

Guida al Piano sanitario

**UNIVERSITÁ DEGLI STUDI DI ROMA
TOR VERGATA – PIANO BASE**

Gennaio 2025

**Per tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario
diverse da ricovero vai su:**

www.unisalute.it

24h su 24, 365 giorni l'anno

**Per tutte le prestazioni dell'area ricovero
contatta preventivamente il**

Numero Verde

800-009975

dall'estero: prefisso per l'Italia

+ 051.63.89.046

orari:

8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

I servizi UniSalute sempre con te!

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

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

1. SOMMARIO

1.	SOMMARIO	3
2.	BENVENUTO	5
3.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	5
3.1.	Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	5
3.2.	Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	6
3.3.	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	8
4.	SERVIZI ONLINE E MOBILE	8
4.1.	Il sito di UniSalute	8
4.1.1.	Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?	9
4.1.2.	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	9
4.1.3.	Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	10
4.1.4.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	10
4.1.5.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	11
4.1.6.	Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario?	11
4.1.7.	Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?	11
4.2.	L'app di UniSalute	11
4.2.1.	Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	12
4.2.2.	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	13
4.2.3.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	13
4.2.4.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	13
5.	PERSONE ASSICURATE	14
6.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	15
6.1.	Ricovero in istituto di cura	16
6.1.1.	Ricovero in istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico (vedi elenco allegato)	16
6.1.2.	Ricovero in Istituto di cura per intervento non compreso nei Grandi Interventi Chirurgici (vedi elenco allegato) e ricovero senza intervento	17
6.1.2.1.	Indennità sostitutiva	18
6.1.3.	Intervento ambulatoriale e in day hospital	18
6.1.4.	Rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore	19
6.1.5.	Trasporto dell'Assicurato	20
6.1.6.	Rimpatrio salma	20
6.2.	Extraospedaliero	20
6.2.1.	Alta diagnostica	20
6.2.2.	Visite specialistiche ed esami diagnostici di laboratorio	22
6.3.	Cure oncologiche	23
6.4.	Protesi ortopediche e acustiche	23
6.5.	Medicina preventiva	24
6.6.	Cure dentarie	25
6.7.	Lenti e occhiali	26
6.8.	Pacchetto maternità	26
6.9.	Servizi di consulenza	28
7.	CONTRIBUTI	28
8.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	29

9.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	30
9.1.	Decorrenza e durata dell'assicurazione.....	30
9.2.	Inclusioni/esclusioni.....	30
9.3.	Validità territoriale.....	32
9.4.	Limiti di età	33
9.5.	Gestione dei documenti di spesa	33
9.6.	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	33
9.7.	Foro competente	34
9.8.	Reclami	34
9.9.	Diritto all'oblio oncologico	36
9.10.	Informativa "HOME INSURANCE" - indicazioni per l'accesso all'area riservata ai sensi del regolamento IVASS 41/2018 – ove sussistano i requisiti	37
9.11.	Informazioni sull'Impresa di Assicurazione	37
10.	ALLEGATO 1 - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	39

2. BENVENUTO

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

I servizi online offerti da UniSalute

Su **www.unisalute.it**, hai a disposizione un'area riservata con **pratiche funzioni online** che rendono ancora più veloce e semplice utilizzare il Piano sanitario.

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

3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

3.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute

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

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

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

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



Prenotazione veloce

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

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

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

Importante

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

3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute

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

Per chiedere il rimborso delle spese vai su www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti: puoi inviare i documenti direttamente dal sito.



Richiesta rimborso online

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

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

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

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

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

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

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

UniSalute potrebbe richiedere eventuali controlli medici anche attraverso il rilascio di una specifica autorizzazione per superare il vincolo del segreto professionale cui sono sottoposti i medici che

hanno effettuato visite e cure.

3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

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



Richiesta rimborso online

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

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

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

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

4.1. Il sito di UniSalute

Sul sito www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti puoi:

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

4.1.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?

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

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

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

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

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

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?

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

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

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

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

In base alle tue esigenze puoi:

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



Prenotazione veloce

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

4.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

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

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



Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

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

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

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



Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a internet, utilizza il modulo di rimborso allegato alla Guida e invialo insieme a copia di tutta la documentazione richiesta a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO**, esclusivamente tramite servizio postale

(sono esclusi gli invii tramite corriere).

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

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

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

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

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

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

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

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

4.1.7. Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?

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

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

4.2. L'app di UniSalute

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

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

4.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

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

Una volta scaricata puoi registrarti in pochi semplici passi.

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

UniSalute PER TE

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

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

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

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

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

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

Tieni monitorati tutti i tuoi appuntamenti!

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

Potrai modificarli o disdirli direttamente da qui!

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Integra la documentazione mancante

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

5. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è stipulata a favore della totalità del personale contrattualizzato dell'Università Degli Studi Roma Tor Vergata, vale a dire personale dirigente, personale tecnico, amministrativo e bibliotecario, collaboratori e collaboratrici esperti/e linguistici/che e lettori di madrelingua, altresì se comandato temporaneamente presso l'Ateneo da altre Amministrazioni Pubbliche, in servizio alla data della stipula del contratto di assicurazione con onere economico a carico dall'Università.

È data facoltà di estendere la copertura, con versamento del relativo contributo a carico dell'interessato e previa compilazione e invio dell'apposito modulo di adesione, ai seguenti soggetti:

- **Nucleo familiare** così definito: coniuge a prescindere dallo stato

di famiglia, convivente more uxorio e figli risultanti da certificato di stato di famiglia dell'Assicurato; sono compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età.

Dove si legge "more uxorio" si devono considerare sempre incluse le persone parte di unione civile ai sensi della L. 20 maggio 2016, n. 76 (c.d. "Legge Cirinnà").

- **Personale non contrattualizzato e loro nucleo familiare** così definito: professori/ professoressse, ricercatori/ricercatrici, assegnisti/e, borsisti/e, titolari di contratto di ricerca.

I familiari possono sottoscrivere la polizza solo se il titolare ha sottoscritto la polizza e per le medesime opzioni di copertura selezionate dallo stesso.

La garanzia è operante per tutti gli assicurati indipendentemente dalle loro condizioni di salute, pertanto sono incluse nell'assicurazione le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza, nonché le malattie croniche e recidivanti, nonché gli infortuni già verificatisi.

Si specifica che se entrambi i coniugi o conviventi more uxorio appartengono al personale contrattualizzato dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata e sono pertanto entrambi titolari del Piano sanitario, non possono essere inseriti anche come familiari nel nucleo del rispettivo coniuge o convivente. Nel caso appena descritto, qualora vi sia interesse all'estensione ai figli, tale opzione potrà essere esercitata esclusivamente da uno dei dipendenti e il relativo contributo sarà quello indicato all'art. "Contributi".

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio per le seguenti coperture:

- ricovero in Istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico

- (vedi elenco allegato);
- ricovero in Istituto di cura per intervento non compreso nei Grandi Interventi Chirurgici (vedi elenco allegato) e ricovero senza intervento;
 - intervento ambulatoriale e in day-hospital;
 - intervento chirurgico ambulatoriale;
 - alta diagnostica;
 - visite specialistiche ed esami diagnostici di laboratorio;
 - cure oncologiche;
 - protesi ortopediche e acustiche;
 - medicina preventiva;
 - cure dentarie;
 - lenti e occhiali;
 - pacchetto maternità;
 - servizi di consulenza.

La presente polizza prevede il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato a seguito di malattia o infortunio, per le suddette prestazioni sanitarie. I massimali indicati si intendono raddoppiati in caso di estensione al nucleo familiare. Resta inteso che ciascun membro del nucleo familiare avrà a disposizione solo il massimale individuale di base e non quello raddoppiato. Quindi anche se il massimale complessivo della polizza raddoppia per il nucleo familiare, ciascun Assicurato potrà utilizzare solamente il massimale individuale originario.

6.1. Ricovero in istituto di cura

6.1.1. Ricovero in istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico (vedi elenco allegato)

In caso di ricovero per Grande Intervento Chirurgico, l'Assicurato avrà diritto a un'indennità di **€ 200,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **90** giorni per ogni ricovero. Le spese per le prestazioni di pre ricovero e post ricovero verranno rimborsate all'interno delle coperture indicate alla successiva sezione

"EXTRAOSPEDALIERE".

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno rimborsati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

6.1.2. Ricovero in Istituto di cura per intervento non compreso nei Grandi Interventi Chirurgici (vedi elenco allegato) e ricovero senza intervento

In caso di ricoveri per interventi non rientranti nella lista di cui all'Allegato 1 e di ricoveri senza intervento, il Piano sanitario prevede la copertura per le seguenti prestazioni:

- per gli onorari del Chirurgo, dell'Aiuto, dell'Assistente, dell'Anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
 - per i diritti di sala operatoria, materiale di intervento e apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
 - per l'assistenza medica e infermieristica, cure e trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti all'intervento ed effettuati durante il periodo di ricovero, medicinali ed esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
 - per le rette di degenza;
 - per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei medici), gli onorari medici per visite specialistiche, gli esami effettuati in Istituto di Cura o ambulatorio nei **90** giorni precedenti il ricovero;
 - per gli onorari medici per visite specialistiche, esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche, effettuati in Istituto di Cura o ambulatorio nei **120** giorni successivi al ricovero.
- In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente da UniSalute

alle strutture stesse, con applicazione di una franchigia pari ad **€ 200,00**.

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

Le prestazioni vengono rimborsate con applicazione di una franchigia di **€ 300,00**.

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

I relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

Il massimale annuo a disposizione per la presente copertura è di € 2.000,00.
--

6.1.2.1. Indennità sostitutiva

In caso di ricovero in Istituto di cura per intervento non compreso nei Grandi Interventi Chirurgici (vedi elenco allegato) e ricovero senza intervento a Società corrisponde un'indennità di **€ 100,00** per ogni giorno di ricovero per intervento in Ospedale e/o Casa di cura, con il massimo di **100** giorni per persona, se tutte le spese sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

6.1.3. Intervento ambulatoriale e in day hospital

In caso di interventi ambulatoriali e in Day Hospital effettuati in Istituto di cura o studio medico, il Piano sanitario prevede la copertura per le seguenti prestazioni:

- per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei medici) effettuati nei **90** giorni precedenti e relativi all'intervento stesso;
- per gli onorari del Chirurgo, dell'Aiuto, dell'Assistente, dell'Anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- per i diritti di sala operatoria, per il materiale di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;

- per l'assistenza medica e infermieristica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali, per esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero (si fa riferimento alle sole prestazioni eseguite nella stessa giornata dell'intervento);
- per le spese rese necessarie dall'intervento e sostenute dopo la cessazione del ricovero per: esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuate nei **120** giorni successivi al ricovero.

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

Le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con applicazione di una franchigia pari ad **€ 200,00** per sinistro.

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

Le prestazioni vengono rimborsate con applicazione di una franchigia di **€ 300,00** per sinistro.

Il massimale annuo a disposizione per la presente copertura è di € 2.000,00.
--

6.1.4. Rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore

Il Piano sanitario copre le spese, in caso di ricovero in istituto di cura o in struttura alberghiera in caso di indisponibilità dell'istituto di cura, relative a vitto e pernottamento di un accompagnatore dell'Assicurato fino alla concorrenza di **€ 35,00** giornalieri e con il limite massimo di **30** giorni per ciascun anno assicurativo. In caso d'indisponibilità del pernottamento presso l'Istituto di Cura saranno rimborsate (nei limiti previsti) le spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore presso strutture alberghiere previa dichiarazione del medico attestante la necessità dell'assistenza al malato e dichiarazione d'indisponibilità del pernottamento da parte dell'Istituto di Cura.

6.1.5. Trasporto dell'Assicurato

In caso di Grande Intervento, la Società rimborserà le spese sostenute dall'Assicurato per il trasporto dal domicilio e/o residenza all'Istituto di cura e viceversa, a mezzo ambulanza, treno o aereo fino a un massimo di **€ 1.100,00** in Italia e di **€ 2.000,00** all'estero, per anno.

6.1.6. Rimpatrio salma

In caso di decesso avvenuto all'estero a seguito di ricovero per Grande Intervento chirurgico effettuato in Istituto di cura, sono indennizzate le spese per rimpatrio della salma con il limite di **€ 3.000,00**.

6.2. Extraospedaliere

Le garanzie di cui ai successivi art. “Alta diagnostica” e “Visite specialistiche ed esami diagnostici di laboratorio” sono coperte sino alla concorrenza del massimale unico di € 3.000,00.

6.2.1. Alta diagnostica

Il Piano sanitario rimborsa le spese per le prestazioni sanitarie e specialistiche che seguono:

- chemioterapia
- radioterapia
- cobaltoterapia
- dialisi
- doppler
- elettrocardiografia
- elettroencefalografia
- risonanza magnetica nucleare
- scintigrafia
- TAC
- telecuore
- diagnostica radiologica
- ecografie

- tecarterapia
- onde d'urto
- PET
- tutti gli esami endoscopici con e senza biopsia
- agoaspirato

Qualora le prestazioni di cui sopra fossero ricomprese anche all'interno della garanzia "Cure oncologiche", in caso di evento, il massimale per le "Cure oncologiche" sarà eroso per primo.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del **15%** con il minimo non indennizzabile di **€ 45,00** per ciascun accertamento o ciclo di terapia. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **25%** con il minimo non indennizzabile di **€ 60,00** per ciascun accertamento o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale il Piano sanitario rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante

contenente la patologia presunta o accertata.

6.2.2. Visite specialistiche ed esami diagnostici di laboratorio

Il Piano sanitario provvede alla copertura delle spese sostenute per le visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio per:

- onorari medici per visite specialistiche, purché gli specialisti siano regolarmente iscritti all'albo dei medici (le visite presso medici specialisti in Psichiatria si considerano in copertura nella presente garanzia con un massimo di 3 visite l'anno);
- accertamenti diagnostici e di laboratorio prescritti dal medico.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del **15%** con il minimo non indennizzabile di **€ 45,00** per prestazione. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **25%** con il minimo non indennizzabile di **€ 60,00** per prestazione. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale il Piano sanitario rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico

dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

6.3. Cure oncologiche

Il Piano sanitario provvede alla copertura delle spese sostenute per le visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie rese necessarie da malattia oncologica.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcun importo a carico dell'Assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale il Piano sanitario rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo a disposizione per la presente copertura è di € 3.000,00.
--

6.4. Protesi ortopediche e acustiche

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del **15%** con il minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per prestazione.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **25%** con il minimo non indennizzabile di **€ 80,00** per prestazione..

Il massimale annuo a disposizione per la presente copertura è di € 200,00.

6.5. Medicina preventiva

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate **effettuate in strutture sanitarie convenzionate dalla Società, indicate dalla Centrale Operativa** previa prenotazione. Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Si specifica che potranno essere opzionati i seguenti pacchetti alternativi e non cumulativi

Prestazioni previste per gli uomini e per le donne una volta l'anno

Analisi del sangue (valido per tutti i pacchetti):

- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT);
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT);
- Azotemia (Urea);
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL;
- Creatininemia;
- Emoglobina glicata;
- Esame delle urine;
- Esame emocromocitometrico completo;
- Gamma GT;
- Glicemia;
- PT (Tempo di protrombina);
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale);
- Trigliceridi;
- Velocità di eritrosedimentazione (VES).

Pacchetti opzionabili:

a) **Prevenzione cardiovascolare (Uomo e Donna):** visita specialistica cardiologica ed ECG.

b)1. **Prevenzione oncologica Uomo oltre i 45 anni di età:** visita specialistica urologica + Antigene Prostatico Specifico (PSA);

b)2. **Prevenzione oncologica Donna:**

- fino a 40 anni di età: visita specialistica ginecologica + pap test + Ecografia Mammaria.

- oltre i 40 anni di età: visita specialistica ginecologica + pap test e Visita specialistica senologica + Ecografia Mammaria e/o Mammografia (si dovrà scegliere se effettuare l'ecografia mammaria oppure la Mammografia)

6.6. Cure dentarie

Il Piano sanitario provvede alla copertura delle spese sostenute per cure odontoiatriche e ortodontiche, comprese visite ed esami radiologici, e per acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche.

Si intende compresa anche l'igiene orale con ablazione del tartaro con il sottolimito di **€ 50,00** compreso nel massimale sotto indicato e non in aggiunta e senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del **15%** con il minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per sinistro/piano di cura.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **25%** con il minimo non indennizzabile di **€ 100,00** per fattura/persona.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale il

Piano sanitario rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Si specifica che, in caso di richiesta di rimborso, è necessario allegare un piano di cura/fattura nel quale sia indicata la specifica dei lavori eseguiti.

**Il massimale annuo a disposizione per la presente copertura
è di € 200,00.**

6.7. Lenti e occhiali

Il Piano sanitario rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di lenti (anche usa e getta giornaliere) e occhiali con l'applicazione di uno scoperto del **15%** con il minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per fattura/persona.

È necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus (o la prima prescrizione lenti).

**Il massimale annuo a disposizione per la presente copertura
è di € 100,00.**

6.8. Pacchetto maternità

In caso di gravidanza e in assenza di patologia, il Piano sanitario provvede alla copertura delle spese, salvo quanto previsto di seguito per amniocentesi o villocentesi per le assicurate di età inferiore ai **35** anni, le spese per:

- **ecografie e analisi di laboratorio** (esami ematochimici, analisi microbiologiche) in gravidanza, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico per monitorare la gravidanza e lo sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN;

- **test genetici prenatali** (E.G. Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA fetale;

▪ **amniocentesi o villocentesi:**

- per le donne di **35** anni o più, possono essere erogate senza prescrizione;
- per le donne di meno di **35** anni, possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto;

▪ **visite di controllo ostetrico-ginecologiche** effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia e ginecologia;

▪ **controlli ostetrici** effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica iscritto all'apposito albo professionale;

▪ **una visita anestesilogica** in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di importi a carico dell'Assicurata.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **25%** con il minimo non indennizzabile di **€ 70,00** per ogni visita o accertamento diagnostico.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale il Piano sanitario rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurata.

**Il massimale annuo a disposizione per la presente copertura
è di € 1.000,00 per ciascuna gravidanza.**

6.9. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-009975** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + **051.63.89.046**

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

7. CONTRIBUTI

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

- Personale contrattualizzato, come definito all'art. "Persone assicurate" - Titolare **a carico Università**

- Nucleo composto da 2 persone € 364,69
- Nucleo composto da 3 o più persone € 729,38

- Personale non contrattualizzato, come definito all'art. "Persone assicurate" - Titolare € 486,25
- Nucleo composto da 2 persone € 850,94
- Nucleo composto da 3 o più persone € 1.215,63

8. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

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

Il Piano sanitario non è operante per:

1. le intossicazioni dovute ad abuso di alcoolici e psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo, in quest'ultimocaso, la somministrazione terapeutica), allucinogeni e simili;
2. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
3. le conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, aggressioni o di atti violenti che abbiano moventepolitico o sociale cui l'Assicurato/a abbia preso parte volontariamente;
4. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocatedall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
5. gli infortuni derivanti da partecipazioni a gare professionistiche e relative prove e allenamenti;
6. le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia e plastica ricostruttiva, resi necessari da infortunio o da pregressa chirurgia demolitiva);
7. tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla "fecondazione assistita" e/o "fecondazione eterologa";
8. degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici,

dietologici o del benessere;

9. ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizionifisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
10. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
11. le malattie mentali, i disturbi psichici in genere e le nevrosi; le visite presso medici specialisti in Psichiatria sono tuttavia pienamente rientranti tra le prestazioni di cui al punto "EXTRAOSPEDALIERE" con un massimo di 3 visite l'anno;
12. le cure e gli interventi di chirurgia per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio correzione di miopia e astigmatismo) ad eccezione di quanto segue: la garanzia opererà qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.

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

9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

9.1. Decorrenza e durata dell'assicurazione

La polizza ha efficacia dalle ore 00,00 del 01/01/2025 alle ore 00,00 del 01/01/2027 salvo proroghe o rinnovi.

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

9.2. Inclusioni/esclusioni

L'inclusione di Assicurati nei casi di seguito previsti è così

regolamentata:

- se avvenuta nel primo semestre dell'anno comporterà la corresponsione dell'intero contributo annuo;
- se avvenuta nel secondo semestre dell'anno comporterà la corresponsione del 60% del contributo annuo.

Eventuali esclusioni di Assicurati avvenute in corso d'anno non daranno luogo al rimborso del contributo che si considera pertanto acquisito dalla Società.

Adesioni facoltative

Le adesioni facoltative e le estensioni al nucleo potranno essere processate mediante invio dell'apposito modulo entro 45 giorni dalla data di decorrenza della polizza; oltre detto termine potranno essere inclusi esclusivamente i nuclei di nuovo personale contrattualizzato salvo che la Società e il Contraente non si accordino per una riapertura del termine di adesione.

Inclusioni ed esclusioni di familiari per variazione dello stato di famiglia

Salvo quanto previsto al precedente punto “Adesioni facoltative”, l’inclusione di familiari rientranti nel nucleo familiare, come definito all’art. “Persone assicurate”, in un momento successivo alla decorrenza della polizza sarà consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza, nuove nascite e/o adozioni; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell’apposito modulo.

La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempre a condizione che questa venga comunicata entro 45 giorni; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell’avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società. Nel caso in cui il familiare dell’Assicurato perdesse il diritto all’eleggibilità a termini del presente Piano sanitario, la garanzia a favore dello stesso sarà operante fino alla scadenza

annuale della polizza.

Nuove assunzioni di personale contrattualizzato

Nel caso di nuove assunzioni la garanzia decorrerà dal giorno dell'assunzione da parte dell'Università Degli Studi Roma Tor Vergata.

Dimissione, licenziamento, cessazione del rapporto o fine incarico

Nel caso di dimissione, licenziamento, cessazione del rapporto o fine incarico la copertura assicurativa del personale avrà termine alla scadenza annuale di polizza. La garanzia sarà operante fino alla scadenza annuale della polizza anche per il nucleo dell'Assicurato.

Decesso

Nel caso di decesso dell'Assicurato gli eventuali familiari assicurati saranno mantenuti in garanzia fino alla scadenza annuale della polizza.

9.3. Validità territoriale

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

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

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

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

9.4. Limiti di età

Non sono assicurabili le persone di età superiore a **70** anni. Nel caso di compimento del settantesimo anno di età durante il corso dell'annualità assicurativa, la garanzia continuerà ad essere prestata fino alla successiva scadenza annuale del Piano sanitario.

9.5. Gestione dei documenti di spesa

A. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

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

B. Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

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

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

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

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

9.7. Foro competente

Per le controversie derivanti dalla presente procedura di gara è competente il Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio – sede di Roma.

9.8. Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, in particolar modo sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, ovvero il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), devono essere inoltrati utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it, oppure per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892.**

I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela.

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

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

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. Se il reclamo

riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), il termine massimo di riscontro è di 60 giorni.

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

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

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

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

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

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

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

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

9.9. Diritto all'oblio oncologico

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

Per ulteriori approfondimenti si rimanda al sito www.unisalute.it

9.10. Informativa “HOME INSURANCE” - indicazioni per l’accesso all’area riservata ai sensi del regolamento IVASS 41/2018 – ove sussistano i requisiti

Ai sensi del 2° comma dell’art. 44 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018 nel sito internet di UniSalute (www.unisalute.it) è disponibile un’apposita area riservata a cui il Contraente può accedere per consultare on line la propria posizione contrattuale e per compiere alcune operazioni quali, ad esempio, pagare il Premio Assicurativo successivo al primo e richiedere la liquidazione dei Sinistri o la modifica dei propri dati personali. Le credenziali personali per accedere all’area riservata sono rilasciate al Contraente mediante processo di “auto registrazione” disponibile nell’area stessa.

9.11. Informazioni sull’Impresa di Assicurazione

1. Informazioni generali

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

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

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

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell’Impresa

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2023, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 273,4 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 114,4 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unisalute.it, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2023, è pari ad € 111,4 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 32,4 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 247,3 milioni e ad € 245,1 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2023, pari a 2,22 volte il requisito patrimoniale di solvibilità e 7,57 volte il requisito minimo di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

10. ALLEGATO 1 - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CHIRURGIA GENERALE

- Collo
- Paratiroidectomia (tipica o atipica)
- Linfadenectomia radicale latero cervicale monolaterale
- Dissezione radicale del collo
- Parotidectomia con conservazione del nervo facciale
- Reinterventi di paratiroidectomia
- Tiroidectomia totale
- Reinterventi sulla tiroide
- Plastiche e resezioni tracheali
- Chirurgia delle fistole tracheo esofagee
- Mediastino
- Timectomia (per via transternale, transtoracica, cervicale)
- Asportazione chirurgica di cisti o tumori del mediastino (compresi i gozzi endotoracici)
- Interventi sul dotto toracico
- Mammella
- Mastectomia radicale (Halsted - Madden - Patey) con linfadenectomia
- Torace
- Pleurectomia
- Interventi per tumori delle coste e/o dello sterno (esclusi eventuali materiali protesici)
- Decorticazione polmonare
- Trattamento chirurgico di cisti polmonari
- Broncotomie
- Trattamento dei traumi toracici con lesioni viscerali
- Pleurectomie per tumori mesoteliali
- Pneumonectomie
- Lobectomie e bilobectomie
- Resezioni segmentarie o atipiche (sleeve, wedge, ecc.)
- Toracopleurolobectomie
- Fistole esofago-tracheali o esofago-bronchiali
- Fistole postoperatorie, post lobectomia e post pneumonectomia
- Esofago

-
- Trattamento chirurgico del megaesofago (compresa plastica antireflusso)
- Trattamento chirurgico delle ernie iatali e del reflusso gastro-esofageo
- Trattamento chirurgico dei diverticoli esofagei
- Trattamento chirurgico dei tumori benigni all'esofago
- Trattamento chirurgico dei tumori maligni all'esofago
- Trattamento chirurgico delle fistole aerodigestive acquisite
- Trattamento chirurgico delle lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago
- Trattamento chirurgico dei tumori cardiaci
- Intervento di deconnessione azygos-portale
- Stomaco - Duodeno
- Resezione duodenogastrica con linfadenectomia
- Degastroresezione
- Gastrectomia totale
- Interventi di riconversione per dumping syndrome
- Digiuno e Ile (Intestino tenue)
- Interventi per diverticoli del duodeno
- Derotazione intestinale
- Colon - Retto - Ana
- Interventi per incontinenza anale
- Emicolectomia destra (compresa linfadenectomia)
- Emicolectomia sinistra (compresa linfadenectomia)
- Colectomie del trasverso (compresa linfadenectomia e colostomia)
- Colectomia totale con ileostomia
- Resezione retto-colica anteriore (con linfadenectomia)
- Interventi di amputazione del retto per via perineale, posteriore, addomino perineale e addomino posteriore (compresa colostomia)
- Coletomia totale con ileorettostomia
- Procto-retto-colectomia totale con pouch ileale
- Peritoneo
- Exeresi di tumori retroperitoneali
- Fegato e vie biliari
- Drenaggio di ascessi epatici e cisti d'echinococco
- Colectistomia per via laparoscopica

- Interventi sulla papilla per via transduodenale +/-colecistectomia
- Coledocotomia e coledocolitotomia +/- drenaggio biliare (+ colecistectomia)
- Epaticotomia e epaticolitotomia +/- drenaggio biliare (+ colecistectomia)
- Anastomosi coledoco digestive +/- colecistectomia
- Anastomosi epaticodigestive +/- colecistectomia
- Resezioni epatiche minori
- Resezioni epatiche maggiori
- Interventi per calcolosi intraepatica
- Derivazioni porto-sistemiche
- Reinterventi sulle vie biliari
- Pancreas - Milza
- Duodeno cefalopancreasectomia
- Pancreatectomia sinistra
- Pancreatectomia totale
- Interventi di exeresi della papilla Water
- Derivazioni pancreatico-wirsung-digestive
- Interventi conservativi per pancreatite acuta
- Interventi demolitivi per pancreatite acuta
- Trattamento chirurgico di cisti pancreatiche
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi per tumori del pancreas endocrino

CHIRURGIA VASCOLARE

- Venosa
- Terapia chirurgica nella patologia della vena cava superiore ed inferiore
- Arteriosa
- Endoarteriectomia o altro intervento chirurgico dei vasi del collo
- Chirurgia delle fistole artero-venose acquisite di viso, collo, torace
- Chirurgia di tumori glomici carotidei
- Chirurgia degli aneurismi dei tronchi epiaortici
- Chirurgia degli aneurismi delle arterie viscerali
- Chirurgia delle embolie e/o trombosi delle arterie viscerali
- Chirurgia delle embolie e/o trombosi delle arterie renali
- Chirurgia dei tronchi epiaortici
- Chirurgia delle oblitterazioni croniche dell'asse arto-iliaco, femoro-popliteo e tibiale

- Reinterventi precoci e tardivi in chirurgia vascolare ricostruttiva
- Trattamento chirurgico dell'ipertensione nefrovascolare
- Trattamento chirurgico delle lesioni traumatiche dell'aorta e dei suoi rami
- Trattamento chirurgico degli aneurismi dell'aorta addominale
- Trattamento chirurgico degli aneurismi dell'aorta toracica e toraco-addominale

CARDIOLOGIA

- Cardiocirurgia
- Commissurotomia per stenosi mitralica
- Sostituzione di valvola singola
- Sostituzione di valvola doppia o multipla o sostituzione valvolare + plastica valvolare
- Sostituzione di valvola singola con by-pass aorto coronarico in CEC
- Intervento di plastica valvolare
- By-pass aorto-coronarico unico
- By-pass aorto-coronarico multiplo
- By-pass aorto-coronarico senza CEC in minitoracotomia
- By-pass aorto-coronarico senza CEC
- Intervento per aneurisma dell'aorta ascendente
- Intervento per dissecazione dell'aorta ascendente
- Intervento per aneurisma dell'aorta ascendente con sostituzione valvolare
- Intervento per aneurisma o dissecazione dell'aorta discendente toracica
- Intervento per aneurisma o dissecazione dell'arco aortico
- Correzione di difetto interatriale
- Correzione di difetto interventricolare
- Intervento per pervietà del dotto di Botallo
- Intervento per coartazione aortica
- Intervento per cardiopatie congenite semplici
- Intervento per ferite o corpi estranei o tumori del cuore
- Pericardiectomia parziale o totale
- Reintervento in CEC per by-pass o sostituzione di valvola
- Intervento in CEC nel paziente anziano (età superiore a 70 anni)

UROLOGIA

- Nefrectomia polare

- Nefrectomia allargata
- Nefroureterectomia
- Mielocalicolitotomia
- Pielolitotomia in rene malformato
- Pieloureteroplastica
- Surrenalectomia
- Ureterocistoneostomia
- Ureterosigmoidostomia
- Ureteroileonastomosi
- Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia
- Cistectomia totale con derivazione urinaria
- Derivazione neourinaria escludente (senza cistectomia)
- Neovesica con segmento intestinale
- Fistola vescico-vaginale, uretero-vescico-vaginale o vescico-intestinale
- Plastica antireflusso monolaterale
- Plastica antireflusso bilaterale
- Prostatectomia radicale con linfadenectomia
- Uretrostomia perineale
- Rivascolarizzazione del pene per impotenza vasculogenica
- Raddrizzamento di pene con protesi (protesi esclusa)
- Emasculazione
- Amputazione totale del pene con linfadenectomia
- Linfadenectomia per tumore del testicolo

GINECOLOGIA E OSTETRICIA

- Vulvectomy allargata con linfadenectomia
- Interventi per creazione di vagina artificiale
- Interventi per fistole retto-vaginale
- Interventi radicali per tumori della vagina
- Exenteratio pelvica
- Laparo-istero-annessiectomia con linfadenectomia
- Istero-annessiectomia per via vaginale
- Interventi sulle tube in microchirurgia
- Interventi in laparoscopia pelvica
- Isterectomia + annessiectomia mono o bilaterale
- Taglio cesareo conservativo per parto gemellare
- Taglio cesareo demolitivo
- Trattamento d'urgenza per rottura dell'utero

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Osteotomie
- Bacino, anca
- Osteosintesi
- Omero, femore, tibia (se frattura articolare)
- Bacino
- Riduzione cruenta lussazione
- Grandi articolazioni
- Colonna vertebrale
- Trattamento cruento dei tumori ossei
- Colonna vertebrale, bacino
- Interventi in artroscopia
- Ricostruzione legamentosa +/- prelievo legamentoso tendineo
- Disarticolazioni
- Interscapolo-toracica
- Emipelvectomy
- Simpatico e Vago
- Intervento associato sul simpatico toracico e sui nervi splanchnici
- Nervi
- Trapianti, innesti ed altre operazioni plastico-ricostruttive
- Anastomosi spino-facciale
- Intervento sul plesso brachiale

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Duodeno digiunostomia
- Anastomosi intestinale
- Asportazione diverticolo di Meckel
- Escissione e duplicazione intestinale
- Riduzione invaginazione intestinale
- Riduzione volvolo intestinale
- Colectomia
- Resezione addominoperineale
- Epato-digiuno-porto-stomia (Intervento di Kasai)
- Asportazione neoplastica addominale
- erniorrafia diaframmatica
- Plastica per onfalocele
- Trattamento chirurgico della atresia anale
- Operazioni Toraciche

- Trattamento chirurgico della atresia esofagea (se in un tempo)
- Trattamento chirurgico della atresia esofagea (se in due o più tempi)
- Chiusura fistola tracheoesofagea
- Trattamento chirurgico di duplicazione esofagea
- Timectomia
- Asportazione cisti polmonare
- Asportazione tumore polmonare
- Lobectomia
- Pneumonectomia
- Sezione anello vascolare
- Interventi Urologici
- Nefrectomia
- Plastica stenosi giunto-pielo-ureterale
- Ureterosigmoidostomia
- Escissione ureterocele
- Reimpianto utero-vescicale
- Cistectomia
- Interventi Ginecologici
- Asportazione cisti ovariche
- Intervento per fistola retto-vaginale
- Creazione neovagina
- Vaginoplastica perineale
- Varie
- Asportazione tumore sacrococcigeo

