia prescrizione medica con indicazione patologia presunta o accertata/copia del certificato di Pronto Soccorso in caso di infortunio ☐

Copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Lenti correttive di occhiali o a contatto

Copia certificazione del medico oculista dell'SSN o oculista privato attestante la variazione del visus. ☐

Copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Pacchetto maternità

Prescrizione medica indicante lo stato di gravidanza ☐

Fatture e/o ricevute fiscali ☐

In caso di richiesta indennità: Copia della cartella clinica e lettera di dimissioni ☐

Tickets procreazione medicalmente assistita

Copia referti medici e/o cartelle cliniche che attestino l'infertilità ☐

Copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Se si tratta di documenti integrativi riferiti a un sinistro già in essere ti chiediamo di indicare il numero di sinistro a cui si riferiscono.

N° SINISTRO _____

Questo ci permette di accelerare la valutazione e quindi le procedure di rimborso. Trovi il numero del sinistro su www.unisalute.it – area riservata - sezione “estratto conto” oppure contattando la Centrale Operativa telefonica al numero verde del tuo piano sanitario.

Puoi fare l'upload dei documenti integrativi anche direttamente on line su www.unisalute.it –area riservata - sezione “estratto conto”: E' facile e veloce.

Si allega la copia delle seguenti fatture

NUMERO	DATA	IMPORTO

NUMERO	DATA	IMPORTO

e si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

Dichiaro di non avere altre coperture sanitarie e di non aver presentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti medesima richiesta di rimborso, in caso contrario indicare l'Assicurazione/Cassa/Fondo/Ente: _____
(Informazione obbligatoria ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile)

Ai fini del rimborso diretto, notifico le coordinate bancarie:

c/c intestato a: _____ Banca/Posta _____

Codice IBAN	_____
-------------	-------

In caso di modifica del Codice IBAN, è necessario darne comunicazione tempestiva ad UniSalute attraverso l'area riservata del sito internet.

Inviare il presente modulo a: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 – 40138 Bologna BO
Si intendono gli invii esclusivamente tramite posta, sono esclusi gli invii tramite servizio Corrieri.

Data _____

Firma dell'Iscritto _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(di seguito, "Informativa Privacy")
UNS_Info_Cont_02 – Ed. 05.09.2025

Gentile Cliente,

ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito, il "Regolamento"), La informiamo che UniSalute S.p.A. (di seguito, "UniSalute" o la "Compagnia"), per fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi, in qualità di titolare, tratterà alcuni dati personali riferibili a Lei e/o agli ulteriori eventuali interessati, per le finalità di seguito indicate.

Le informazioni riportate di seguito dovranno essere fornite, a cura del contraente (di seguito, il "Contraente"), agli eventuali altri soggetti (di seguito, i "Terzi Interessati") a cui si riferiscono i dati personali oggetto del trattamento (a titolo esemplificativo, il beneficiario della polizza assicurativa ovvero ogni altro interessato a qualunque titolo coinvolto).

Chi tratterà i dati personali?

Il titolare del trattamento dei dati personali è UniSalute S.p.A. (<https://www.unisalute.it>), con sede in Via Larga 8, 40138, Bologna.

Quali dati personali tratteremo?

Saranno raccolte e trattate le seguenti categorie di dati personali (i "Dati" o i "Suoi Dati") riferibili a Lei e/o ai Terzi Interessati:

- dati anagrafici (nome e cognome, genere, data di nascita, codice fiscale, eventuale rapporto di parentela del Contraente con i Terzi Interessati, indirizzo di residenza);
- dati di contatto (numero di telefono e indirizzo e-mail);
- coordinate bancarie (in particolare, l'IBAN);
- categorie particolari di dati¹ (in specie, dati relativi alla salute: ad esempio, i dati riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, ecc., inviati in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell'area riservata);
- dati relativi alla gestione amministrativa dei sinistri (tra cui, frequenza dei sinistri, importi corrisposti, stato delle pratiche).

Si tratta dei Dati che Lei stesso o altri soggetti² ci fornite, indispensabili per erogare, in favore del Contraente e/o dei Terzi Interessati, i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti.

Perché tratteremo i Dati?

I Dati saranno trattati per le finalità e sul presupposto delle basi giuridiche di seguito indicate:

- **(F1) – Esecuzione del contratto assicurativo** (il "Contratto"): i Dati saranno trattati per garantire l'erogazione dei servizi assicurativi previsti dal Contratto (a titolo esemplificativo, la raccolta dei premi, ove a carico dell'assicurato, la valutazione e la liquidazione dei sinistri, il pagamento o l'esecuzione delle ulteriori prestazioni connesse ai servizi assicurativi richiesti, attività di riassicurazione e/o coassicurazione);
- **(F2) – Svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi**: il trattamento comporta lo svolgimento delle attività finalizzate alla prevenzione e all'accertamento delle frodi assicurative, nonché alla valutazione delle eventuali azioni legali da intraprendere, anche di concerto con le altre compagnie assicurative del Gruppo Unipol;
- **(F3) – Analisi statistiche e tariffarie**: i Dati (esclusi quelli appartenenti a categorie particolari) saranno trattati per attività di analisi ed elaborazione a fini tariffari e/o statistici, sulla base dei parametri di prodotto, delle caratteristiche di polizza e delle informazioni sulla sinistrosità, nonché per esigenze di gestione e controllo interno;
- **(F4) – Area riservata**: se deciderà di registrarsi all'area riservata (l'"Area Riservata") del nostro sito, o della nostra applicazione per dispositivi mobili (l'"App"), qualora prevista dal Suo piano sanitario, tratteremo i Dati per identificarLa come nostro assicurato e per fornirLe i servizi previsti dal Contratto;
- **(F5) – Invio di comunicazioni di servizio**: i Dati relativi ai Suoi recapiti saranno utilizzati per inviarLe avvisi e comunicazioni di servizio³, eventualmente anche per il tramite dell'App;
- **(F6) – Condivisione dei Suoi Dati con gli appartenenti al nucleo familiare assicurato**: al momento della registrazione all'Area Riservata, ove presente, Le sarà possibile scegliere se condividere i Suoi Dati, anche rientranti in categorie particolari, con gli eventuali Terzi Interessati, purché appartenenti al Suo nucleo familiare assicurato, oppure se gestire in autonomia la Sua posizione. Le forniremo ulteriori informazioni sulla condivisione dei Suoi Dati con un'apposita informativa al momento della registrazione all'Area Riservata⁴;
- **(F7) – Perseguimento di esigenze amministrativo contabili e adempimento degli obblighi normativi**: i Dati saranno trattati al fine di perseguire esigenze amministrativo – contabili, nonché al fine di adempiere agli obblighi normativi di settore, di volta in volta applicabili in base alle prestazioni richieste, e stabiliti da leggi, regolamenti, normativa europea o da disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di Vigilanza⁵;

¹ Ai sensi dell'art. 9 del Regolamento, per categorie particolari di dati si intendono i dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, l'appartenenza sindacale, i dati genetici, i dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, i dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.

² Ad esempio, eventuali soggetti che abbiano stipulato nell'interesse di un terzo la polizza assicurativa; contraenti di polizze assicurative in cui risulti assicurato o beneficiario; eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.) da cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; soggetti ai quali, per soddisfare le Sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici; nei limiti di quanto necessario per dare esecuzione al Contratto, strutture sanitarie convenzionate che erogheranno le prestazioni richieste dagli assicurati.

³ Le comunicazioni di servizio, che Le verranno inoltrate a mezzo e-mail, SMS o, limitatamente all'APP, tramite notifiche push, riguarderanno, ad esempio, le informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri.

⁴ L'informativa è messa a disposizione dell'interessato anche nella sezione "privacy" del sito web di UniSalute (<https://www.unisalute.it>).

⁵ Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni IVASS, CONSOB, AGCM, Garante per la protezione dei dati personali, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali, (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione e adeguata verifica della clientela e per segnalazioni di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle finanze (quale Titolare) per finalità di

- **(F8) – Tutela dei propri diritti**: il trattamento potrà avvenire al fine di agire a tutela dei diritti della Compagnia, anche in via difensiva, sia in sede giudiziale, che stragiudiziale;
- **(F9) – Chatbot Chiara 2.0**: qualora decida di utilizzare, ove presente nella Sua Area Riservata, Chiara 2.0, il chatbot di UniSalute basato sull'intelligenza artificiale (disponibile sul sito web www.unisalute.it), tratteremo i Suoi dati personali esclusivamente per assisterLa nella gestione del Contratto e per fornirLe i chiarimenti richiesti (se necessario, in base ai quesiti formulati, anche trasmettendole apposite guide via sms e/o e-mail).

#	Categorie di Dati	Base giuridica	Conferimento dei Dati
F1	a); b); c); d); e)	Il trattamento è necessario per dare esecuzione al Contratto. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, paragrafo 2, lettera a) del Regolamento).	Il conferimento dei Dati è indispensabile al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste. Precisiamo che tratteremo Dati rientranti in categorie particolari (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per l'esecuzione del Contratto e dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato ⁶ .
F2	a); c); d); e)	Il trattamento è fondato sul legittimo interesse del titolare del trattamento alla prevenzione e al contrasto delle frodi assicurative. Potremo trattare i Dati relativi alla salute, nei soli casi in cui ciò sia strettamente necessario per accertare o difendere un diritto di UniSalute, sulla base dell'articolo 9, paragrafo 2, lettera f) del Regolamento.	Il conferimento dei Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.
F3	a); e)	La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse della Compagnia allo svolgimento di attività di tariffazione e di analisi statistiche.	Il conferimento dei Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.
F4	a); b); c); d)	Il trattamento è necessario per dare esecuzione al Contratto. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, paragrafo 2, lettera a) del Regolamento).	Il conferimento dei Dati, in questi casi, è necessario per permetterLe di ottenere i servizi <i>online</i> tramite l'Area Riservata. Il mancato conferimento dei Dati potrebbe compromettere il perseguimento di tale finalità.
F5	a); b); c); d)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di dare esecuzione al Contratto (che, in taluni casi, risponde altresì a un obbligo normativo in capo alla Compagnia). Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, paragrafo 2, lettera a) del Regolamento).	Il conferimento dei Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.
F6	a); b); c); d)	La base giuridica del trattamento consiste nell'esplicito e facoltativo consenso degli interessati. Potrà esprimere tale consenso al momento della registrazione all'Area Riservata. Le ricordiamo che Le verranno fornite ulteriori informazioni sulla condivisione dei Dati tramite un'apposita informativa al momento della registrazione all'Area Riservata.	Precisiamo che il mancato rilascio del consenso non comporterà alcuna conseguenza in relazione alla stipulazione e/o all'esecuzione del Contratto, ma precluderà solamente la condivisione dei Dati. Resta ferma, inoltre, la facoltà di revocare in ogni momento il consenso; la revoca non pregiudicherà la liceità del trattamento svolto sino a quel momento.
F7	a); b); c); d)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di adempiere agli obblighi normativi di volta in volta applicabili. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, paragrafo 2, lettera a) del Regolamento).	Il conferimento dei Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.
F8	a); b); c); d); e)	La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse di UniSalute rappresentato dalla	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.

prevenzione delle frodi mediante un furto d'identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o previa richiesta al Responsabile per la protezione dei dati.

⁶ Le ricordiamo che, ove il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso da Lei espresso, tale consenso potrà essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca. Le facciamo inoltre presente che il trattamento dei Dati, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi di legge, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto contrattuale e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute (ad esempio, l'accertamento o la difesa di diritti in sede giudiziaria).

		necessità di tutelare i propri diritti. Tratteremo i Dati relativi alla salute, nei soli casi in cui ciò sia strettamente necessario per accertare o difendere un diritto di UniSalute, sulla base dell'articolo 9, paragrafo 2, lettera f) del Regolamento.	
F9	a); b); c); d); e)	Il trattamento è necessario per dare esecuzione al Contratto. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, paragrafo 2, lettera a) del Regolamento).	Il conferimento dei Dati è libero e facoltativo. Precisiamo che potrà sempre scegliere di utilizzare gli altri canali a Sua disposizione (ad esempio, contattando gli operatori della Centrale Operativa) per ricevere assistenza e supporto riguardo alla polizza sottoscritta.

Come tratteremo i Suoi Dati?

I Dati saranno trattati tramite logiche e modalità, anche informatiche, strettamente pertinenti alle finalità suindicate, previa adozione delle misure di sicurezza ritenute adeguate ai rischi. I Dati saranno resi accessibili al solo personale autorizzato, nei limiti di quanto strettamente necessario allo svolgimento delle attività cui lo stesso risulta preposto.

I Dati potranno, altresì, essere oggetto di elaborazione per il tramite di sistemi di intelligenza artificiale, per finalità connesse alle attività liquidative e assicurative, nonché al fine di prevenire o accertare frodi. L'utilizzo di tali sistemi non comporterà in nessun caso l'assunzione di una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato.

Le precisiamo che, al fine di migliorare e rendere più affidabili i sistemi di intelligenza artificiale, la Compagnia potrà utilizzare i Dati (ad esclusione di categorie particolari di dati personali) durante sessioni di addestramento dei suddetti sistemi. Tale trattamento avviene sulla base di un legittimo interesse della Compagnia, rivolto ad assicurare il più alto livello di prestazione dei propri sistemi e degli strumenti organizzativi della propria attività, avendo operato un bilanciamento tra gli interessi della Compagnia e i diritti e le libertà fondamentali degli interessati.

A chi comunicheremo i Dati?

I Dati non saranno soggetti a diffusione, ma potranno essere comunicati a soggetti terzi, in ragione delle sole finalità suesposte. In particolare, i Dati potranno essere comunicati a:

- I. soggetti esterni a cui UniSalute affida lo svolgimento di attività per proprio conto (in via esemplificativa, e non esaustiva, fornitori di servizi informatici e telematici, ecc.) e con cui la stessa stipula accordi volti a disciplinare il trattamento dei Dati⁷;
- II. ove necessario, e limitatamente alle finalità assicurative, i Dati potranno essere trattati, per attività amministrative e contabili, anche da altre società facenti parte, come UniSalute, del Gruppo Unipol⁸;
- III. soggetti legittimati ad accedere ai dati in forza di specifiche disposizioni normative (quali ad esempio, Autorità Giudiziaria, Autorità di polizia giudiziaria, Autorità di controllo e vigilanza, ecc.): la comunicazione è necessaria al fine di adempiere ad obblighi di legge, di regolamento o di normativa europea, ovvero in base a un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria o di altre Autorità pubbliche;
- IV. società assicurative, anche non appartenenti al Gruppo Unipol, qualora necessario al perseguimento dei legittimi interessi della Compagnia, ovvero di tali società, correlati a specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale.

I Dati potranno altresì essere comunicati ai soggetti, pubblici o privati, esterni ad UniSalute, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che la riguardano⁹ o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa.

I Dati non saranno trasferiti verso paesi situati al di fuori dell'Unione Europea o dello Spazio Economico Europeo; qualora ciò fosse necessario per il perseguimento delle finalità suindicate, lo faremo sulla base delle misure di garanzia previste dal Regolamento, quali ad esempio una decisione di adeguatezza della Commissione Europea, ovvero la sottoscrizione di clausole contrattuali standard con l'importatore dei Dati.

Per quanto tempo tratteremo i Dati?

I Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale in essere e successivamente conservati, per ragioni amministrativo-contabili, nonché per l'adempimento degli obblighi normativi di volta in volta applicabili.

In dettaglio:

Finalità	Termine di conservazione
F1, F9	I Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale. Dopodiché, saranno conservati per l'adempimento degli obblighi normativi previsti dalla normativa assicurativa, di regola dieci (10) anni dalla data di cessazione del Contratto.
F2, F3, F4, F5	I Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale.
F6	I Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale. Alla cessazione del Contratto o in caso di revoca del consenso, la condivisione si interromperà.
F7	I Dati saranno conservati per l'adempimento degli obblighi normativi di volta in volta applicabili (amministrativi, fiscali, assicurativi, ecc.), di regola dieci (10) anni dalla data di cessazione del Contratto.
F8	Per i termini prescrizionali previsti dalla normativa di settore, nonché per la durata dell'eventuale contenzioso.

⁷ Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui possono essere affidate la gestione, la liquidazione e il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione, ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

⁸ Per l'elenco completo e aggiornato di tutte le società facenti parte del Gruppo Unipol, si rinvia al sito www.unipol.com.

⁹ In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati, entro i limiti di quanto strettamente necessario per le finalità indicate, a società del Gruppo Unipol e a soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali; investigatori privati; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza.

I Suoi diritti

La normativa sulla privacy (articoli da 15 a 22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai Dati che La riguardano, di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione, se trattati illecitamente, e la portabilità dei Dati che Lei ci ha fornito, qualora trattati in modo automatizzato sulla base di un Suo consenso o per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (articolo 20). La normativa sulla privacy Le attribuisce, altresì, il diritto di richiedere la limitazione del trattamento dei Dati, se ne ricorrono i presupposti, e di opporsi al trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare. Ove il trattamento dei Dati sia basato sul Suo consenso, Lei ha il diritto di revocarlo in ogni momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso rilasciato prima della revoca.

Il Responsabile per la protezione dei dati è a Sua disposizione per chiarimenti sul trattamento dei Suoi Dati e per l'esercizio dei Suoi diritti: può contattarlo all'indirizzo di posta elettronica: privacy@unisalute.it.

Resta fermo il Suo diritto di rivolgersi al Garante Privacy, anche attraverso la presentazione di un reclamo, ove ritenuto necessario, per la tutela dei Suoi Dati e dei Suoi diritti.



Guida al Piano Sanitario Odontoiatrico

AIG-ONHC per gli Iscritti a Fondo Sanilog



Procedura per registrazione utenza personale in App/Area riservata

Registrazione utenza riservata – primo accesso

1. Nell'home page del sito <https://areariservata.onhc.it> cliccare su registrati (fig.1) e compilare la maschera proposta (fig.2)

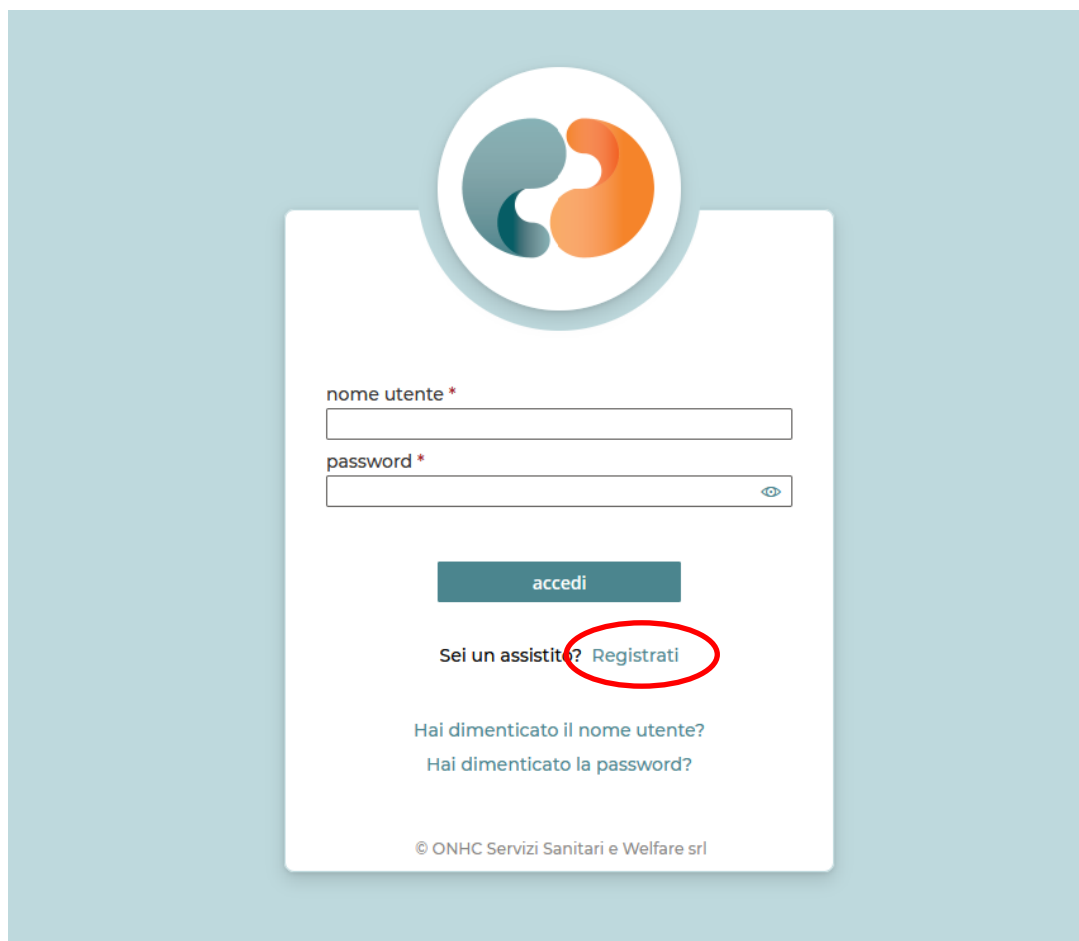


Fig.1

Fig.2

Una volta confermati i dati se l'anagrafica inserita risulterà presente e attiva nel database di ONHC Servizi Sanitari e Welfare (ONHC SSW), verrà inviata una mail all'indirizzo inserito con richiesta di conferma dello stesso, completata la procedura l'utente riceverà le credenziali per l'accesso alla propria area riservata.

Al primo accesso sarà richiesta la modifica della password.

All'interno dell'area sarà possibile aggiornare i propri dati tramite la sezione *Il Mio Profilo*

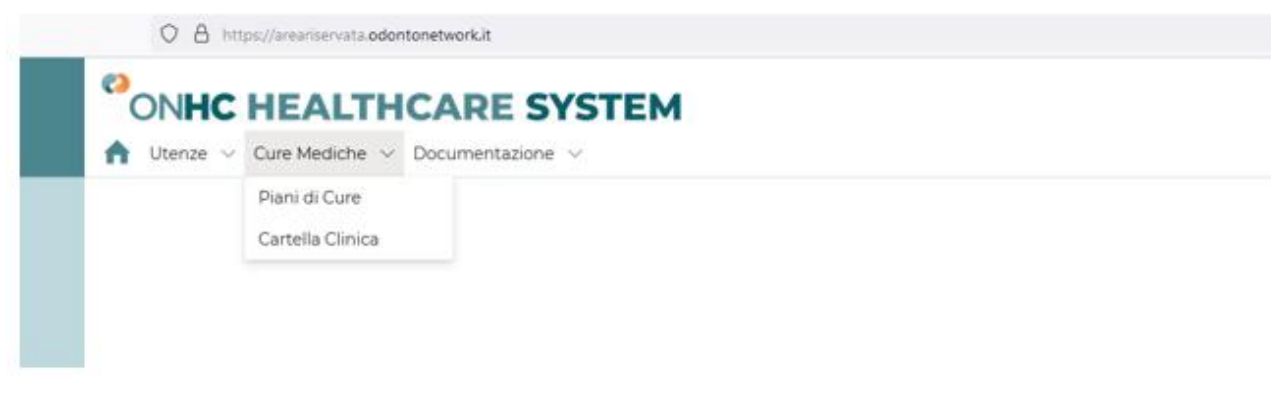


Attraverso il menù Consultazione Strutture Sanitarie sarà possibile consultare l'elenco delle strutture convenzionate tramite ricerca per provincia e/o comune o tramite mappa interattiva.

Ciascun puntatore se attivato restituisce i dati di contatto della struttura.

giorno	matino	pomeriggio
lunedì	09:00 -	- 18:00
martedì	09:00 -	- 18:00
mercoledì	09:00 -	- 18:00
giovedì	09:00 -	- 18:00
venerdì	09:00 -	- 18:00
sabato	chiuso - chiuso	chiuso - chiuso
domenica	chiuso - chiuso	chiuso - chiuso

Dal menù *Cure Mediche* è possibile accedere ai propri piani di trattamento e ad eventuali referti/immagini radiografiche contenute nella *Cartella Clinica*.



Accedendo alla sezione Piani di Cure il sistema restituisce l'elenco delle richieste e relativo stato.

Cliccando sul piano di cura in stato Autorizzato o Fine Cure si accede al dettaglio delle prestazioni sanitarie richieste.

Struttura	Piano Cure	Invio in Lavorazione	Data Autorizzazione	Stato	Tipo di Gestione
STS-001981	PC-44831	27/01/2021 10:21:51	27/01/2021 10:21:51	Fine cure	Fondo
STS-001789	PC-0000024640	03/03/2023 15:57:52		In Lavorazione	Fondo
STS-000100	PC-0000024639	02/03/2023 11:13:05		Autorizzato	Fondo

Procedure a carico dell'Assicurato

1. L'Assicurato potrà contattare ONHC Servizi Sanitari e Welfare tramite il numero verde 800 92 82 13 e/o registrarsi all'area web riservata <https://areariservata.onhc.it> o tramite App mobile ONHC
2. L'Assicurato dovrà fornire i dati necessari per verificare la regolarità della posizione e per il completamento della Scheda Anagrafica (nome, cognome, data di nascita, codice fiscale, azienda, indirizzo, telefono, e-mail)
3. L'Assicurato che vorrà avvalersi del supporto dell'operatore potrà ricevere via e-mail l'informativa privacy (che restituirà sottoscritta via e-mail), i nominativi ed i recapiti delle Strutture Sanitarie convenzionate, che potrà contattare direttamente, nonché tutte le informazioni relative alle modalità di fruizione delle prestazioni
4. L'Assicurato una volta identificata la struttura più consona alle proprie esigenze la contatterà direttamente per prenotare la visita **specificando di essere assistito ONHC**
5. L'Assicurato dovrà fornire alla Struttura Sanitaria i propri dati (nome, cognome, codice fiscale e data di nascita) affinché essa possa verificare, tramite il sistema informatico, la regolarità della sua posizione e il piano sanitario di appartenenza
6. L'Assicurato all'atto della visita presso la Struttura Sanitaria che erogherà le prestazioni qualora non l'avesse ancora inviata a ONHC SSW consegnerà l'informativa privacy sottoscritta (qualora ne fosse sprovvisto la sottoscriverà in loco) che consentirà alla stessa di poter dar corso alla prestazione richiesta
7. L'Assicurato dovrà richiedere alla Struttura Sanitaria il modulo di autorizzazione alle cure (che sottoscriverà per ricezione/accettazione) nel quale saranno visibili le prestazioni richieste e le relative quote a suo carico da versare alla Struttura
8. L'Assicurato dovrà sottoscrivere, al termine di ogni ciclo di cure, il modulo di fine cure nel quale saranno indicate tutte le prestazioni erogate
9. L'Assicurato qualora abbia usufruito di una prestazione a titolo oneroso riceverà dalla Struttura Sanitaria la fattura per le prestazioni svolte in Suo favore

Sintesi delle garanzie assicurative

Il piano sanitario odontoiatrico predisposto da AIG/ONHC SSW per gli iscritti al Fondo Sanilog è rivolto principalmente alle prestazioni legate alla prevenzione ed è in linea con quanto previsto nel documento emanato dal Ministero della Salute “Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età adulta” nel quale, attraverso una serie di “raccomandazioni”, vengono indicate le prestazioni e le abitudini volte a preservare la salute della bocca.

La polizza AIG Dental per gli iscritti al Fondo Sanilog è una polizza con convenzionamento diretto.

La gestione delle prestazioni odontoiatriche di cui al presente documento è effettuata da **ONHC SSW S.r.l.**, quale service provider di AIG Europe SA, Via XII Ottobre n. 2, 16121 Genova, E-mail dedicata fondosanilog@onhc.it, Telefono 010 5502620, Numero verde 800928213, Area riservata <https://areariservata.onhc.it>

Le prestazioni in garanzia sono fruibili solo ed esclusivamente presso le strutture del Network ONHC.

Non sono previsti rimborsi né agevolazioni per prestazioni erogate presso strutture non direttamente convenzionate con ONHC SSW e per le quali non sia stata seguita la procedura corretta, ad eccezione di quanto previsto agli artt. 3, 4 e 5 del presente documento.

1. PRESTAZIONI IN CONVENZIONAMENTO DIRETTO SENZA ONERE ALCUNO A CARICO DEGLI ASSICURATI

Le prestazioni di seguito previste saranno erogate in convenzionamento diretto senza onere alcuno a carico degli Assicurati, salvo ove diversamente specificato ed entro i limiti ed i massimali previsti per ciascuna garanzia.

1.1 Diagnosi e Radiologia

Le Prestazioni comprese nella Garanzia “**Diagnosi e Radiologia**” sono le seguenti:

- **Visita con raccolta di dati anamnestici e/o visita specialistica:** 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

Le Visite sopra indicate sono previste con il limite di due per anno.

- RX endorale*, radiografia endorale eseguita su un singolo sestante o gruppo di denti, **con il limite di due prestazioni all’anno.**
- Modelli di studio*: è inclusa la rilevazione delle impronte delle due arcate dento-alveolari e la realizzazione dei relativi modelli in gesso finalizzati alla predisposizione dei piani di trattamento, **con il limite di una prestazione all’anno.**
- Ortopantomografia*, indagine radiologica del distretto maxillo-facciale eseguita presso lo studio** con il limite di **una prestazione all’anno.**

*se clinicamente necessario

**solo presso strutture convenzionate dotate di ortopantomografo (OPT)

1.2 Prestazioni di emergenza, con il limite di una prestazione all'anno.

Le Prestazioni comprese nella Garanzia “**Prestazioni di emergenza**” sono le seguenti:

- Visita d'emergenza: visita a seguito di patologia in forma acuta;
- Prescrizione di eventuale terapia medica;
- Rx endorale: radiografia endorale eseguita su un singolo sestante o gruppo di denti;
- 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.
- Otturazione temporanea (medicazione): 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.

1.3 Igiene e Prevenzione

Le Prestazioni comprese nella Garanzia “**Igiene e Prevenzione**” sono le seguenti:

- 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 l'anno non erogabili separatamente alla seduta di ablazione del tartaro**).
- Ablazione del tartaro: seduta in cui viene eseguita nella medesima area (sestante, quadrante, arcata o intera bocca) la rimozione del tartaro sopra gengivale (**massimo due volte l'anno**)

2. PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA e AVULSIONI

La garanzia opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti e **relative avulsioni**, nel limite di un solo piano di cura per anno ed entro **il massimale annuo pari a € 2.500,00**.

Rientrano in copertura: le estrazioni, il posizionamento dell'impianto e relativa componentistica protesica (abutment).

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

- **Estrazione/i di dente o radice** propedeutica al posizionamento dell'impianto
SOTTOMASSIMALE € 200,00
- **1 Impianto osteointegrato** (comprensivo di componentistica protesica (abutment)
SOTTOMASSIMALE € 350,00
- **2 Impianti osteointegrati** (comprensivi di componentistica protesica (abutment), stessa seduta, stesso piano di cura)
SOTTOMASSIMALE € 700,00
- **3 Impianti osteointegrati** (comprensivi di componentistica protesica (abutment), stessa seduta, stesso piano di cura)
SOTTOMASSIMALE € 1.450,00
- **4 o più Impianti osteointegrati** (comprensivi di componentistica protesica (abutment), stessa seduta, stesso piano di cura)
SOTTOMASSIMALE € 2.300,00

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 sia le avulsioni che l'installazione dell'impianto/i.

3. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRA RICOVERO

Le prestazioni di seguito descritte sono previste in convenzionamento diretto con un rimborso alla struttura sanitaria convenzionata entro i termini del **massimale annuo pari ad € 3.000,00** 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 € 3.000,00.

4. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO PER CIRCOLAZIONE STRADALE

Le prestazioni odontoiatriche derivanti da Infortunio causato da circolazione stradale sono previste in convenzionamento diretto con un rimborso al Centro Odontoiatrico Convenzionato entro i limiti del **massimale annuo pari ad € 6.000,00** 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:

1. il Sinistro sia stato verbalizzato dalle Autorità competenti intervenute a seguito dell'incidente;
2. 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;

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 € 6.000,00.

La copertura non sarà operante nel caso in cui:

- l'Assicurato abbia assunto sostanze stupefacenti nelle 48 ore precedenti il sinistro
- gli Infortuni siano conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli Infortuni siano causati dallo stato di ubriachezza dell'Assicurato o dall'effetto di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico dall'Assicurato;
- gli Infortuni siano conseguenti a tumulti popolari, atti violenti od aggressioni.
- Sinistro da circolazione stradale riconducibile a guida di monopattino

5. 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**” (come meglio specificato all’art. 9 del presente documento) di una affezione critica all'Assicurato verrà liquidato un indennizzo forfettario pari a **€ 6.500,00**.

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

L'Assicurato per ottenere l'indennizzo forfettario a seguito di tumore del cavo orale deve inoltrare comunicazione scritta a Onhc SSW entro cinquanta (50) giorni dalla diagnosi della malattia di cui all’art. 4 del presente documento.

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 copertura per l'Assicurato. 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.

6. PRESTAZIONI PER IL NUCLEO FAMILIARE BENEFIT

I seguenti trattamenti per i familiari dell'Assicurato saranno limitati agli studi odontoiatrici della rete Onhc SSW, 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 temporanea (medicazione): 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 con il limite di una prestazione per nucleo per anno, comprensiva di:
- Visita orale: accertamento clinico diagnostico finalizzato all'individuazione di eventuali patologie o distorsioni 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.

7. ACCESSO AL NETWORK NAZIONALE CON TARIFFARIO AGEVOLATO

ONHC SSW mette a disposizione degli Assicurati un network di circa 3.500 strutture odontoiatriche selezionate e capillarmente distribuite su tutto il territorio nazionale.

Attraverso la rete convenzionata ONHC SSW garantisce l'applicazione di un nomenclatore tariffario, fra i più competitivi sul mercato, riconducibile per nomenclatura all'unico documento ufficiale in odontoiatria in Italia quale è il **Nomenclatore Tariffario ANDI**.

8. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

L'Assicurato che necessita di una prestazione odontoiatrica dovrà rivolgersi ad ONHC SSW, il quale fornirà istruzioni su come contattare il Centro Odontoiatrico Convenzionato.

Le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente alle strutture sanitarie convenzionate entro i limiti previsti, le quote a carico dell'Assicurato dovranno essere versate da quest'ultimo 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 nel piano sanitario dovrà osservare le procedure di autorizzazione fornite da ONHC SSW.

Non sono previsti rimborsi in favore dell'Assicurato ad eccezione dei ticket sanitari pagati da quest'ultimo, entro il massimale di € 3.000,00 per interventi chirurgici extra ricovero e di € 6.000,00 per infortunio da circolazione stradale e dell'indennità a seguito di tumore del cavo orale (come meglio dettagliato agli artt. 3, 4 e 5 del presente documento).

Esclusivamente per l'autorizzazione alle cure relative agli interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero, l'Assicurato dovrà inviare a ONHC SSW, la seguente documentazione:

- 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;
- eventuale ulteriore documentazione richiesta dalla centrale operativa.

L'Assicurato per ottenere il rimborso del ticket entro il massimale di € 3.000,00 dovrà inviare a ONHC SSW, la seguente documentazione:

- 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;
- eventuale ulteriore documentazione richiesta dalla centrale operativa.

Esclusivamente per l'autorizzazione alle cure relative a prestazioni odontoiatriche da infortunio per circolazione stradale, l'Assicurato dovrà inviare a ONHC SSW, la seguente documentazione:

- documentazione sanitaria rilasciata da strutture di Pronto Soccorso Ospedaliero entro 24 ore dalla data di accadimento dello stesso ed eventuali referti radiografici;
- verbale delle autorità competenti intervenute a seguito dell'incidente in cui viene verbalizzato il danno dentale;
- eventuale ulteriore documentazione richiesta dalla centrale operativa.

L'Assicurato per ottenere il rimborso del ticket entro il massimale di € 6.000,00 oltre alla documentazione descritta al punto precedente dovrà inviare anche:

- 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.
- eventuale ulteriore documentazione richiesta dalla centrale operativa.

9. MODALITÀ DI RICHIESTA DELL'INDENNIZZO FORFETTARIO A SEGUITO DEL TUMORE DEL CAVO ORALE

L'indennizzo è erogabile una (1) sola volta durante la vigenza del piano sanitario cessando automaticamente per l'Assicurato al momento della liquidazione dell'indennizzo stesso, a prescindere dal numero di Tumori del Cavo Orale riferibili all'Assicurato.

L'Assicurato per ottenere l'indennizzo forfettario a seguito di tumore del cavo orale deve inoltrare comunicazione scritta a ONHC SSW entro cinquanta (50) giorni dalla diagnosi della malattia di cui all'art. 5 del presente documento.

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 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.

Compiuti gli accertamenti del caso, AIG provvederà alla liquidazione dell'Indennizzo che risulterà eventualmente dovuto, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro i successivi 30 giorni solari.

Avvertenza: 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.

10. ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura vale in tutto il territorio italiano.

11. ESCLUSIONI DALLA COPERTURA

Esclusioni valide per tutte le garanzie

L'Assicurazione non è operante per:

1. le prestazioni odontoiatriche non effettuate dai Centri Odontoiatrici Convenzionati, salvo per le ipotesi previste nel Contratto di Assicurazione in cui è possibile ricorrere al Servizio Sanitario Nazionale.
2. le prestazioni odontoiatriche diverse da quelle, di volta in volta, previste nel Contratto di Assicurazione;
3. le prestazioni odontoiatriche conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;

4. le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
5. gli Assicurati che abbiano compiuto l'86° anno di età.
6. ricadute o recidive di patologie in atto conosciute o conoscibili dall'Assicurato;
7. conseguenze dirette ed indirette di patologie o infortuni preesistenti alla decorrenza della Polizza;
8. infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
9. conseguenza diretta o indiretta di malformazioni congenite, malattie genetiche o difetti fisici preesistenti alla decorrenza della Polizza;
10. dolo del Contraente o dell'Assicurato;
11. delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
12. rifiuto di seguire le cure mediche, le indicazioni terapeutiche e le prescrizioni mediche in generale;
13. tentato suicidio o azioni di autolesionismo;
14. movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, calamità naturali;
15. malattie neurologiche e mentali;
16. svolgimento di servizio militare;
17. incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di voli non di linea, su aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
18. uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
19. ingestione di farmaci non prescritti o che non coincidano con la prescrizione medica;
20. contaminazione biologica o chimica connessa ad atti di terrorismo o atti di guerra;
21. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo e accelerazioni di particelle atomiche (salvo quelle subite come paziente durante applicazioni radioterapiche);
22. diagnosi effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
23. diagnosi effettuata da un medico che sia un familiare dell'Assicurato o che abbia il medesimo domicilio o residenza dell'Assicurato al momento della diagnosi;
24. Sinistro riconducibile a pratica di pugilato, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, alpinismo oltre 4.000 metri e/o oltre il 3° grado scala UIAA, e/o arrampicata su ghiaccio o ghiacciai o arrampicata in solitaria indipendentemente dall'altitudine, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, scialpinismo, sci acrobatico, snowboard acrobatico o estremo, bob, rugby, football americano, sport aerei in genere, aliante, deltaplano, parapendio, paracadutismo, equitazione, immersioni subacquee;
25. gare di automobilismo, gare di motociclismo, gare di motonautica e relative prove;
26. sport estremi (ad es. base jumping, canyoning, torrentismo, hydrospeed, downhill, kitesurf, bungee jumping / repelling, canoa / rafting).
27. patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate dall'OMS, di gravità e virulenza tale da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile.
28. Sinistro da circolazione stradale riconducibile a guida di monopattino

La Centrale Operativa di ONHC SSW sarà comunque disponibile al numero verde 800 92 82 13 per qualsiasi informazione o assistenza si rendesse necessaria da lunedì a venerdì con orario 9-13 / 14-18 oppure attraverso la casella di posta dedicata fondosanilog@onhc.it