

# Guida al Piano sanitario

UNIVERSITÁ DEGLI STUDI DI PAVIA

novembre 2024

Per tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario  
vai su:

**[www.unisalute.it](http://www.unisalute.it)**

**24h su 24, 365 giorni l'anno**

Per tutte le prestazioni dell'area ricovero  
contatta preventivamente il

**Numero Verde**

**800-822446**

dall'estero: prefisso per l'Italia

**+ 051.63.89.046**

orari:

**8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì**

**I servizi UniSalute sempre con te!**

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

**UniSalute**  
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

<b>1.</b>	<b>SOMMARIO</b>	<b>3</b>
<b>1.</b>	<b>SOMMARIO</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>BENVENUTO</b>	<b>5</b>
<b>3.</b>	<b>COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO</b>	<b>5</b>
3.1.	Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	5
3.2.	Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	6
3.3.	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	8
<b>4.</b>	<b>SERVIZI ONLINE E MOBILE</b>	<b>8</b>
4.1.	Il sito di UniSalute	8
4.1.1.	Come faccio a registrarmi al sito <a href="http://www.unisalute.it">www.unisalute.it</a> per accedere ai servizi nell'Area clienti?	9
4.1.2.	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	9
4.1.3.	Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	10
4.1.4.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	10
4.1.5.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	11
4.1.6.	Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario?	11
4.1.7.	Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?	11
4.2.	L'app di UniSalute	12
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?	13
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
4.3.	Servizio di Help Desk	14
<b>5.</b>	<b>PERSONE ASSICURATE</b>	<b>15</b>
<b>6.</b>	<b>LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO</b>	<b>15</b>
6.1.	Indennità da ricovero	16
6.2.	Ospedalizzazione domiciliare post ricovero	16
6.3.	Alta specializzazione	17
6.4.	Visite specialistiche/accertamenti diagnostici	19
6.5.	Prestazioni odontoiatriche	21
6.6.	Protesi ortopediche e acustiche	22
6.7.	Lenti e/o lenti a contatto	23
6.8.	Stati di non autosufficienza	23
6.8.1.	Definizione della garanzia	23
6.8.2.	Condizioni di assicurabilità	24
6.8.3.	Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo	24
6.8.4.	Somma assicurata	25
6.8.5.	Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte di UniSalute	25
6.8.6.	Modalità di rimborso/richiesta di erogazione di servizi di assistenza	27
6.8.7.	Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza	30
6.8.8.	Consulenza organizzativa socioassistenziale	30
6.9.	Prevenzione	31
6.10.	Visite di controllo della crescita del bambino	32
6.11.	Accesso al tariffario	33
6.12.	Servizi di consulenza	34
<b>7.</b>	<b>CONTRIBUTI</b>	<b>34</b>

<b>8.</b>	<b>CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO .....</b>	<b>35</b>
<b>9.</b>	<b>ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI .....</b>	<b>36</b>
9.1.	Decorrenza e durata dell'assicurazione.....	36
9.2.	Inclusioni/esclusioni.....	36
9.3.	Validità territoriale .....	37
9.4.	Limiti di età .....	38
9.5.	Gestione dei documenti di spesa .....	38
9.6.	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?.....	39
9.7.	Foro competente .....	39
9.8.	Reclami .....	39
9.9.	Diritto all'oblio oncologico .....	42
9.10.	Informativa "HOME INSURANCE" - indicazioni per l'accesso all'area riservata ai sensi del regolamento IVASS 41/2018 – ove sussistano i requisiti .....	42
9.11.	Informazioni sull'Impresa di Assicurazione .....	42
<b>10.</b>	<b>ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....</b>	<b>44</b>

## 2. BENVENUTO

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

### I servizi online offerti da UniSalute

Su [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it), hai a disposizione un’**area riservata con pratiche funzioni online** che rendono ancora più veloce e semplice utilizzare il Piano sanitario.

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

## 3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

### 3.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute

UniSalute ha convenzionato un network di strutture sanitarie private che garantiscono elevati standard in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.

L’elenco delle strutture sanitarie convenzionate, è disponibile su [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) nell’Area clienti o telefonando alla Centrale Operativa. È sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

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



#### **Prenotazione veloce**

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

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

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

#### **Importante**

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

### **3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute**

Per garantirti la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario può prevedere anche la possibilità di utilizzare strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute. Il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni.

Per chiedere il rimborso delle spese vai su [www.unisalute.it](http://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 esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere) a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.

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](http://www.unisalute.it);
- in caso di **indennità giornaliera per ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale.

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

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

Per una corretta valutazione della richiesta di rimborso, UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali.

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.

**N.B.:** Nel caso in cui la richiesta di indennizzo abbia ad oggetto più prestazioni relative ad uno stesso evento e riconducibili a diverse garanzie, la fattura presentata dall'Assicurato deve contenere il

dettaglio dell'importo specifico sostenuto per ogni prestazione, in modo che ciascuna possa essere ricondotta alla relativa garanzia.

### 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](http://www.unisalute.it) all'interno dell'Area clienti. È facile e veloce!



#### Richiesta rimborso online

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

In alternativa, invia a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO, la documentazione necessaria, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere).

## 4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

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

### 4.1. Il sito di UniSalute

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

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

#### **4.1.1. Come faccio a registrarmi al sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) per accedere ai servizi nell'Area clienti?**

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

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

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

Ti ricordiamo che per garantire i massimi livelli di sicurezza e di protezione delle informazioni, username e password devono essere diverse tra loro e la password deve essere almeno di 8 caratteri.

Inoltre, la password va rinnovata ogni 6 mesi e un messaggio automatico ti indicherà quando sarà necessario fare la variazione.

##### **Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?**

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

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

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

Accedi all'area clienti e clicca su "**Fai una nuova prenotazione**".

In base alle tue esigenze puoi:

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



### **Prenotazione veloce**

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

#### **4.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?**

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

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



### **Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS**

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

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

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



### **Richiesta rimborso online**

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

**Se non puoi accedere a internet**, utilizza il modulo di rimborso allegato alla Guida e invialo insieme a copia di tutta la

documentazione richiesta a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO**, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere).

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

Entra nell'Area clienti e **accedi 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.

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

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

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

#### **4.1.7. Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?**

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

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

## 4.2. L'app di UniSalute

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

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

### 4.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

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

Una volta scaricata puoi registrarti in pochi semplici passi.

Se sei già registrato sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) puoi utilizzare le stesse credenziali di accesso!

#### **UniSalute PER TE**

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

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

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

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

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

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

#### **Tieni monitorati tutti i tuoi appuntamenti!**

Nella sezione APPUNTAMENTI puoi visualizzare l'agenda con i tuoi prossimi appuntamenti per le prestazioni sanitarie prenotate.

Potrai modificarli o disdirli direttamente da qui!

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

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

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

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

Nell'omonima sezione puoi consultare l'estratto conto per verificare lo stato di lavorazione delle tue richieste di rimborso. È possibile

infatti visualizzare lo stato dei sinistri pagati, non liquidabili o in fase di lavorazione e consultare tutti i documenti inviati.

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

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

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

#### **Integra la documentazione mancante**

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

### **4.3. Servizio di Help Desk**

Per contattare la Centrale Operativa attraverso un canale di accesso alternativo al numero verde, UniSalute mette a tua disposizione una funzionalità specifica raggiungibile tramite la sezione **“Contatti”** dell'Area Riservata del sito UniSalute [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) che ti consente di richiedere assistenza e informazioni su ambiti specifici, a cui UniSalute fornisce riscontro utilizzando l'indirizzo e-mail da te indicato. In particolare, selezionando **“Non trovi le info che stai cercando nelle FAQ? Contattaci via mail”**, si apre un form che prevede l'inserimento di pochi e semplici dati. Tale funzionalità ti consente inoltre di allegare un documento al fine di rendere più specifica la richiesta.

Per garantire il corretto utilizzo del Piano Sanitario sono quindi attivi tutti i canali descritti nei paragrafi precedenti: numero verde, form

online, nonché tutte le funzionalità previste sul sito web e in APP UniSalute, utili a richiedere una prenotazione nei centri convenzionati oppure un rimborso per un pagamento già sostenuto.

## 5. PERSONE ASSICURATE

Il Piano sanitario è operante per:

### **a) Soggetti assicurati collettivamente dal Piano Sanitario**

L'assicurazione è prestata a favore del personale tecnico-amministrativo (a tempo determinato e indeterminato); collaboratori ed esperti linguistici; personale dirigente dell'Università degli Studi di Pavia; ed è operante sia in caso di malattia che di infortunio. I soggetti di cui sopra sono i Titolari di copertura sanitaria.

### **b) Soggetti assicurati mediante adesione facoltativa al Piano Sanitario**

- I Titolari possono estendere facoltativamente la copertura del piano sanitario ai propri familiari risultanti dallo stato di famiglia: il coniuge, il convivente di fatto e i figli. Si intendono altresì compresi i figli non conviventi purché fiscalmente a carico.

- Possono aderire facoltativamente al piano sanitario i docenti, ricercatori, tecnologi e relativi familiari risultanti dallo stato di famiglia: il coniuge, il convivente di fatto e i figli. Si intendono altresì compresi i figli non conviventi purché fiscalmente a carico.

(Lo Statuto e il Regolamento della Cassa sono disponibili sul Sito di Cassa Salute Più: [cassasalutepiu.it](http://cassasalutepiu.it))

## 6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattie – anche pregresse, croniche e recidivanti – e di infortunio con le modalità indicate di seguito. Si intendono in copertura gli infortuni pregressi per i soli soggetti precedentemente assicurati.

Il Piano sanitario è operante per le seguenti coperture:

- indennità da ricovero;
- ospedalizzazione domiciliare post ricovero;
- alta specializzazione:
- visite specialistiche/accertamenti diagnostici;
- prestazioni odontoiatriche;
- protesi ortopediche e acustiche;
- lenti e/o lenti a contatto;
- stati di non autosufficienza;
- prevenzione;
- visite di controllo della crescita del bambino;
- accesso al tariffario;
- servizi di consulenza.

### **6.1. Indennità da ricovero**

In caso di ricovero in struttura pubblica o privata con o senza intervento chirurgico, l'assicurato avrà diritto a un'indennità di **€ 90,00** per ogni giorno di ricovero non superiore a **90** giorni per ogni ricovero.

Ai fini del calcolo dei giorni, in caso di ricovero, il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

L'indennità di cui sopra sarà elevata ad **€ 150,00** per ogni giorno di ricovero nel caso di grande intervento chirurgico (come da elenco allegato A).

L'indennità sostitutiva non si applica in caso di permanenza nei locali del pronto soccorso/astanteria qualora ad essa non consegua il ricovero nella medesima struttura sanitaria.

### **6.2. Ospedalizzazione domiciliare post ricovero**

La Società, per un periodo di **90** giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero in Istituto di Cura per malattia o infortunio, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica, con applicazione di uno scoperto

del **30%** per evento. La Società concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle posizioni contenute nelle stesse.

**Il massimale annuo assicurato per la presente garanzia  
corrisponde a € 10.000,00**

### **6.3. Alta specializzazione**

Il Piano sanitario prevede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- angiografia
- chemioterapia e terapie radianti
- cobaltoterapia
- diagnostica radiologica
- dialisi
- doppler
- ecografia
- ecocardiografia
- elettrocardiografia
- elettroencefalografia
- endoscopia
- laserterapia a scopo fisioterapico
- radioterapia
- risonanza magnetica nucleare
- scintigrafia
- PET
- TAC
- telecuore
- artrografia
- broncografia
- cistografia
- cistouretrografia
- clisma opaco

- colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- colangiografia percutanea (PTC)
- colangiografia trans Kehr
- colecistografia
- dacriocistografia
- defecografia
- fistolografia
- flebografia
- fluorangiografia
- galattografia
- isterosalpingografia
- mielografia
- retinografia
- rx esofago con mezzo di contrasto
- rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- scialografia
- splenoportografia
- urografia
- vesciculodeferentografia
- videoangiografia
- wirsunggrafia
- elettroencefalogramma
- elettromiografia
- angio RMN
- dacriocistotac

Si intende compresa in garanzia la biopsia effettuata a seguito di uno degli esami sopra elencati.

**Per l'attivazione della garanzia 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 convenzionate con

### **UniSalute e prestazioni effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l'applicazione di una franchigia di **€ 35,00** per ogni accertamento o ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 70,00** per ogni accertamento o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia.

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

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia.

<p><b>Il massimale annuo assicurato per la presente garanzia corrisponde a € 50.000,00 per assicurato, elevato a € 60.000,00 per cure oncologiche.</b></p>
--

### **6.4. Visite specialistiche/accertamenti diagnostici**

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

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

Nel caso in cui contestualmente alla visita specialistica venga effettuato un accertamento diagnostico si applicherà un unico scoperto/franchigia.

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

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l'applicazione di una franchigia di **€ 35,00** per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico, che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato allegghi alla fattura la copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia.

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

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assicurato allegghi alla fattura la copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia.

**Il massimale annuo assicurato per la presente garanzia  
corrisponde a € 50.000,00 per assicurato,  
con sotto limite di € 250,00 per accertamenti diagnostici  
ed esami di laboratorio.**

## **6.5. Prestazioni odontoiatriche**

In deroga a quanto previsto al capitolo “Casi di non operatività del Piano”, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese sostenute per:

- Spese per terapie conservative e ortodonzia.
- Spese per le protesi dentarie.
- Accertamenti diagnostici odontoiatrici (ortopantomografia, dentalscan, telecranio)

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

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse con applicazione di uno scoperto del **25%** che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione.

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

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **35%** con il minimo di **€ 80,00** per fattura.

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

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Una volta l'anno **solo presso strutture convenzionate** da effettuarsi in un'unica soluzione è previsto il pagamento integrale di:

- una visita specialistica;

- una igiene orale professionale completa.

**Il massimale annuo assicurato per la presente garanzia  
corrisponde a:**

- € 800,00 per assicurato, in caso di prestazione effettuata in struttura convenzionata con la Società
- € 280,00 per assicurato, in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società. Tale importo è da intendersi quale sotto-limite del massimale previsto al punto di cui sopra.

### **6.6. Protesi ortopediche e acustiche**

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

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 30,00** per fattura.

Si specifica che per protesi ortopediche si intendono quelle atte alla sostituzione di parte degli arti del corpo; si intendono quindi ad esempio escluse le ortesi come tutori, busti, ginocchiere, plantari.

Con riferimento agli apparecchi acustici, si precisa che sono indennizzabili a seguito dei seguenti eventi e previa presentazione della documentazione sotto riportata:

- **modifica dell'udito**: esame audiologico/visita audiologica con audiometria che comprovi la necessità di un nuovo apparecchio;
- **rottura apparecchio**: foto (nel caso in cui il malfunzionamento sia riconducibile a rotture di parti esterne chiaramente visibili) e dichiarazione dello specialista che attesti la rottura. È inoltre richiesto l'esame audiologico/visita audiologica con audiometria effettuata in occasione del precedente acquisto (in sua assenza è possibile presentare il referto di una nuova visita) che comprovi la necessità dell'apparecchio;
- **smarrimento/furto**: copia della denuncia. È inoltre richiesto l'esame audiologico/visita audiologica con audiometria effettuata in

occasione del precedente acquisto (in sua assenza è possibile presentare il referto di una nuova visita) che comprovi la necessità dell'apparecchio.

**Il massimale annuo assicurato per la presente garanzia  
corrisponde a € 2.000,00 per assicurato.**

## **6.7. Lenti e/o lenti a contatto**

Il Piano sanitario rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per lenti (incluse le montature) e/o lenti a contatto (incluse le "usa e getta").

Le spese sostenute verranno rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **10%** per fattura.

Per l'attivazione della copertura è necessaria la prescrizione del medico oculista o una certificazione dell'ottico optometrista attestante la variazione del visus.

Si specifica che la modifica del visus deve essere successiva all'ingresso in copertura dell'assicurato, deve essere anteriore di massimo 12 mesi rispetto alla data di acquisto degli occhiali/lenti a contatto e l'acquisto degli occhiali/lenti deve avvenire in vigenza contrattuale.

**Il massimale annuo assicurato per la presente garanzia  
corrisponde a € 150,00 per assicurato.**

## **6.8. Stati di non autosufficienza**

### **6.8.1. Definizione della garanzia**

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

**La garanzia si attiva solo nel caso di stato di non autosufficienza temporaneo.**

## 6.8.2. Condizioni di assicurabilità

Ai fini dell'operatività della presente garanzia, l'assicurato non deve rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità al momento dell'inserimento nella polizza:

- Avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere **uno o più degli atti seguenti**:

- **Spostarsi**: capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio;

- **Lavarsi**: capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo;

- **Vestirsi**: capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente;

- **Mangiare**: capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire.

- Trovarsi nelle condizioni di poter usufruire una pensione di invalidità o di poter richiedere una rendita per invalidità permanente che corrisponda a un livello di invalidità superiore al 25%.

- Presentare postumi di malattie o di incidenti precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.

- Essere affetto dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson, dalla sclerosi a placche o da ipertensione non controllata (intendendosi per tali forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente).

## 6.8.3. Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza temporaneo

l'assicurato che presenti la necessità dell'aiuto di un terzo per compiere almeno tre dei seguenti atti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi. La Società corrisponde l'importo garantito quale somma assicurata per il periodo computato in giorni per i quali perdura lo stato di non autosufficienza temporaneo.

#### **6.8.4. Somma assicurata**

Il massimale mensile della garanzia, nel caso in cui l'assicurato si trovi nelle condizioni indicate al precedente punto "Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo", corrisponde a **€ 5.000,00** per assicurato.

L'assicurato dovrà dimostrare lo stato di non autosufficienza mediante presentazione di apposita certificazione medica specialistica.

#### **6.8.5. Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte di UniSalute**

Una volta maturate le condizioni di non autosufficienza l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà:

- a) chiamare il numero verde gratuito **800-822446** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre alla Società 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'Assicurato,

indicandone esordio e termine. 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'Assicurato
- 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'Assicurato 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.

La Società ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite medico legali.

Se lo stato di non autosufficienza è riconosciuto consolidato la presente copertura non si attiva.

Se non si sarà in grado di stabilire se lo stato di non autosufficienza sia consolidato o temporaneo, la Società, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

In risposta, la Società invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Assicurato 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 temporaneo”, se l’Assicurato 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 temporaneo”, se l’Assicurato 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’Assicurato, dovrà essere inviata alla Società.

Quest’ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell’Assicurato sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza temporaneo dell’Assicurato.

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

Il diritto dell’Assicurato al riconoscimento di quanto previsto dal Piano sanitario decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione dello Stato di non autosufficienza temporaneo dell’Assicurato.

#### **6.8.6. Modalità di rimborso/richiesta di erogazione di servizi di assistenza**

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni del punto “Definizione dello stato di

non autosufficienza temporaneo” dà diritto all’Assicurato che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma garantita - entro i limiti previsti al punto “Somma garantita” - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi punti I) o II) del punto “Modalità di rimborso/richiesta di erogazione di servizi di assistenza”:

- 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 Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza dell’Assicurato.

### **I) Erogazione diretta della prestazione di assistenza**

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

La struttura e/o il personale sanitario convenzionati non potranno comunque richiedere all’Assicurato 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 dalla Società.

### **II) Richiesta di rimborso spese**

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

- 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'Assicurato 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'Assicurato
- 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'Assicurato 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.

Dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria. Nel caso in cui l'Assicurato 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'Assicurato viene effettuato su presentazione alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata e valida ai fini fiscali. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

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.

### **6.8.7. Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza**

La Società si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Assicurato, a controlli presso l'Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessaria per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma garantita potrà essere sospeso dalla data della richiesta della Società.

### **6.8.8. Consulenza organizzativa socioassistenziale**

La Società fornisce una Consulenza Specialistica Socio-Assistenziale all'assicurato che dovesse trovarsi, a causa di malattia o a seguito di infortunio, avvenuto successivamente all'effetto del contratto, in uno stato di non autosufficienza, intendendo per tale lo stato in cui sia necessario l'aiuto di un terzo per compiere due o più dei seguenti atti ordinari della vita quotidiana, quali, spostarsi, lavarsi, vestirsi e nutrirsi.

In questi casi la Società metterà a disposizione una centrale operativa, alla quale il socio o un suo familiare potrà rivolgersi per sottoporre il proprio caso.

La Società, dopo aver effettuato una specifica valutazione sulla singola posizione e considerate le specifiche necessità, attraverso un'adeguata intervista telefonica direttamente effettuata dal proprio Case Manager:

- proporrà un Servizio di indirizzamento, ai servizi sanitari /sociali più opportuni per il non autosufficiente;
- darà informazioni sui servizi sanitari /sociali forniti dalle strutture socioassistenziali del territorio fornendo indicazioni sugli uffici deputati a svolgere queste mansioni;
- fornirà all'assicurato la "Guida Generale" contenente tutti i vari passaggi

burocratici, amministrativi e normativi che regolamentano la posizione dei non autosufficienti e che devono essere attuati a tutela e presidio dell'assicurato in questa condizione.

Qualora, in seguito al servizio di consulenza organizzativa socio assistenziale si rendessero necessarie una o più prestazioni, l'assicurato potrà richiedere alla Centrale Operativa la prenotazione delle stesse (il cui costo resterà a carico dell'assicurato) e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione delle tariffe riservate agli assicurati della Società con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

## 6.9. Prevenzione

Il Piano sanitario prevede al pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) delle prestazioni di **prevenzione effettuate solo in strutture sanitarie convenzionate, una volta l'anno** per ciascun assicurato.

Le prestazioni, rivolte unicamente agli assicurati con più di 18 anni, devono essere richieste alla Centrale Operativa **in un'unica soluzione\***.

La Centrale Operativa potrà indirizzare l'assicurato presso un massimo di due strutture per la fruizione delle prestazioni prescelte.

### Esami validi per tutti gli assicurati:

- 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)

**Prestazioni previste per gli uomini:**

- PSA (specifico antigene prostatico)
- ECG a riposo
- rx torace (per l'rx torace viene richiesta la prescrizione medica)

**Prestazioni previste per le donne:**

- pap test
- esame mammografico o in alternativa ecografia mammaria (per l'esame mammografico viene richiesta la prescrizione medica)
- ECG a riposo

**Prestazione prevista per gli uomini e per le donne una volta ogni due anni a partire dal compimento del cinquantacinquesimo anno d'età:**

- Ecocolordoppler venoso arti inferiori
- spirometria

\*Con l'espressione "In un'unica soluzione" si intende che le prestazioni dovranno essere richieste unitariamente ed in un unico contesto temporale e potranno essere effettuate in giornate diverse sulla base delle disponibilità della struttura sanitaria e dell'Assicurato.

È anche possibile richiedere esclusivamente una o più prestazioni presenti nel pacchetto prevenzione. Le prestazioni presenti nel pacchetto che non venissero richieste contestualmente non potranno più essere erogate nello stesso anno assicurativo.

## **6.10. Visite di controllo della crescita del bambino**

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese sostenute per le visite di controllo della crescita per i bambini fino al compimento del 12° anno di età con la conseguente periodicità:

- 4 visite fino al compimento del primo anno di età
- 2 visite fino al compimento del secondo anno di età
- Una visita ogni due anni dal compimento del secondo anno di età fino al compimento del dodicesimo anno di età.

Si specifica che la presente garanzia opera per i bambini fino al compimento del 12° anno di età indipendentemente dal fatto che il Titolare abbia o meno esteso la copertura al nucleo familiare.

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

Le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute senza applicazione di alcun importo a carico dell'Assicurato.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

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

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

<p><b>Il massimale annuo assicurato per la presente garanzia è illimitato.</b></p>
--

## **6.11. Accesso al tariffario**

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere comunque alla Società l'autorizzazione ad effettuare la prestazione in una struttura prescelta tra quelle facenti parte della Rete, che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe scontate con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

## 6.12. Servizi di consulenza

### In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-822446** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

### Dall'estero

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

#### **a) Informazioni sanitarie telefoniche**

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

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

#### **b) Prenotazione di prestazioni sanitarie**

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

## 7. CONTRIBUTI

I contributi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, da versare alla Cassa sanitaria, corrispondono ai seguenti importi:

Familiari del personale tecnico amministrativo (come definiti all'art. "Persone assicurate"):

– coniuge/convivente di fatto

**€ 500,00**

– ciascun figlio **€ 427,00**

Docenti, Ricercatori, Tecnologi e relativi familiari (come definiti all'art. "Persone assicurate"):

Docenti/Ricercatori/Tecnologi:

– con età pari o inferiore a 49 anni **€ 658,00**

– con età pari o superiore a 50 anni **€ 743,00**

– coniuge/convivente di fatto **€ 500,00**

– ciascun figlio **€ 427,00**

## **8. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO**

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

Il Piano sanitario non è operante per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici\* o di malformazioni\*\* preesistenti alla stipulazione del contratto;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici (salvo non siano esplicitamente previsti in polizza);
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza

di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.

Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- tutto quanto non espressamente previsto dalla presente polizza.

\* Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

\*\*Per malformazione si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

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

## **9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI**

### **9.1. Decorrenza e durata dell'assicurazione**

La polizza ha efficacia dalle ore 24,00 del **31/12/2024** alle ore 24,00 del **31/12/2026**, (con scadenza della prima annualità alle ore 24,00 del 31/12/25) salvo proroghe o rinnovi.

Per quanto riguarda l'effetto e la scadenza della polizza per gli Assicurati che entrano/escono in corso d'anno, si rimanda a quanto stabilito all'art. "Inclusioni/Esclusioni".

### **9.2. Inclusioni/esclusioni**

#### **Nuove assunzioni**

Nel caso di nuova assunzione la garanzia decorrerà dalle ore 00 della data di assunzione purché la comunicazione venga effettuata entro 30 giorni. Superato tale limite temporale di 30 giorni, l'assicurazione decorrerà dalla data di effettiva comunicazione.

Nel caso di risoluzione del rapporto di lavoro la garanzia scadrà dalle ore 00 della data di cessazione del rapporto di lavoro.

### **Inclusioni di assicurati ad adesione facoltativa**

Le inclusioni di assicurati ad adesione facoltativa sono così regolamentate:

1) Alla decorrenza del contratto, gli aventi diritto avranno a disposizione una finestra di ingresso di 30 giorni durante la quale potranno effettuare l'adesione al piano sanitario per sé e/o per i propri familiari. Decorso detto termine potranno essere inseriti solamente i familiari per variazione di stato di famiglia. La decorrenza della copertura sarà quella del contratto.

2) I nuovi assunti inclusi durante l'anno, avranno 30 giorni di tempo dall'assunzione per effettuare l'adesione che avrà come effetto la data dell'adesione stessa previa verifica del pagamento del premio.

Il contributo verrà calcolato come segue:

- Per le adesioni nel primo semestre dell'anno, dovrà essere corrisposto il premio annuo;
- Per le adesioni nel secondo semestre dell'anno, dovrà essere corrisposto il 60% del premio annuo.

Eventuali esclusioni di assicurati ad adesione facoltativa avvenute in corso d'anno, non daranno luogo a rimborso del premio che si considera pertanto acquisito dalla Società. Le uscite o gli ingressi di assicurati ad adesione facoltativa che si verificheranno nelle modalità sopra indicate, dovranno essere comunicati dall'Ateneo, a mezzo posta elettronica alla Spettabile Contraente, per tramite del broker.

### **9.3. Validità territoriale**

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

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

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

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

#### **9.4. Limiti di età**

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata senza limiti di età.

#### **9.5. Gestione dei documenti di spesa**

##### **A. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute**

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

##### **B. Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

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

## 9.6. Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?

Ritenendo di soddisfare in questo modo le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli Assicurati sullo stato delle loro richieste di rimborso, UniSalute mette a disposizione nel corso dell'anno i seguenti rendiconti:

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

## 9.7. Foro competente

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

## 9.8. Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, ovvero il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), devono essere inoltrati per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892 - e-mail [reclami@unisalute.it](mailto:reclami@unisalute.it)**.

Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it).

I reclami relativi al comportamento dell'Agente, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'Agenzia di riferimento.

Per poter dare seguito alla richiesta nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) del contraente di polizza.

I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B (Broker) e D (Banche, Intermediari Finanziari ex art. 107 del TUB, SIM e Poste Italiane – Divisione servizi di banco posta) del Registro Unico Intermediari, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. Se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), il termine massimo di riscontro è di 60 giorni.

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

- a. nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b. individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c. breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- d. copia del reclamo presentato alla Società o all'Intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e. ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

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

Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.

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

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

- procedimento di mediazione innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti le controversie insorte in materia di contratti assicurativi o di risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di negoiazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;

- procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista.

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

### **9.9. 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](http://www.unisalute.it) Informativa Oblio Oncologico.

### **9.10. 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](http://www.unisalute.it)) è disponibile un'apposita area riservata a cui il Contraente può accedere per consultare on line la propria posizione contrattuale e per compiere alcune operazioni quali, ad esempio, pagare il Premio Assicurativo successivo al primo e richiedere la liquidazione dei Sinistri o la modifica dei propri dati personali. Le credenziali personali per accedere all'area riservata sono rilasciate al Contraente mediante processo di "auto registrazione" disponibile nell'area stessa.

### **9.11. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione**

#### **1. Informazioni generali**

UniSalute S.p.A. ("la Società"), soggetta all'attività di direzione e

coordinamento di Unipol Gruppo 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](http://www.unisalute.it) – indirizzo di posta elettronica [unisalute@pec.unipol.it](mailto:unisalute@pec.unipol.it) o [info@unisalute.it](mailto: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 Assicuratrici: 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 2023, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 273,4 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 114,4 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito [www.unisalute.it](http://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 2023, è pari ad € 111,4 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 32,4 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 247,3 milioni e ad € 245,1 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2023, pari a 2,22 volte il requisito patrimoniale di solvibilità e 7,57 volte il requisito minimo di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

## **10. ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

### **NEUROCHIRURGIA**

1. Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
2. Interventi di cranioplastica
3. Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
4. Asportazione tumori dell'orbita
5. Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
6. Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
7. Interventi sul plesso brachiale
8. Emisferectomia
9. Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi etc.)
10. Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica
11. Somatectomia vertebrale

### **OCULISTICA**

12. Interventi per neoplasie del globo oculare
13. Intervento di enucleazione del globo oculare

### **OTORINOLARINGOIATRIA**

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

### **CHIRURGIA DEL COLLO**

21. Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o

- bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

### **CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO**

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

### **CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE**

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

### **CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE**

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Gastroectomia totale
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Proctocolectomia totale
- 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

53. Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
54. Interventi per neoplasie pancreatiche
55. Derivazioni biliodigestive.
56. Interventi sulla papilla di Water

### **UROLOGIA**

57. Nefroureterectomia radicale
58. Surrenalectomia
59. Interventi di cistectomia totale
60. Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
61. Cistoprostatovescicolectomia
62. Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
63. Interventi di orchiectomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
64. ESWL (litotissia extracorporea con onde d'urto).
65. Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia.
66. Ileo bladder

### **GINECOLOGIA**

67. Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
68. Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
69. Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

### **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

70. Interventi per costola cervicale
71. Interventi di stabilizzazione vertebrale
72. Interventi di resezione di corpi vertebrali
73. Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
74. Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
75. Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
76. Osteosintesi rachidee con placche e viti transpeduncolari
77. Vertebrotonomia

**CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sottoelencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)**

- 78. Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- 79. Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- 80. Correzione chirurgica di megauretere congenito
- 81. Correzione chirurgica di megacolon congenito

**TRAPIANTI DI ORGANO**

- 82. Tutti

