

Con effetto dalle ore 24,00 del 15/04/2017, per il periodo di proroga 15/04/2017-15/04/2018, il Piano sanitario Base viene integrato con le seguenti migliorie contrattuali. Pertanto, si apportano le modifiche agli articoli in essere come sotto riportato:

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 3 – Rischi esclusi dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante per:

- a) eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti e malformazioni, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il 5° anno di età; l'esclusione, inoltre, non opera in caso di difetti fisici preesistenti e malformazioni non obiettivamente visibili o clinicamente diagnosticati al momento dell'adesione alla copertura assicurativa e sconosciuti all'assicurato in tale momento;
- n) gli interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero ad eccezione di quelli indennizzabili a termini di polizza;
- o) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale.

Art. 18 – Garanzie accessorie (valide per tutti gli assicurati)

All'estero

e) Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato, successivamente ad una consulenza medica, necessiti di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà, compatibilmente con le disponibilità locali, il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo dove si trovi l'assicurato, al quale l'Assicurato potrà eventualmente rivolgersi, provvedendo direttamente al pagamento della prestazione (il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato)

f) Informazioni sulla degenza

Qualora l'Assicurato, in conseguenza di infortunio o di malattia, fosse ricoverato presso un Ospedale, i medici della Centrale Operativa provvederanno a tenere costantemente aggiornati i familiari relativamente alle condizioni di salute dell'assicurato, fornendo le notizie cliniche di cui sono a conoscenza.

g) Trasmissione messaggio urgenti

Qualora l'Assicurato in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone, la Centrale Operativa si adopererà per l'inoltro di tali messaggi.

SEZIONE GARANZIE “A” - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI

Art. 2 - Franchigia e Scoperto

La prestazione, ove prestata da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, opera con una franchigia fissa di € 300 per sinistro e uno scoperto pari al 15% con un massimo a carico dell'assicurato di € 2.000.

UniSalute S.p.A.

Sede e Direzione Generale: via Larga, 8 - 40138 Bologna (Italia) - unisalute@pec.unipol.it - tel. +39 051 6386111 - fax +39 051 320961
Capitale Sociale i.v. Euro 17.500.000,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 03843680376 - R.E.A. 319365
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.,
iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00084 e facente parte
del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

Nel caso in cui la prestazione sia resa in assistenza diretta - così come disciplinata dall'Art. 14 lettera a) delle Condizioni Generali di Assicurazione -, vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati senza applicazione di franchigie e scoperti.

In caso di prestazione effettuata in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate, le spese per trattamento alberghiero e/o per ticket sanitari verranno rimborsati senza applicazione di franchigie e scoperti.

Art. 3 - Prestazioni Assicurate

Art. 3.1 - Ricoveri per Grandi interventi chirurgici

Sono garantite, nell'ambito degli interventi di cui all'elenco I, le spese:

f) per le visite specialistiche ed accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biotiche e terapie radianti e chemioterapiche, nonché tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei 125 giorni precedenti il ricovero e ad **esso correlati nonché quelle sostenute nei 155 giorni successivi alla cessazione del ricovero** per trattamenti fisioterapici e/o rieducativi, esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche ambulatoriali, terapie radianti e chemioterapiche e tutte le prestazioni sanitarie purché correlate al ricovero.

In tale ambito - fermi i limiti temporali di cui sopra - si intendono compresi i ricoveri ed i day-hospital per cure ed accertamenti pre e post ricovero; gli interventi preparatori all'intervento principale assicurato o da questo resi necessari e comunque ad esso connessi, così come i ricoveri ed i day-hospital successivi dovuti a complicanze del ricovero/intervento principale o comunque a questo funzionalmente connessi e collegati.

h) per spese di assistenza infermieristica individuale, fino ad un importo di euro **3.900** massimo per anno;

i) per trasporto dell'Assicurato e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro fino ad un importo massimo di euro **3.000** per ricoveri in Stati della UE ed euro **6.000** per ricoveri nel resto del mondo;

j) per acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche fino a concorrenza di un importo massimo di euro **5.500** per nucleo familiare, purché conseguenti a sinistro indennizzabile a termini di polizza verificatosi durante la validità della polizza stessa;

l) per le cure palliative e la terapia del dolore fino a concorrenza di **un importo massimo di euro 15.000 per evento.**

Art. 3.3 - Gravi eventi morbosi che necessitano di trattamento medico domiciliare.

Le spese riconosciute in caso di trattamento domiciliare sono:

a) visite specialistiche;

b) esami ed accertamenti diagnostici;

c) terapie mediche, comprese quelle radianti (**ancorché effettuate anche a livello ambulatoriale**) e chemioterapiche, le chirurgiche, riabilitative e farmacologiche;

d) spesa per prestazioni sanitarie e infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari, su prescrizione specialistica, escluse quelle meramente assistenziali, sostenute **nei 180 giorni successivi alla prima diagnosi** dell'Evento Morboso avvenuta dopo la decorrenza

contrattuale.

Si applicano anche le garanzie dell'art. 3.1 ai punti i), j), k), l).

Art. 3.4 - Indennità sostitutiva

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di ricovero per grande intervento chirurgico o di grave evento morboso, non presenti richiesta di rimborso a carico della presente polizza, la Società corrisponderà un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e/o dell'infortunio.

L'indennità sarà pari ad € 155 e verrà erogata, previa applicazione di una franchigia di due giorni, per ogni giorno di ricovero, fermo restando il limite massimo di 180 giorni per ciascun anno assicurativo e per assicurato.

In caso di erogazione della indennità di cui sopra è altresì previsto il rimborso delle spese (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie) pre e post ricovero – fermi restando gli specifici limiti temporali indicati negli articoli che precedono – che verrà effettuato applicando gli scoperti e la franchigia di cui all'art. 2, salvo che per i ticket che verranno comunque rimborsati al 100%.

La garanzia prevista dal presente Articolo è anche riconosciuta, fermo comunque il limite complessivo previsto al secondo comma, per i ricoveri e/o day-hospital pre e post intervento, di cui alla lettera f dell'Art. 3.1, in questo caso l'importo della diaria sarà pari ad € 50 per ogni giorno di ricovero/day-hospital.

Art. 3.6 - Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero

Le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

Le garanzie sono prestate **fino a un massimo di € 10.000 per nucleo familiare e per anno assicurativo**. A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 2, la prestazione, ove prestata da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, **opera con uno scoperto pari al 15%, senza applicazione di alcuna franchigia fissa, fermo il resto.**

Art. 3.7– Accesso a tariffe convenzionate per le prestazioni dentarie (non rientranti tra le prestazioni previste dalla Garanzia A)

Tutti gli assicurati alla Garanzia A potranno ottenere a proprio carico le prestazioni dentarie a tariffe agevolate utilizzando gli studi odontoiatrici del network convenzionato. **La Società metterà a disposizione i propri Uffici dedicati, raggiungibili attraverso un numero verde attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30**, tramite i quali sarà possibile effettuare la prenotazione presso la rete convenzionata ed ottenere la richiesta di applicazione delle tariffe agevolate.

In alternativa, la Società potrà mettere a disposizione il proprio portale internet, o quello del gestore del network convenzionato, attraverso il quale gli assicurati, previa registrazione al portale stesso, dovranno prenotare le prestazioni.

Le modalità di registrazione ed utilizzo del servizio saranno messe a disposizione degli assicurati tramite il sito internet di CIPAG.

Rimane in ogni caso fermo il diritto di CIPAG di sospendere e/o porre termine all'utilizzo del servizio anche in corso di vigenza del contratto, senza che la Società possa sollevare eccezioni al riguardo.

Art. 3.8 – Accesso a tariffe convenzionate per le prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere (non rientranti tra le prestazioni previste dalla Garanzia A)

Tutti gli assicurati alla Garanzia A potranno ottenere a proprio carico le prestazioni ospedaliere e gli accertamenti diagnostici utilizzando le Case di Cura, i medici ed i Centri Diagnostici del network convenzionato.

La Società metterà a disposizione i propri Uffici dedicati, raggiungibili attraverso un numero verde attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30, tramite i quali sarà possibile effettuare la prenotazione presso la rete convenzionata ed ottenere la richiesta di applicazione delle tariffe agevolate.

In alternativa, la Società potrà mettere a disposizione il proprio portale internet, o quello del gestore del network convenzionato, attraverso il quale gli assicurati, previa registrazione al portale stesso, dovranno prenotare le prestazioni.

Le modalità di registrazione ed utilizzo del servizio saranno messe a disposizione degli assicurati tramite il sito internet di CIPAG.

Rimane in ogni caso fermo il diritto di CIPAG di sospendere e/o porre termine all'utilizzo del servizio anche in corso di vigenza del contratto, senza che la Società possa sollevare eccezioni al riguardo.

Art. 3.9 – Accesso a tariffe convenzionate per le prestazioni fisioterapiche e riabilitative (non rientranti tra le prestazioni previste dalla Garanzia A)

Tutti gli assicurati alla garanzia A potranno ottenere le prestazioni fisioterapiche e riabilitative a tariffe agevolate utilizzando gli studi del network convenzionato (fermo restando in ogni caso che il costo delle prestazioni effettuare rimarrà a carico dell'Assicurato).

La Società metterà a disposizione i propri Uffici dedicati, raggiungibili attraverso un numero verde attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30, tramite i quali sarà possibile effettuare la prenotazione presso la rete convenzionata ed ottenere la richiesta di applicazione delle tariffe agevolate

In alternativa, la Società potrà mettere a disposizione il proprio portale internet, o quello del gestore del network convenzionato, attraverso il quale gli assicurati, previa registrazione al portale stesso, dovranno prenotare le prestazioni.

Le modalità di registrazione ed utilizzo del servizio saranno messe a disposizione degli assicurati tramite il sito internet di CIPAG.

La Società si impegna a garantire:

- 1) che facciano parte del network almeno 800 centri fisioterapici e riabilitativi/fisioterapisti convenzionati;
- 2) che il network convenzionato rispetti elevati standard qualitativi e di servizio.

A tal fine, la Società fornirà ad CIPAG relazioni semestrali sul servizio offerto che potranno essere oggetto di analisi congiunte tra la Società ed CIPAG al fine di valutare eventuali implementazioni e/o correttivi utili al miglioramento complessivo del servizio stesso.

Rimane in ogni caso fermo il diritto di CIPAG di sospendere e/o porre termine all'utilizzo del servizio anche in corso di vigenza del contratto, senza che la Società possa sollevare eccezioni al riguardo.

Art. 4 – Indennità per grave invalidità permanente da infortunio (operante per i soli iscritti in forma collettiva)

In caso di infortunio che comporti all'assicurato, iscritto ad una Cassa o Ente di Previdenza che abbia consentito l'adesione collettiva, **un'invalidità permanente di grado superiore al 66%** la Società liquiderà **un indennizzo pari al capitale assicurato ad € 50.000.**

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti. Per la determinazione del grado d'invalidità la Società farà riferimento alla tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n.1124.

La denuncia d'infortunio deve essere inviata a CIPAG entro quindici giorni dall'infortunio stesso. La denuncia deve indicare il luogo, giorno, ora dell'evento e cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da un certificato medico. Per quanto non regolato dalla presente articolo valgono le condizioni generali di polizza.

Infine, si conferma l'introduzione della garanzia per la prevenzione delle malattie cardiovascolari/metaboliche alle seguenti modalità:

Art. 4bis - SINDROME METABOLICA (garanzia operante per il solo titolare)

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà compilare il questionario raggiungibile cliccando sul sito della Società e "confermare il suo invio".

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

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

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

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

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

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

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

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