

Fascicolo Informativo

Contratto di assicurazione sanitaria

PIANO SANITARIO CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO

Redazione gennaio 2013

Il presente Fascicolo Informativo contenente

- a) Nota Informativa comprensiva del Glossario;
- b) Condizioni di assicurazione;
- c) Informativa privacy,

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

INDICE

NOTA INFORMATIVA UNISALUTE	7
DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NEL PRESENTE CONTRATTO.....	14
SEZIONE I	18
CONDIZIONI GENERALI	18
Art. 1 – Decorrenza e durata	18
Art. 2 – Modifiche	18
Art. 3 – Oggetto del Contratto.....	18
Art. 4 – Effetto della copertura.....	18
Art. 5 – Titolari di polizza	19
Art. 6 – Nucleo Familiare.....	19
Art. 7 – Limiti di età.....	20
Art. 8 – Estensione territoriale	20
Art. 9 – Rischi esclusi dall'assicurazione.....	20
Art. 10 – Denuncia del sinistro.....	21
Art. 11 – Modalità di erogazione delle prestazioni –oneri dell'assicurato.....	21
Art. 12 – Anticipi	25
Art. 13 – Oneri fiscali.....	25
Art. 14 – Altre assicurazioni	25
Art. 15 – Commissione Paritetica	25
Art. 16 – Mediazione- Arbitrato rituale.....	25
Art. 17 – Foro competente.....	26
Art. 18 – Procedura attuativa.....	26
Art. 19 – Rinvio alle norme di legge.....	26
SEZIONE II CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.....	26
Art. 1 – Ambito di Applicazione.....	26
Art. 2 – Beneficiari delle Prestazioni	27
Art. 3 – Limiti di Assistenza	27
Art. 4 – Prestazioni.....	27

A) prestazioni connesse a ricoveri e day hospital con o senza intervento chirurgico, e intervento chirurgico ambulatoriale rese necessarie da infortunio, malattia o parto che risultino in garanzia a termini di polizza.....	27
B) Prestazioni extraospedaliere di alta diagnostica.....	29
C) Visite Specialistiche Diagnostica corrente- prestazioni terapiche e fisioterapiche.....	31
D) Protesi (Per i soli titolari di pensione e relativo nucleo familiare di cui agli artt. 5 e 6 della sezione 1 "Condizioni Generali")	32
E) Medicina Preventiva.....	32
F) Cure Oncologiche.....	32
G) Follow-Up Oncologico	32
H) Copertura per non autosufficienza.....	33
SEZIONE III PREMIO E GESTIONE DELLA POLIZZA	34
Art. 1 – Determinazione del Premio.....	34
Art.2 - Partecipazione agli Utili	34
Art. 3 - Pagamento e Regolazione del Premio	35
Art. 4 - Variazioni in corso d'anno dei Titolari di polizza.....	35
Art. 5 - Reportistica dei sinistri	36
Art. 6 - Attività di supporto ed assistenza- obblighi della Compagnia.	36
Art. 7 - Forma delle comunicazioni	38
Art.8 - COASSICURAZIONE E DELEGA	38
ALLEGATO 1 ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	40
INFORMATIVA PRIVACY.....	43

NOTA INFORMATIVA UNISALUTE

Nota Informativa relativa al contratto di assicurazione sanitaria **CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO** (Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010).

Gentile Cliente,

siamo lieti di fornirLe alcune informazioni relative a UniSalute S.p.A. ed al contratto di assicurazione che Lei sta per concludere.

Per maggiore chiarezza, precisiamo che:

- la presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS;
- il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

Le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni che riguardano limitazioni ed esclusioni sono identificate nella presente Nota in questo modo **Avvertenze** e nelle Condizioni di assicurazione in **grassetto**, e sono da leggere con particolare attenzione.

Per consultare gli aggiornamenti delle informazioni contenute nella presente Nota Informativa e nel Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative si rinvia al sito internet: www.unisalute.it.

UniSalute S.p.A. comunicherà per iscritto al contraente le modifiche derivanti da future innovazioni normative.

La Nota Informativa si articola in tre sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO
- C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE DELEGATARIA - UniSalute S.p.a.

1. Informazioni generali

- a. UniSalute S.p.A. ("la Società"), soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046.
- b. Sede legale e Direzione Generale Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia).
- c. Recapito telefonico +39 051 6386111 - fax +39 051 320961 - sito internet www.unisalute.it - indirizzo di posta elettronica segreteria@unisalute.it
- d. 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.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Le informazioni che seguono sono inerenti all'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2011.

Patrimonio netto: milioni di € 51,564

Capitale sociale: milioni di € 17,5

Totale delle riserve patrimoniali: milioni di € 34,064

Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: 1,41; tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SULLA COASSICURATRICE - Fondiaria Sai S.p.a.

1. Informazioni generali

- a) FONDIARIA-SAI S.p.A., società per azioni di diritto italiano, è la società capogruppo del Gruppo assicurativo FONDIARIA-SAI (iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 030).
- b) Sede Legale e Direzione in Torino (Italia): 10126 - Corso Galileo Galilei, 12; tel. (+39) 0116657111.
- c) Direzione di Firenze: 50129 - Via Lorenzo il Magnifico, 1; tel. (+39) 05547941, Sito Internet: www.fondiaria-sai.it; Email: fondiaria-sai@fondiaria-sai.it
- d) La società è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base al D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984; è iscritta alla sez. I dell'Albo delle imprese di assicurazione presso l'Isvap al n. 1.00006.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa (dati aggiornati a 04.2012)

In base all'ultimo bilancio approvato il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 1.251.352.709, con capitale sociale pari ad € 494.731.136 e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 756.621.573.

L'indice di solvibilità (da intendersi quale il rapporto fra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente) riferito alla gestione dei rami danni è pari a 128,4%.

Gli eventuali aggiornamenti, non derivanti da innovazioni normative, alle informazioni contenute nella presente Nota sono pubblicati sul sito della società www.fondiaria-sai.it.

C. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Si precisa che il contratto di assicurazione è stipulato in assenza di tacito rinnovo.

Avvertenza: In mancanza di disdetta, scade alle ore 24 del giorno 31/10/2014.

3. Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni

Le coperture offerte dal contratto, con le modalità ed esclusioni specificate nelle Condizioni di assicurazione sono le seguenti:

A) RICOVERO: La Società indennizza le spese mediche per ricovero con o senza intervento chirurgico (compreso parto e aborto), day hospital e intervento chirurgico ambulatoriale. Sono inoltre comprese le spese sostenute nei giorni precedenti e successivi, attinenti all'evento stesso.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

B) ALTA SPECIALIZZAZIONE: La Società indennizza le spese mediche per prestazioni effettuate con macchinari altamente specializzati.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

C) VISITE SPECIALISTICHE, DIAGNOSTICA CORRENTE E PRESTAZIONI TERAPICHE E FISIOTERAPICHE: La Società indennizza le spese per accertamenti diagnostici e per le visite effettuate da medico specialista, nonché le spese per le terapie fisiche riabilitative a seguito di malattia o infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

D) PROTESI ORTOPEDICHE/ACUSTICHE: La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche atte a sostituire una parte anatomica. Rientrano anche gli ausili medici, ortopedici e acustici.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

E) MEDICINA PREVENTIVA: La Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni sanitarie effettuate per monitorare e prevenire l'insorgenza di stati patologici.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

F) CURE ONCOLOGICHE: La Società indennizza le spese per prestazioni mediche ed infermieristiche, esami, accertamenti diagnostici, cure, trattamenti, terapie comprensive dell'eventuale degenza in Day Hospital o in regime di ricovero, prescritte da medico specialista per patologie oncologiche.

La presente garanzia viene erogata sia in regime di ricovero o day hospital che in regime di extraricovero.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

G) FOLLOW UP ONCOLOGICO: La Società indennizza le spese per tutti i controlli pre-programmati volti ad identificare le recidive di malattia in fase pre-clinica.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

H) STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE: La Società liquida le spese sostenute nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di non autosufficienza. Ai fini della presente garanzia si considera in stato di non autosufficienza colui al quale sia stata riconosciuta, anche prima della decorrenza della presente Polizza, un'invalideria civile al 100% con diritto all'indennità di accompagnamento.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

I) SERVIZI DI CONSULENZA: La Società fornisce servizi di consulenza telefonica quali

- Informazioni sanitarie
- Prenotazione di prestazioni sanitarie
- Pareri medici

La Società si obbliga a mettere ad immediata disposizione dell'Assicurato, nei limiti e con le prestazioni previste nelle Condizioni di assicurazione, un aiuto nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi previsti nella sezione di Assistenza delle Condizioni di Assicurazione.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

Avvertenza: le coperture assicurative sono soggette a limitazioni ed esclusioni della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo. Si rinvia alle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: le suddette coperture sono prestate con specifiche franchigie, scoperti e massimali. Si rinvia agli articoli delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Per facilitarne la comprensione da parte del Contraente/Assicurato, di seguito s'illustra il meccanismo di funzionamento di franchigie, scoperti e massimali mediante esemplificazioni numeriche:

Meccanismo di funzionamento della franchigia:

1° esempio

Somma assicurata € 10.000,00
Richiesta di rimborso € 1.500,00
Franchigia € 250,00
Indennizzo € 1.500,00 - 250,00 = € 1.250,00

2° esempio

Somma assicurata € 10.000,00
Richiesta di rimborso € 200,00
Franchigia € 250,00
Nessun rimborso è dovuto perché l'importo richiesto è inferiore alla franchigia.

Meccanismo di funzionamento dello scoperto:

1° esempio

Somma assicurata € 50.000,00
Richiesta di rimborso € 10.000,00
Scoperto 10% con il minimo di € 500,00
Indennizzo € 10.000,00 - 10% = € 9.000,00 (perché lo scoperto del 10% del danno è superiore al minimo non indennizzabile).

2° esempio

Somma assicurata € 50.000,00
Richiesta di rimborso € 3.000,00
Scoperto 10% con il minimo di € 500,00
Indennizzo € 3.000,00 - 500,00 = € 2.500,00 (perché lo scoperto del 10% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile).

Meccanismo di funzionamento del massimale:

Somma assicurata € 50.000,00
Richiesta di rimborso € 60.000,00
Indennizzo € 50.000,00.

3. Termini di aspettativa

Non sono previsti termini di aspettativa.

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

Non è prevista la compilazione del questionario sanitario.

5. Aggravamento del rischio

Il Contraente deve comunicare alla Società l'eventuale aggravamento del rischio legato al trasferimento della sede operativa o della sede legale dell'Azienda assicurata, ai sensi dell'art. 1898 c.c..

6. Termini di prescrizione

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. (art. 2952, comma 2, del codice civile).

7. Legislazione applicabile

La legislazione applicata al contratto di assicurazione è quella italiana.

8. Regime fiscale

Gli oneri fiscali e parafiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

Il contratto di assicurazione è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo l'aliquota attualmente in vigore pari al 2,5%

9. Premi

Il premio deve essere pagato in via anticipata alla Direzione della Società tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente.

La Società può concedere il pagamento frazionato del premio annuale in rate anticipate senza oneri aggiuntivi:

Annuale

Semestrale

Per gli aspetti di dettaglio relativi al pagamento del premio si rinvia all'art. 3 della Sezione III PREMIO E GESTIONE DELLA POLIZZA.

Avvertenza: Qualora il Contraente non paghi i premi o le rate di premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del sessantesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

D. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

10. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Denuncia del sinistro

Sinistri in strutture convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati

In caso di sinistro, l'Assicurato deve preventivamente contattare la Centrale Operativa UniSalute per prenotare la prestazione o il ricovero presso una struttura sanitaria convenzionata con la Società.

Per prestazioni non riguardanti un ricovero, l'Assicurato può effettuare la prenotazione attraverso la funzione on-line disponibile all'interno dell'Area Clienti del sito www.unisalute.it, o, in alternativa, contattare la Centrale Operativa UniSalute al numero verde indicato nelle Condizioni di assicurazione.

In caso di ricovero è necessario contattare la Centrale Operativa di UniSalute, per prenotare direttamente il ricovero nella struttura sanitaria convenzionata più indicata per la specifica necessità.

All'atto della prestazione l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata i documenti attestanti la propria identità, oltre alla prescrizione medica, qualora richiasta.

Le prestazioni autorizzate da UniSalute, saranno liquidate dalla Società direttamente alla struttura convenzionata, salvo eventuali scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

Avvertenza: All'interno dell'**Area riservata** accessibile dal sito www.unisalute.it, l'Assicurato potrà consultare e conoscere con precisione le strutture ed i medici convenzionati dedicati al suo specifico Piano sanitario.

Per le modalità e termini riferiti all'attivazione del servizio di denuncia del sinistro, si rimanda all'art. 10 DENUNCIA DEL SINISTRO nelle CONDIZIONI GENERALI.

Qualora siano erogati servizi non previsti dal Piano sanitario e/o non autorizzati da UniSalute, l'Assicurato provvederà al pagamento degli stessi direttamente al centro sanitario convenzionato.

Sinistri in strutture non convenzionate con la Società o effettuati da medici non convenzionati

Le prestazioni previste dal Piano sanitario eseguite in strutture non convenzionate, sono rimborsate secondo i limiti contrattuali indicati nelle Condizioni di assicurazione.

Per richiedere il rimborso di quanto speso, l'Assicurato può utilizzare la funzione disponibile nella sezione "Aggiorna dati e denuncia sinistri" all'interno dell'Area Clienti del sito www.unisalute.it. Al termine della procedura si ottiene il modulo di denuncia di sinistro/rimborso che dovrà essere firmato e inviato alla Società, unitamente a copia della documentazione sanitaria e di spesa indicata nelle Condizioni di assicurazione.

In alternativa, l'Assicurato può utilizzare il modulo cartaceo che trova nella sezione "Modulistica" del sito UniSalute. Il modulo di rimborso, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato via posta alla Società, unitamente a copia della documentazione sanitaria e di spesa indicata nelle Condizioni di assicurazione, all'indirizzo: **UNISALUTE SPA - SPESE SANITARIE CLIENTI PRESSO CMP BOLOGNA-VIA ZANARDI 30-40131 BOLOGNA**

Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Le prestazioni previste dal Piano sanitario eseguite nel Servizio Sanitario Nazionale, sono rimborsate secondo i limiti contrattuali indicati nelle Condizioni di assicurazione.

Per richiedere il rimborso di quanto speso, l'Assicurato può utilizzare la funzione disponibile nella sezione "Aggiorna dati e denuncia sinistri" all'interno dell'Area Clienti del sito www.unisalute.it. Al termine della procedura si ottiene il modulo di denuncia di sinistro/rimborso che dovrà essere inviato firmato alla Società, unitamente a copia della documentazione sanitaria e di spesa indicata nelle Condizioni di assicurazione.

In alternativa, l'Assicurato può utilizzare il modulo cartaceo che trova nella sezione "Modulistica" del sito UniSalute. Il modulo di rimborso, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato via posta alla Società, unitamente a copia della documentazione sanitaria e di spesa indicata nelle Condizioni di assicurazione, all'indirizzo: **UNISALUTE SPA - SPESE SANITARIE CLIENTI PRESSO CMP BOLOGNA-VIA ZANARDI 30-40131 BOLOGNA**.

In caso di garanzia Stati di non autosufficienza consolidata/permanente

Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente da parte della Società

Da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza, l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà contattare la Centrale Operativa di Unisalute e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato: lo stato di non autosufficienza andrà documentata con la presentazione da parte del richiedente di copia conforme all'originale del Verbale della Commissione di Prima Istanza per Invalidità Civile compilato in tutte le sue parti, dal quale risulti che l'Assicurato è riconosciuto invalido civile in misura del **100%** con diritto all'indennità di accompagnamento in quanto persona con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, oppure perché persona con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita.

Per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza l'Assicurato dovrà produrre idonea documentazione sanitaria, sia nel caso in cui sia mantenuto al suo domicilio e benefici delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, sia nel caso in cui sia ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, per il quale dovrà presentare un certificato medico da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero.

La documentazione sanitaria verrà valutata dalla Società, la quale 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 oggetto del contratto di assicurazione all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione sanitaria richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Assicurato, sempre che lo stesso si trovi in una situazione di non autosufficienza così come definito all'articolo "Definizione dello Stato di non autosufficienza".

Modalità di rimborso/richiesta di erogazione di servizi di assistenza

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza dà diritto all'Assicurato a richiedere l'erogazione diretta della prestazione di assistenza, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato e al 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), per un valore corrispondente alla somma garantita.

Erogazione diretta della prestazione di assistenza

Qualora l'Assicurato richieda l'attivazione del servizio di assistenza, anche domiciliare, la Società provvederà a liquidare direttamente le strutture e/o il personale sanitario convenzionato con la Società.

Richiesta di rimborso spese

In caso di rimborso spese il fascicolo che l'Assicurato invierà alla Società, oltre alla documentazione sopra indicata, dovrà contenere le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza per non autosufficienza.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato su presentazione con cadenza mensile alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata.

Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

La Società ha la facoltà di procedere a controlli presso l'Assicurato, di farlo esaminare da un Medico di sua scelta, anche in presenza del Medico curante dell'Assicurato.

La Società può inoltre richiedere ulteriore documentazione sanitaria che ritiene necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato comprese certificazioni di esistenza in vita emesse da organi pubblici, in caso di rifiuto da parte dell'Assicurato, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data di richiesta della società.

Si rinvia alla sezione "DEFINIZIONE DEI TERMINI UTILIZZATI NEL PRESENTE CONTRATTO" per gli aspetti riguardanti la terminologia usata.

11. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Funzione Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892 - e-mail reclami@unisalute.it.** Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all' **IVASS**, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

I reclami indirizzati all' **IVASS** devono contenere:

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

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Compagnia: www.unisalute.it.

Avvertenza: 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.

12. Commissione paritetica

La risoluzione amministrativa delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione di clausole contrattuali e di particolari richieste di rimborso che, per la loro peculiarità, possono essere oggetto di valutazione ad hoc, è demandata ad una apposita Commissione Paritetica Permanente composta da sei membri dei quali tre designati dalla Cassa Nazionale del Notariato e tre dalla Società.

E' espressamente prevista la facoltà della Cassa Nazionale del Notariato di nominare un consulente di propria fiducia. Alla stessa Commissione può essere affidato, inoltre, il compito di verificare il comportamento delle parti nell'esecuzione del capitolato, con riferimento all'adempimento degli obblighi assunti, di monitorare l'andamento dei sinistri, di risolvere eventuali contrasti interpretativi.

Potrà inoltre formulare suggerimenti riguardanti modifiche contrattuali atte a migliorarne la gestione.

Avvertenza: resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

13. Mediazione

Per ogni controversia in materia di diritti disponibili sorta in applicazione del presente contratto, non definita ai sensi del precedente art. 15 "Commissione Paritetica", dovrà essere esperito il procedimento di mediazione ai sensi del D.lgs. 04/03/2010, n. 28, attuativo dell'art. 60 L. 18/06/2009, n. 69.

L' Organismo di mediazione sarà scelto dalla parte attrice tra gli organismi di mediazione accreditati presso il Consiglio Nazionale del Notariato. Il procedimento di mediazione dovrà svolgersi nell'ambito del Circondario del Tribunale competente in relazione alla residenza dell'assicurato ancorché non sia ivi compresa la sede legale dell' Organismo di mediazione scelto.

Ogni controversia non risolta tramite mediazione, entro quattro mesi dall'inizio di questo procedimento, o nel diverso periodo che le parti concordino per iscritto, potrà, a discrezione dell'assicurato, essere demandata alla decisione di un collegio arbitrale, composto di tre membri, due dei quali nominati da ciascuna parte ed il terzo, con funzioni di presidente, di comune accordo dai due arbitri già nominati o, in mancanza di accordo, dal presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente competenza territoriale nel luogo ove deve riunirsi il Collegio avuto riguardo al luogo di residenza dell'assicurato (Comune, sede di Istituto di medicina legale). Il Collegio arbitrale avrà sede nel suddetto Comune e l'arbitrato sarà rituale secondo diritto. Il Collegio arbitrale deciderà anche delle controversie relative alla clausola compromissoria e provvederà sulle spese del processo arbitrale.

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NEL PRESENTE CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Ai fini del presente Contratto di assicurazione ai termini sotto riportati le parti attribuiscono il significato di seguito specificato:

Abitazione: dimora abituale dell'Assicurato.

Assicurazione: il contratto di Assicurazione: la copertura sanitaria e per non autosufficienza oggetto del presente Contratto.

Assicuratore o Società o Compagnia: la Compagnia assicuratrice aggiudicataria, UniSalute Spa

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dalle garanzie assicurative della presente polizza.

Assistenza Infermieristica: l'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma per prestazioni professionali previste dal mansionario del personale infermieristico.

Cartella Clinica: documento che deve obbligatoriamente essere redatto dalla struttura sanitaria in occasione di un ricovero (con o senza pernottamento).

Centro Medico Convenzionato / Medico Convenzionato: istituto di diagnosi e/o cura e/o medico convenzionato con la società che fornisce le sue prestazioni senza richiedere alcun pagamento (fatta eccezione per eventuali scoperti o franchigie previsti in polizza), in quanto le relative fatture vengono liquidate, nei limiti di quanto dovuto a termini di polizza, direttamente dalla società. L'elenco delle strutture convenzionate e dei medici consultabile sul sito della Compagnia.

Contraente: Cassa Nazionale del Notariato

Day Hospital: ricovero in istituto di cura senza pernottamento, reso necessario dall'esecuzione di prestazioni sanitarie di diagnosi e cura che, per scadute condizioni generali, o motivazioni tecniche, o indagnosità o invasività, non possono essere effettuate in regime ambulatoriale.

Data di Ricovero: si intende la data in cui avviene il ricovero come certificato dalla cartella clinica, a questa data devono fare riferimento le voci di spesa collegate (prestazioni pre-ricovero).

Data di Intervento: si intende la data in cui effettivamente è avvenuto l'intervento chirurgico. In caso di interventi effettuati in fasi successive, viene sempre presa in considerazione la data dell'ultimo intervento.

Data di Dimissione: si intende la data in cui il paziente è stato dimesso dalla struttura sanitaria dopo una degenza, a questa data devono fare riferimento le voci di spesa collegate (prestazioni post-ricovero).

Difetto Fisico: anomalia, imperfezione o alterazione strutturale o funzionale di un organo o apparato.

Ai fini delle esclusioni di polizza, non è riconducibile al difetto fisico ma è da considerarsi malattia, ogni manifestazione morbosa insorta successivamente alla stipula della presente polizza anche se derivante da una conseguenza o complicanza del difetto preesistente.

Franchigia: Somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'assicurato.

Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita e/o violenta e/o esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intervento Chirurgico: intervento terapeutico realizzato tramite cruentazione dei tessuti, mediante l'uso di strumenti chirurgici, nonché diatermocoagulazione, tecnica chirurgica con laser chirurgico o crioterapia; sono altresì ritenuti interventi chirurgici quelli di urologia interventistica, neurochirurgia interventistica, neuroradiologia interventistica, endochirurgia vascolare interventistica, cardiologia interventistica, interventi con gamma knife (per microchirurgia e radiochirurgia e radioterapia stereotassica).

Intervento Chirurgico Ambulatoriale: intervento chirurgico come sopra specificato effettuato in una struttura sanitaria idonea senza pernottamento. La patologia oggetto dell'intervento ambulatoriale e l'intervento stesso, devono essere certificati e dettagliatamente descritti.

Istituto di cura: la struttura sanitaria in Italia o all'estero (ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura) regolarmente autorizzata, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità amministrative e sanitarie, alla erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati.

Non si considerano istituti di cura gli istituti termali, le strutture di convalescenza e di soggiorno, le strutture aventi finalità dietologiche ed estetiche, le RSA e le case di riposo .

Istituti di cura convenzionati: le strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia, alle quali l'Assicurato può rivolgersi, previo accordo con la centrale operativa, per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza nonché previste dalle convenzioni stesse.

Lungodegenza: servizio di degenza destinato ad accogliere persone affette da patologie tali da risentire scarsamente dei trattamenti riabilitativi finalizzati alla ripresa dell'autonomia, ma che necessitano sia di assistenza medica, infermieristica, fisioterapica, finalizzati a ricercare un miglioramento o stabilizzazione della condizione di malattia, che di assistenza nell'esecuzione degli atti quotidiani della vita.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia Oncologica: ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia maligna o lesione espansiva dovuta a progressiva e spesso incontrollata proliferazione cellulare.

Sono inclusi le leucemie, i linfomi, il mieloma, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ, i tumori con invasione diretta degli organi vicini, le proliferazioni metastatiche e le recidive.

Malformazione: qualunque alterazione morfologica o funzionale dovuta ad uno sviluppo anomalo. Ai fini delle esclusioni di polizza, non è riconducibile alla malformazione ma è da considerarsi malattia ogni manifestazione morbosa insorta successivamente alla stipula della presente polizza anche se derivante da una conseguenza o complicanza della malformazione stessa.

Massimale: somma massima indennizzabile per ciascuna persona ovvero per ciascun nucleo familiare, compreso il titolare di polizza, per uno o più sinistri nel corso dello stesso anno assicurativo.

Medico Convenzionato: il medico capo-equipe che ha sottoscritto l'accordo di convenzionamento con la società. Se il primo medico/operatore non è convenzionato, di conseguenza l'intera equipe è ritenuta non convenzionata. Altresì se il medico capo-equipe è convenzionato deve provvedere affinché tutti i componenti dell'equipe si attengano alle norme ed alle tariffe di convenzione. In caso contrario, l'intera equipe sarà considerata non convenzionata.

Polizza: documento che prova l'assicurazione.

Presa in carico: documento trasmesso dalla centrale operativa alla struttura sanitaria convenzionata in cui vengono indicate le prestazioni indennizzabili.

Premio: somma dovuta dalla Contraente alla Compagnia quale corrispettivo dell'assicurazione.

Ricovero: permanenza con o senza pernottamento in istituto di cura autorizzato al ricovero e/o al day hospital. Deve essere prescritto da un medico e deve essere motivato da obiettive finalità ed esigenze mediche di eseguire prestazioni terapeutiche (per esempio: chemioterapia o interventi chirurgici) o prestazioni diagnostiche (per esempio biopsie) tali che, per scadute condizioni del paziente (tali da richiedere prestazioni diagnostiche, terapeutiche o di monitoraggio) o per indagnosità o invasività esecutiva delle stesse, non possono essere eseguite al domicilio, né in forma "ambulatoriale".

Sono esclusi dalle garanzie di polizza i ricoveri finalizzati all'esecuzione di prestazioni sanitarie terapeutiche e diagnostiche eseguibili in forma ambulatoriale.

Rischio: probabilità che si verifichi un sinistro.

Scoperto: somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'assicurato.

Sinistro: verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Titolare di polizza: i soggetti indicati all'art.5 della sez.1 "Condizioni generali".

Visita Specialistica: visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi, per prescrizioni di terapie, per prestazioni di cure cui tale specializzazione è destinata.

SEZIONE I CONDIZIONI GENERALI

Art. 1 – Decorrenza e durata

Il presente contratto di assicurazione stipulato tra la Compagnia Unisalute Spa con sede in Via Larga, 8 c.a.p. 40138 Bologna C.F. / P.IVA 03843680376 - in coassicurazione con Fondiaria-Sai S.p.A. con sede in Corso Galileo Galilei, 12 c.a.p. 10126 Torino C.F. / P.IVA 00818570012 - e la Cassa Nazionale del Notariato, Ente Associativo, persona giuridica di diritto privato, con sede in Roma, via Flaminia 160, c.a.p. 00196, C.F.80052310580, ha la durata di 24 (ventiquattro) mesi, dalle ore 24,00 del giorno 31/10/2012 alle ore 24,00 del giorno 31/10/2014. A tale data la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta, salva la proroga da concedersi, nei limiti sanciti dal Dlgs n.163/2006 e relativo Regolamento, su richiesta della contraente, per una durata strettamente necessaria alla conclusione del procedimento di gara volto alla stipula del nuovo contratto.

Le parti potranno recedere dal presente contratto di assicurazione ricorrendo le condizioni previste dagli artt. 134 e segg. del D.LGS 163/06 e dell'art. 153 comma 8, ove applicabile, del D.p.r. 207/2010, mediante comunicazione scritta da inviarsi a mezzo raccomandata A.R. almeno 3 (tre) mesi prima della data in cui il recesso avrà effetto.

Art. 2 – Modifiche

Nessuna modifica delle garanzie e condizioni previste dal presente Contratto di assicurazione potrà essere introdotta e/o imposta dalla Compagnia fatte salve le variazioni consentite e disciplinate dagli artt. 310 e 311 del DPR N° 207/2010 in attuazione dell'art. 114 2° comma del D.LGS 163/06.

Art. 3 – Oggetto del Contratto

Oggetto del presente Contratto di assicurazione è l'assicurazione sanitaria da realizzarsi sia in forma diretta, attraverso il ricorso a strutture e/o medici convenzionati, che in forma indiretta attraverso il rimborso delle spese sanitarie sostenute in conseguenza d'infortunio, malattia e parto, nei termini, nella misura e con le modalità indicate dalle norme seguenti e dall'apposita sez 2 "Condizioni dell'Assicurazione".

Art. 4 – Effetto della copertura

La copertura assicurativa, ferme le modalità di pagamento di cui al successiva sezione 3) "Premio e Gestione della Polizza", ha effetto dalle ore 24,00 del giorno 31/10/2012. Per le rate successive è concesso un termine di mora di 60 giorni per il versamento di quanto dovuto. Se non viene pagato il premio o la regolazione del premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del sessantesimo giorno successivo a quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze.

Art. 5 – Titolari di polizza

5.1 - Le garanzie di cui al presente Contratto, sono prestate in forma collettiva a favore dei notai in esercizio, notai in pensione e altri titolari di pensione notarile e loro rispettivi nuclei familiari.

5.2 - Le garanzie di cui al presente Contratto, previo pagamento del premio unitario annuo previsto per il titolare di polizza all' art.1 Sezione 3 " Premio e Gestione della Polizza", sono estese al:

a) Personale in servizio e in quiescenza della Cassa Nazionale del Notariato e loro rispettivi nuclei familiari;

b) Personale in servizio e in quiescenza del Consiglio Nazionale del Notariato e loro rispettivi nuclei familiari;

5.3 - La copertura assicurativa è estesa al coniuge del titolare deceduto, appartenente alle categorie sub a) e b) del comma 2 del presente articolo, previo pagamento del relativo premio annuo.

5.4 - Il titolare di cui ai commi 1 e 2 del presente articolo, che diventa pensionato rimarrà in copertura con il relativo nucleo familiare come se fosse in esercizio, sino alla scadenza dell'anno assicurativo. Alla scadenza annua i notai in pensione e gli altri titolari di pensione notarile continueranno automaticamente ad usufruire della copertura assicurativa prevista per i titolari di pensione. Le altre categorie di pensionati saranno invece tenuti a presentare il modulo di riadesione previo pagamento del relativo premio.

Art. 6 – Nucleo Familiare

6.1 Le garanzie di cui al presente Contratto di assicurazione si intendono automaticamente estese anche al nucleo familiare del titolare di polizza.

Il nucleo familiare è composto dal Titolare di polizza e dai suoi familiari come risultanti da autocertificazione da prestarsi a norma dell'art. 46 DPR n. 445/2000 e successive modificazioni.

6.2 Quali familiari si intendono: il coniuge non legalmente separato, i figli minori del titolare di polizza e, se maggiorenni, quelli fiscalmente a suo carico purché di età inferiore ai ventisei anni o, se ultraventiseienni, quelli inabili a proficuo lavoro.

6.3 Previo il pagamento a carico del beneficiario di un premio annuo ad hoc (riportato nella sezione 3) "Premio e Gestione della Polizza", è possibile l'estensione della copertura prevista per titolare di polizza, alle seguenti categorie:

- convivente more uxorio del titolare di polizza;
- figli ultraventiseienni fiscalmente a carico del titolare di polizza.

6.4 L'inclusione in garanzia del convivente more uxorio sarà operante purché, entro 90 giorni dall'inizio dell'anno assicurativo, sia comunicata dal titolare di polizza, che si trovi nelle condizioni di stato libero ovvero di separato legalmente, la situazione di famiglia di fatto mediante esibizione di una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà prestata a norma

dell'art. 47 D.P.R. n.445/2000 e successive modificazioni, dalla quale risulti che la convivenza risale ad almeno dodici mesi precedenti la stipula della presente assicurazione. In difetto la copertura non sarà operante.

L'inclusione dei figli ultraventiseienni è operante a fronte dell'esibizione di una autocertificazione da prestarsi a norma dell'art. 46 DPR n. 445/2000 e successive modificazioni da cui risulti che il figlio fa parte del nucleo familiare del titolare di polizza ed è fiscalmente a carico dello stesso.

6.5 Per le adesioni in forma individuale del convivente more uxorio e/o dei figli ultraventiseienni fiscalmente a carico del titolare di polizza è previsto un termine di 90 giorni dalla data di decorrenza della presente assicurazione.

Art. 7 - Limiti di età

Per il titolare di polizza e il coniuge non è previsto limite di età.

Per i figli fiscalmente a carico rientranti nel nucleo familiare assicurato è previsto il limite di 26 anni. Tale limite non opera per i figli fiscalmente a carico ultraventiseienni dichiarati inabili a proficuo lavoro.

Art. 8 - Estensione territoriale

La copertura assicurativa è indipendente dal luogo (nazionale o internazionale) dove si verifica il sinistro pertanto ha validità in Italia e nel modo intero.

Art. 9 - Rischi esclusi dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante per:

a) eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti e malformazioni.

Non rientrano in detta categoria e sono pertanto coperte da assicurazione tutte le manifestazioni morbose insorte successivamente anche se riconducibili alla malformazione o difetto fisico o derivanti da una degenerazione della malformazione o difetto fisico;

b) malattie mentali e disturbi psichici quali disturbi d'ansia, disturbi dissociativi, disturbi del comportamento (compresi i disturbi alimentari), disturbi dell'umore e della personalità, schizofrenia e disturbi correlati, disturbi somatiformi e fittizi, comportamento suicidiario;

c) malattie ed infortuni derivanti da atti dolosi dell'assicurato;

d) malattie ed infortuni sopravvenuti nel corso dell'effetto di sostanze alcoliche (secondo i limiti fissati dal codice della strada) e dall'uso di tutte le sostanze stupefacenti o dall'abuso di sostanze farmacologiche.

e) gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'assicurato attività professionale; sono altresì esclusi gli infortuni

sopravvenuti nel corso di utilizzo di percorsi o piste non aperti al pubblico e/o non soggetti al rispetto delle norme del codice della strada.

f) l'aborto non terapeutico e le eventuali conseguenze;

g) le prestazioni aventi finalità estetiche.

Non rientrano in detta categoria e saranno pertanto coperti da assicurazione, gli interventi di chirurgia plastico-ricostruttiva anche se conseguenti a precedenti interventi demolitivi, indennizzabili a termini di polizza, ivi incluso il costo delle protesi applicate e/o sostituite e gli interventi di simmetrizzazione della mammella contro laterale a seguito di interventi demolitivi, nonché gli interventi di chirurgia stomatologica dovuti a conseguenza diretta di infortunio indennizzabile a termine di polizza e documentato da verbale di pronto soccorso.

h) i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo, RSA);

j) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di mezzi ausiliari a sostegno di handicap ad eccezione di quanto disposto dall'art. 4 lettera D e H del Contratto;

k) le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;

l) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;

m) le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;

Art. 10 – Denuncia del sinistro

La denuncia del sinistro deve essere comunicata per iscritto alla Compagnia, nel rispetto del successivo art. 11, a mezzo lettera raccomandata o con altro mezzo idoneo ad assicurare la prova dell'avvenuta spedizione, di norma, entro 30 gg. dalla data in cui si è concluso il ciclo di cura.

Art. 11 – Modalità di erogazione delle prestazioni –oneri dell'assicurato

a) Prestazioni in strutture sanitarie pubbliche o private convenzionate con UNISALUTE

- Strutture sanitarie "convenzionate" e medici convenzionati.

Rientrano nelle strutture sanitarie "convenzionate" con la Compagnia i poliambulatori, le case di cura e gli ospedali pubblici e privati presenti nell'elenco delle strutture sanitarie con cui è attivo un rapporto di convenzione, pubblicato sul "sito" di UniSalute.

All'interno delle strutture sanitarie possono essere stipulati rapporti di convenzione diretta con medici per attività ambulatoriale e in degenza.

In considerazione delle frequenti variazioni dell'elenco dei medici convenzionati, lo stato di convenzionamento di ogni medico va preventivamente verificato con la centrale operativa di UniSalute.

- Modalità di accesso alle prestazioni presso le strutture sanitarie "convenzionate".

L'assicurato che intenda usufruire di prestazioni sanitarie ambulatoriali o in ricovero presso strutture sanitarie "convenzionate" con "presa in carico diretta", deve preventivamente prendere contatto con la

Centrale Operativa telefonando al numero verde dedicato **800 - 822425**

orario: dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 39 051/6389046.

comunicando e trasmettendo:

- generalità e, qualora necessario per l'identificazione, numero di polizza;
- prescrizione medica della prestazione richiesta in cui sia indicata la motivazione e/o il dubbio diagnostico;
- indicazione della struttura sanitaria e del medico.

La centrale operativa deve fornire all'assicurato (sempreché sia regolarmente e correttamente censito nell'anagrafica in possesso alla Compagnia), entro 8 (otto) ore lavorative dalla richiesta, tramite sms o contatto telefonico, conferma della "presa in carico" o deve esporre i motivi per cui la presa in carico è negata o per la quale deve essere fornita ulteriore documentazione.

Deve altresì fornire l'importo di eventuali franchigie o scoperti contrattuali a carico dell'assicurato, nonché informazioni relative agli istituti e medici convenzionati.

In casi di comprovata urgenza, ove il preavviso non fosse possibile, l'assicurato (sempreché sia regolarmente e correttamente censito nell'anagrafica in possesso alla Compagnia), entro e non oltre 24 ore dal ricovero in struttura sanitaria convenzionata, potrà chiedere la presa in carico del ricovero stesso.

UniSalute provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata e/o al medico convenzionato, le competenze, al netto dell'eventuale scoperto e nei limiti dell'importo indennizzabile, per le prestazioni sanitarie autorizzate, garantendo l'assicurato da qualsivoglia richiesta e/o azione da questi promossa nei suoi confronti per le prestazioni rientranti nella convenzione.

Qualora, previa presa in carico, venga effettuato un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, saranno a carico della Compagnia, con le eventuali franchigie previste, tutte le spese della struttura convenzionata fatturate in regime di convenzione. Le spese sostenute per l'equipe medica non convenzionata saranno a

carico dell'assicurato e verranno liquidate in forma rimborsuale con le modalità previste dalla lett. b) del presente articolo.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Compagnia o, se convenzionate, per le quali non sia stata attivata la presa in carico nel rispetto delle modalità di cui alla precedente lettera a).

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, nei limiti previsti dal presente Contratto, il titolare di polizza deve presentare la relativa richiesta, redatta su apposito modulo, di norma entro 30 gg. dalla data in cui si è concluso il ciclo di cura. La richiesta deve essere corredata da documentazione attestante la diagnosi di malattia, dalla cartella clinica, dalle prescrizioni medico-specialistiche delle prestazioni avute, dalle ricevute, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate, nonché dalla documentazione sanitaria specificata nel modulo stesso. Le ricevute di spesa devono essere trasmesse in copia.

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

L'Assicurato deve fornire ogni informazione e consentire la visita dei medici della Compagnia per qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Qualora il titolare di polizza debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad altro Ente assistenziale o Compagnia Assicuratrice per ottenere lo stesso rimborso, la Compagnia effettua il rimborso di quanto effettivamente rimasto a carico dello stesso, solo su presentazione di copie delle notule e parcelle delle spese sostenute nonché copia del documento comprovante il rimborso ricevuto.

Il rimborso effettuato da altri Enti Assistenziali o Assicuratori, verrà portato in deduzione dell'importo di scoperto e/o franchigia posto a carico dell'assicurato ed indicato dall'art. 4 della sez. 2 "Condizioni di Assicurazione".

Nel caso in cui il rimborso, ottenuto in primo luogo da altro Ente assistenziale o Compagnia Assicuratrice, è pari o superiore alle franchigie e/o scoperti previsti dalle presenti garanzie, viene rimborsata integralmente la differenza tra il totale delle spese sostenute e l'importo rimborsato dall'Ente e Compagnia fino a concorrenza del massimale previsto.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nei limiti delle somme assicurate e con l'applicazione delle franchigie e/o scoperti previsti dall'art. 4 della sez. 2 "Condizioni dell'Assicurazione".

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, il titolare di polizza deve inviare il modulo di denuncia del sinistro ed allegare la documentazione di spesa in copia (distinte e ricevute), debitamente quietanzata, nonché:

- in caso di ricovero: copia della cartella clinica conforme all'originale;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale: relazione chirurgica dettagliata;
- in caso di prestazioni extraricovero: certificati medici di prescrizione;
- in caso di "non autosufficienza": Verbale della Commissione di Prima istanza per invalidità civile.

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

Unisalute effettua il rimborso direttamente al titolare di polizza, anche per le spese che riguardano altri componenti il suo nucleo familiare, entro 30 gg. (termine decorrente dalla data di ricezione della documentazione completa e conforme alle prescrizioni di cui al presente Contratto, ivi inclusa quella relativa all'eventuale struttura sanitaria convenzionata che ha erogato la prestazione).

Per i cicli di cura che si protraggano oltre il termine annuale di assistenza, l'Assicurato dovrà inoltrare - entro il 30° giorno successivo al suddetto termine - la richiesta di rimborso delle spese sostenute fino a tale data, corredate dalla necessaria documentazione, salva la possibilità di riapertura delle pratiche con imputazione delle ulteriori spese nei limiti di assistenza spettanti per il periodo successivo, con applicazione di separate franchigie e/o scoperti - ove previsti - per le diverse annualità.

I rimborsi vengono effettuati in Italia; per le spese sostenute in Paesi extra area Euro, i rimborsi vengono effettuati in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, secondo le rilevazioni della BCE e le quotazioni rese note dall'Ufficio Italiano dei Cambi. L'Assicurato si impegna a fornire ogni chiarimento necessario, anche ai medici che lo hanno visitato o curato, nonché a sottoporsi ad eventuali accertamenti medici che dovessero risultare necessari secondo il motivato giudizio della Compagnia, in proporzione al profilo oggetto dell'accertamento e in conformità alla disciplina sul trattamento dei dati personali, pena la perdita del diritto al rimborso e/o all'assistenza.

Qualora nel caso di utilizzo di strutture sanitarie private non accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale, siano state attivate le procedure per ottenere il contributo previsto per l'assistenza in forma indiretta, e il riconoscimento del diritto al contributo venga certificato e attestato nel suo ammontare dal Servizio Sanitario Nazionale, Unisalute rimborserà integralmente l'importo residuo a carico dell'Assicurato, relativamente a quanto oggetto di valutazione da parte del Servizio Sanitario Nazionale (competenze della Casa di Cura/retta di degenza), applicando il disposto del presente comma per quanto non sia oggetto di valutazione del Servizio Sanitario Nazionale.

c) Prestazioni presso il Servizio Sanitario Nazionale

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per ticket sanitari, Unisalute rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nel limite del massimale assicurato, senza applicazione di franchigie e scoperti.

In caso di ricovero in regime di libera professione intramuraria con costo a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alla lett. a) o alla lett. b) del presente articolo in dipendenza dell'esistenza o meno di un regime di convenzionamento.

Le spese sostenute per prestazioni extraricovero effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, rimaste a carico dell'Assicurato, vengono rimborsate secondo le modalità indicate al precedente punto b).

Art. 12 – Anticipi

Nel caso di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il versamento di un anticipo all'atto dell'ammissione, il titolare di polizza o - in caso di sua incapacità, anche temporanea - un proprio familiare, potrà richiedere a detto titolo, alla Compagnia una somma massima pari al 65% dell'intera spesa preventivata dall'istituto di cura, purché nei limiti dell'65% della somma massima indennizzabile. Detta richiesta dovrà essere corredata da preventivo scritto da parte della struttura in cui avverrà il ricovero, con indicazione della prestazione sanitaria prevista e del relativo costo.

In ogni caso l'assicurato è tenuto a trasmettere alla Compagnia le relative fatture comprovanti l'effettiva spesa sostenuta.

Art. 13 – Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico della Contraente.

Art. 14 – Altre assicurazioni

La Contraente è tenuta a denunciare alla Compagnia l'eventuale o successiva esistenza di altre assicurazioni da essa stipulate per il medesimo rischio.

L'Assicurato è esonerato dal dichiarare alla Compagnia l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro.

Art. 15 – Commissione Paritetica

La risoluzione amministrativa delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione di clausole contrattuali e di particolari richieste di rimborso che, per la loro peculiarità, possono essere oggetto di valutazione ad hoc, è demandata ad una apposita Commissione Paritetica Permanente composta da sei membri dei quali tre designati dalla Cassa Nazionale del Notariato e tre dalla Società.

E' espressamente prevista la facoltà della Cassa Nazionale del Notariato di nominare un consulente di propria fiducia.

Alla stessa Commissione può essere affidato, inoltre, il compito di verificare il comportamento delle parti nell'esecuzione del Contratto, con riferimento all'adempimento degli obblighi assunti, di monitorare l'andamento dei sinistri, di risolvere eventuali contrasti interpretativi. Potrà inoltre formulare suggerimenti riguardanti modifiche contrattuali atte a migliorarne la gestione.

Art. 16 – Mediazione- Arbitrato rituale.

Per ogni controversia in materia di diritti disponibili sorta in applicazione del presente contratto, non definita ai sensi del precedente art. 15 "Commissione Paritetica", dovrà essere esperito il procedimento di mediazione ai sensi del D.lgs.04/03/2010,n. 28, attuativo dell'art.60 L. 18/06/2009,n. 69.

L' Organismo di mediazione sarà scelto dalla parte attrice tra gli organismi di mediazione accreditati presso il Consiglio Nazionale del Notariato. Il procedimento di mediazione dovrà svolgersi nell'ambito del Circondario del Tribunale competente in relazione alla residenza dell'assicurato ancorché non sia ivi compresa la sede legale dell' Organismo di mediazione scelto.

Ogni controversia non risolta tramite mediazione, entro quattro mesi dall'inizio di questo procedimento, o nel diverso periodo che le parti concordino per iscritto, potrà, a discrezione dell'assicurato, essere demandata alla decisione di un collegio arbitrale, composto di tre membri, due dei quali nominati da ciascuna parte ed il terzo, con funzioni di presidente, di comune accordo dai due arbitri già nominati o, in mancanza di accordo, dal presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente competenza territoriale nel luogo ove deve riunirsi il Collegio avuto riguardo al luogo di residenza dell'assicurato (Comune, sede di Istituto di medicina legale).

Il Collegio arbitrale avrà sede nel suddetto Comune e l'arbitrato sarà rituale secondo diritto.

Il Collegio arbitrale deciderà anche delle controversie relative alla clausola compromissoria e provvederà sulle spese del processo arbitrale.

Art. 17 – Foro competente

Per tutte le controversie, relative all'esecuzione, interpretazione e risoluzione del presente contratto di assicurazione e non definite ai sensi dei precedenti art. 15 "Commissione paritetica" e 16 "Mediazione-Arbitrato irrituale" valgono le norme processuali vigenti e sarà competente il Foro di residenza dell'assicurato.

Nei giudizi relativi all'indennizzo legittimati sono esclusivamente l'Assicurato/Titolare di polizza e la Compagnia.

Art. 18 – Procedura attuativa

Sulla base delle prescrizioni previste nel presente Contratto, la Compagnia concorderà la procedura operativa idonea a garantire il rispetto degli impegni contrattuali assunti.

Art. 19 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto qui non sia diversamente regolato, valgono le norme di legge.

SEZIONE II CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – Ambito di Applicazione

Il presente Contratto di assicurazione si applica ai titolari di polizza e relativi nuclei familiari di cui agli artt. 5 e 6 della sez. 1 "Condizioni Generali", con i limiti e le modalità ivi previste, al fine di garantire la copertura sanitaria, secondo le norme appresso indicate.

Art. 2 – Beneficiari delle Prestazioni

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui al successivo Art. 4 "Prestazioni" della presente sezione, è operante:

- indipendentemente dalle condizioni fisiche dell' assicurato/i;
- senza limiti di età, salvo il disposto dell'art. 7 della sez. 1 "Condizioni Generali";
- senza limitazioni territoriali;
- senza soluzione di continuità per tutte le prestazioni anche nel caso di ricovero con o senza intervento chirurgico, che siano conseguenza di infortuni e/o eventi morbosi anche cronici e recidivanti preesistenti alla data di attivazione del presente contratto. Sono, altresì, ricompresi gli interventi di ricostruzione dipendenti da interventi chirurgici demolitivi, provocati esclusivamente da patologie e/o infortuni, anche se detti interventi demolitivi siano stati effettuati precedentemente all'attivazione dell'assistenza. Tali spese verranno rimborsate dalla Compagnia nel rispetto di quanto disposto dalla presente polizza.

Art. 3 – Limiti di Assistenza

Le prestazioni di cui al presente Contratto di assicurazione sono erogate fino alla concorrenza della complessiva somma di € 200.000,00 - elevata ad € 400.000,00 in caso di grande intervento chirurgico (quale ricompreso nell'allegato elenco) - fermo restando quanto disposto dal successivo art. 4 "Prestazioni" della presente sezione, ove, per "*limite di assistenza per nucleo*" si intende la disponibilità massima rimborsabile per tutti i componenti il nucleo familiare assicurato, per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assistenziale

Nel caso in cui gli assicurati vengano inclusi nell'assistenza in data successiva (ad esempio: matrimonio, nuovi nati ecc.) opera il limite assistenziale annuo previsto per il nucleo.

Art. 4 – Prestazioni

A) prestazioni connesse a ricoveri e day hospital con o senza intervento chirurgico, e intervento chirurgico ambulatoriale rese necessarie da infortunio, malattia o parto che risultino in garanzia a termini di polizza.

Unisalute rimborsa:

- 1) In caso di intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, in istituto di cura o anche ambulatoriale od in regime di Day Hospital:
 - a. onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante attivo e necessario all'intervento;
 - b. spese relative all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento), l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami effettuati durante il ricovero relativo all'intervento subito;

- c. assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami relativamente al periodo del ricovero.
 - d. rette di degenza;
 - e. accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90gg. precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), l'acquisto e/o il noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche) effettuate nei 120gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico;
 - f. spese relative al parto cesareo o aborto terapeutico con il limite massimo di € 2.000 per evento;
 - g. spese per il prelievo di organi o parte di essi 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, sono comprese le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.
 - h. spese per il rimpatrio della salma, in caso di decesso avvenuto all'estero conseguente ad un ricovero con intervento chirurgico, con il limite di € 5.000,00; in caso di decesso in Italia il trasporto dal luogo di decesso al comune di residenza dell'Assistito con il limite di € 2.000,00.
 - i. sono convenzionalmente assimilate a prestazioni in day hospital le prestazioni di somministrazione terapeutica di sostanze farmacologiche in organo o apparati (ad esempio iniezioni endoculari o intravireali, somministrazione di farmaci per terapie anti-tumorali, fattori di crescita intra-articolari). Il costo dei farmaci è indennizzato esclusivamente per farmaci previsti dal Prontuario Terapeutico Nazionale ed esclusivamente per la quota esclusa dal SSN. Sono escluse le terapie sclerosanti, le iniezioni endoarticolari (tipo "infiltrazioni") che sono da ricondursi (ove previste a scopo terapeutico) quali prestazioni complementari di visite specialistiche.
- 2) In caso di ricovero in istituto di cura che non comporti intervento chirurgico (compreso il parto fisiologico) o in caso di Day Hospital nonché a seguito di malattia oncologica o di lungo degenza correlata a patologie che impongono la prestazione di cure erogabili esclusivamente in ambiente ospedaliero (ritenendosi per tali le strutture di diagnosi e cura, con esclusione, quindi, delle strutture residenziali, quali ad esempio case di riposo o R.S.A.):
- a. rette di degenza;
 - b. accertamenti diagnostici compresi gli onorari medici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 gg. precedenti il ricovero;
 - c. esami, medicinali, prestazioni mediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere);
 - d. l'assistenza infermieristica effettuate nei 120gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dal ricovero stesso;
 - e. in caso di ricoveri dovuti a lungo degenza UniSalute non rimborserà somma maggiore di € 10.330,00 anno/nucleo con il limite di 120 gg anno/nucleo;

- f. spese per il rimpatrio della salma, in caso di decesso avvenuto all'estero conseguente ad un ricovero o Day Hospital senza intervento, con il limite di € 5.000,00; in caso di decesso in Italia il trasporto dal luogo di decesso al comune di residenza dell'Assistito con il limite di € 2.000,00;
- g. non è previsto il rimborso del Day Hospital a scopo preventivo;
- h. in caso di parto naturale con il limite massimo di € 2.000 per evento.

3) Unisalute rimborsa inoltre, le spese sostenute a fronte di:

- a. vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera, per un accompagnatore dell'assistito infermo con il limite giornaliero di € 100,00 e con un massimo di 30gg. anno/nucleo; le spese di viaggio dell'accompagnatore e comprovate da documentazione giustificativa verranno rimborsate con il limite di € 1.500,00 per anno/nucleo.
- b. trasporto in ambulanza all'istituto di cura e viceversa con il limite di € 1.550,00 per anno/nucleo;
- c. trasporto con altro mezzo idoneo di trasporto sanitario (anche aereo) all'istituto di cura e viceversa con il limite di € 2.500,00 per anno/nucleo.

SCOPERTO

Il rimborso delle spese di cui alla precedente lett. A prevede:

- 1) Ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta con Unisalute (sia struttura sanitaria che équipe medica): **viene applicato uno scoperto del 10%**
- 2) Ricoveri effettuati non in totale convenzione diretta con Unisalute (totalmente indiretta o mista): **viene applicato uno scoperto del 30% con un minimo di € 7.000,00 per ricovero (per gli interventi chirurgici effettuati in regime di Day Hospital o ambulatorialmente lo scoperto applicato è del 35% senza applicazione del minimo).**

Per i soli titolari di pensione e relativo nucleo familiare di cui agli artt. 5 e 6 della sezione 1 "Condizioni Generali" le predette franchigie variano come segue:

- 1) Ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta con Unisalute (sia struttura sanitaria che équipe medica): **viene applicato uno scoperto del 10%**
- 2) Ricoveri effettuati non in totale convenzione diretta con Unisalute: **viene applicato uno scoperto del 20% con un minimo di € 5.000,00 per ricovero (per gli interventi chirurgici effettuati in regime di Day Hospital o ambulatorialmente lo scoperto applicato è del 30% senza applicazione del minimo).**

In caso di parto naturale, parto cesareo o aborto terapeutico non saranno applicati scoperti fermi i limiti di rimborso sopra indicati.

B) Prestazioni extraospedaliere di alta diagnostica

Unisalute, nei limiti del **massimale di € 15.000,00 anno/nucleo**, in caso di malattia o infortunio indennizzabile a termini di polizza, anche in assenza di ricovero ospedaliero o

intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica e/o il quesito diagnostico, provvede al pagamento diretto o al rimborso delle seguenti prestazioni:

- AGOBIOPSIA
- AMNIOCENTESI
- ANGIOGRAFIA
- ARTROGRAFIA
- BIOPSIA IN SCOPIA
- BRONCOGRAFIA
- CHEMIOTERAPIA
- CISTERNOGRAFIA
- CISTOGRAFIA
- CISTOURETROGRAFIA
- CLISMA OPACO
- COBALTOTERAPIA
- COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA
- COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA (PTC)
- COLANGIOGRAFIA TRANS KEHR
- COLECISTOGRAFIA
- CRIOTERAPIA
- DACRIOCISTOGRAFIA
- DEFECOGRAFIA
- DISCOGRAFIA
- DIALISI
- DOPPLER
- ECOCARDIOGRAFIA
- ECODOPPLER
- ECOCOLORDOPPLER
- ECOTOMOGRAFIA
- ELETTRCARDIOGRAFIA
- ELETTRORENCEFALOGRAMMA
- ELETTRMIOGRAFIA
- ENDOSCOPIA A SCOPO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO
- FISTOLOGRAFIA
- FLEBOGRAFIA
- FLUORANGIOGRAFIA
- HOLTER
- ISTEROSALPINGOGRAFIA
- LASERTERAPIA A SCOPO FISIOTERAPICO
- LINFOGRAFIA
- MAMMOGRAFIA
- MAMMOTOME
- MIELOGRAFIA
- PET
- PNEUMOENCEFALOGRAFIA
- POLIPECTOMIA

- RADIOTERAPIA - RETINOLOGRAFIA
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN)
- RX ESOFAGO CON MEZZO DI CONTRASTO
- RX STOMACO E DUODENO CON MEZZO DI CONTRASTO
- RX TENUE E COLON CON MEZZO DI CONTRASTO
- SCIALOGRAFIA
- SCINTIGRAFIA
- SPLENOPORTOGRAFIA
- TOMOGRAFIA TORACE, TOMOGRAFIA IN GENERE
- TOMOGRAFIA LOGGE RENALI, TOMOXEROGRAFIA
- TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA (TAC) ANCHE VIRTUALE
- UROGRAFIA
- VESCICULODEFERENTOGRAFIA
- VIDEOANGIOGRAFIA
- VILLOCENTESI
- WIRSUNGGRAFIA

Il pagamento delle predette prestazioni avverrà con l'applicazione delle seguenti franchigie e scoperti:

- se eseguiti presso strutture convenzionate:
 - pagamento diretto con una **franchigia di € 50,00 a carico dell'assicurato;**
- se eseguite presso strutture non convenzionate:
 - **rimborso con uno scoperto del 35% e franchigia minima di € 100,00 a carico dell'assicurato.**

Il rimborso di eventuali ticket avrà luogo senza applicazione di franchigie e scoperti.

C) Visite Specialistiche Diagnostica corrente- prestazioni terapeutiche e fisioterapiche

Unisalute, nei limiti del **massimale annuo di euro 5.000,00 anno/ nucleo**, in caso di malattia o infortunio indennizzabile a termini di polizza, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica e/o il quesito diagnostico, provvede al pagamento diretto o al rimborso delle seguenti prestazioni:

- Onorari medici per visite specialistiche, con esclusione di quelle odontoiatriche, ortodontiche;
- Analisi ed esami diagnostici
- Prestazioni terapeutiche e fisioterapiche con l'esclusione dell'agopuntura.
- se eseguiti presso strutture convenzionate:
 - pagamento diretto **con una franchigia di € 50,00 a carico dell'assicurato;**
- se eseguite presso strutture non convenzionate:
 - rimborso con uno **scoperto del 35% e franchigia minima di € 100,00 a carico dell'assicurato.**

Il rimborso di eventuali ticket avrà luogo senza applicazione di franchigie e scoperti.

D) Protesi (Per i soli titolari di pensione e relativo nucleo familiare di cui agli artt. 5 e 6 della sezione 1 "Condizioni Generali")

Previo presentazione della prescrizione medica attestante la patologia, UniSalute rimborsa, **con il limite di € 2.070,00 anno/nucleo**, le spese per acquisto, noleggio e riparazione di protesi ortopediche, apparecchi acustici. Rientrano anche gli ausili medici, ortopedici ed acustici.

Le spese sopra indicate vengono rimborsate con uno **scoperto del 20%**.

E) Medicina Preventiva

Unisalute rimborsa o prende in carico anche in assenza di prescrizione medica, **con il limite di € 500,00 per anno/nucleo** le spese per:

- **Uomini:** visite urologiche, ecografie addome in toto e/o transrettale, esami citologici delle urine, accertamento dell'antigene prostatico specifico, ecografie delle vie urinarie;
- **Donne:** visite ginecologiche, effettuazione del PAP-test, mammografie e/o ecografie mammarie, ecografia addome e/o transvaginale, moc;

Per entrambi i sessi, radiografia toracica e visita cardiologia con ecg a riposo e/o da sforzo. Le prestazioni sopra elencate vengono rimborsate o prese in carico senza applicazione di alcuno scoperto.

F) Cure Oncologiche

Unisalute rimborsa o prende in carico **con il limite massimo di € 50.000,00 anno/nucleo**, le spese sostenute per:

- prestazioni mediche ed infermieristiche, esami, accertamenti diagnostici, cure, trattamenti, terapie comprensive dell'eventuale degenza in Day Hospital o in regime di ricovero, prescritte da medico specialista per patologie oncologiche.

Le prestazioni sopra elencate vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto e/o franchigia sino alla concorrenza del limite massimo di assistenza suindicato (€ 50.000,00 anno/nucleo) successivamente, in caso di esaurimento dello stesso, saranno applicati gli scoperti e/o le franchigie, previsti nelle lett. A ed B del presente art. 4.

G) Follow-Up Oncologico

Unisalute prende in carico (o rimborsa) le prestazioni diagnostiche previste dai protocolli di osservazione nel tempo dello sviluppo della malattia oncologica e/o dei risultati della terapia fino ad un **massimale di € 10.000,00 anno/nucleo senza applicazione di franchigie o scoperti**.

H) Copertura per non autosufficienza

Qualora l'assicurato si trovi in stato di non autosufficienza nei termini di seguito descritti, UniSalute riconosce un rimborso fino ad un massimale mensile pro-capite di € 550,00, per tutto il periodo di non autosufficienza ed entro il termine di validità della presente polizza delle spese sostenute per:

- 1) ricoveri in strutture di lungo degenza;
- 2) assistenza;
- 3) prestazioni infermieristiche, fisioterapiche e riabilitative;
- 4) acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle, poltrone e letti ortopedici;
- 5) ausili e presidi sanitari;
- 6) farmaci non rimborsati dal SSN;
- 7) altre spese comunque connesse allo stato di non autosufficienza.

Ai fini della presente garanzia si considera in stato di non autosufficienza colui al quale sia stata riconosciuta, anche prima della decorrenza della presente Polizza, un'invalidità civile al 100% con diritto all'indennità di accompagnamento.

La condizione di non autosufficienza va documentata con la presentazione da parte del richiedente di copia conforme all'originale del Verbale della Commissione di Prima Istanza per Invalidità Civile compilato in tutte le sue parti, dal quale risulti che l'assicurato è riconosciuto invalido civile in misura del 100% con diritto all'indennità di accompagnamento in quanto persona con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, oppure perché persona con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita.

Nel caso la valutazione contenga indicazioni di rivedibilità, l'Assicurato dovrà presentare le successive certificazioni che accertino la permanenza dei presupposti per il mantenimento del diritto al rimborso delle spese previsto dalla presente garanzia. La mancata presentazione comporterà il venir meno del diritto al rimborso delle spese sostenute.

Il rimborso delle spese assistenziali verrà effettuato con cadenza semestrale sulla base della rendicontazione delle spese sostenute nel semestre di riferimento, entro il limite massimo di **€ 3.300,00 (€ 550*6)**. In occasione della prima richiesta di rimborso, l'assicurato dovrà altresì produrre copia conforme all'originale del Verbale della Commissione di Prima Istanza per Invalidità Civile.

Per la parte eccedente il predetto massimale mensile di € 550,00 l'assicurato avrà diritto a chiedere il rimborso, ove previsto dalle precedenti garanzie di polizza.

