



PRENDITI
CURA
DEI TUOI
CARI



GUIDA AL PIANO SANITARIO FAMILIARI FONDO ALTEA



Per tutte le prestazioni previste dal Piano sanitario consultare:

www.fondotaltea.it

24h su 24, 365 giorni l'anno

I servizi UniSalute sempre con te!

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

Supporto telefonico per Informazioni relative all'iscrizione



dal lunedì al venerdì 9.00-12.30 e 14.00-18.00

FAMILIARI Fondo ALTEA

Le prestazioni del piano sono garantite da:

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE



1. SOMMARIO

2.	BENVENUTO.....	5
3.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	5
3.1.	Se scegli una struttura convenzionata da UniSalute per il Fondo Altea	5
3.2.	Se scegli una struttura non convenzionata da UniSalute per il Fondo Altea	6
3.3.	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	8
4.	SERVIZI ON-LINE E MOBILE.....	9
4.1.	Come faccio a registrarmi al sito www.fondoaltea.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?	9
4.2.	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	10
4.3.	Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	10
4.4.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	11
4.5.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	11
4.6.	Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?	12
4.7.	Come posso ottenere pareri medici?	12
4.8.	Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	13
5.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	13
6.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	14
6.1.	Indennità giornaliera per ricovero dovuto a grande intervento chirurgico	15
6.2.	Indennità giornaliera per ricovero con e senza intervento chirurgico, diverso da grande intervento chirurgico (compreso il parto naturale/cesareo, aborto terapeutico e spontaneo)	15
6.3.	Indennità giornaliera per day-hospital medico e chirurgico	16
6.4.	Indennità giornaliera per intervento chirurgico ambulatoriale	16
6.5.	Ospedalizzazione domiciliare	17
6.6.	Spese per richiesta della cartella clinica	17
6.7.	Prestazioni di alta specializzazione	18
6.8.	Ticket sanitari per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso	19
6.9.	Ticket sanitari per pacchetto maternità	20
6.10.	Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio	20
6.11.	Ticket per trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di malattia	22
6.12.	Assistenza infermieristica domiciliare	22
6.13.	Protesi ortopediche e acustiche	22
6.14.	Cure dentarie da infortunio	23
6.15.	Prestazioni odontoiatriche particolari	24
6.16.	Cure odontoiatriche, terapie conservative e prestazioni diagnostiche odontoiatriche diverse da protesi e ortodonzia e cure odontoiatriche a seguito di prestazioni di emergenza	25
6.17.	Prestazioni di implantologia	26
6.18.	Servizi di consulenza	27
7.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	28
8.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI.....	30
8.1.	Decorrenza e durata dell'assicurazione	
8.2.	Inclusioni/esclusioni	
8.3.	Validità territoriale	30
8.4.	Limiti di età	30
8.5.	Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)	31
8.6.	Foro competente	32



8.7.	Reclami	32
8.8.	Diritto all'oblio oncologico	34
8.9.	Informativa "HOME INSURANCE" - indicazioni per l'accesso all'area riservata ai sensi del regolamento IVASS 41/2018 – ove sussistano i requisiti	35
8.10.	Informazioni sull'Impresa di Assicurazione	36
9.	ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	37



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.

3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

3.1. Se scegli una struttura convenzionata da UniSalute per il Fondo Altea

UniSalute ha predisposto per gli iscritti al Fondo Altea un sistema di convenzionamenti con 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.fondoaltea.it o telefonando alla Centrale Operativa. È sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

- non devi sostenere alcun esborso di denaro (fatto salvo quanto previsto dal Piano alle singole coperture) perché i pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra il Fondo Altea, UniSalute e la struttura convenzionata;
- riduci al minimo i tempi di attesa tra la richiesta e la prestazione.



Prenotazione veloce

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



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

Il Fondo Altea, per il tramite di 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 avvalersi delle prestazioni in una struttura convenzionata, verifica se il medico scelto è convenzionato da UniSalute per il Fondo Altea. Utilizza l'apposita funzione sul sito www.fondoaltea.it, è comodo e veloce!

3.2. Se scegli una struttura non convenzionata da UniSalute per il Fondo Altea

Per garantirti la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario può prevedere anche la possibilità di utilizzare strutture sanitarie private non convenzionate da UniSalute per il Fondo Altea. Il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni. Per chiedere il rimborso delle spese vai su www.fondoaltea.it: puoi inviare i documenti direttamente dal sito.



Richiesta rimborso online

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



Se non puoi accedere a internet invia copia della documentazione a **Fondo Altea, Casella Postale 13184, Ufficio Postale Roma 4, 00184 Roma.**

Indichiamo di seguito la documentazione generalmente richiesta per il rimborso delle spese sanitarie sostenute, salvo quanto previsto nelle singole coperture del Piano sanitario.

- il **modulo di richiesta rimborso** compilato e sottoscritto, che si trova sul sito www.fondoaltea.it;
- in caso di **indennità giornaliera per ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di **indennità giornaliera per intervento chirurgico ambulatoriale**, copia completa della documentazione clinica;
- in caso di **prestazioni extraricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;
- **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in COPIA in cui risulti il quietanziamento. Non è quindi necessario inviare i documenti in originale a meno che non venga esplicitamente richiesto da UniSalute.

Ai fini di una corretta valutazione della richiesta di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, Fondo Altea avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Isritto viene effettuato a cura ultimata e previa consegna della documentazione di cui sopra.

E' bene sapere che dovrai consentire controlli medici eventualmente disposti da Fondo Altea e fornire allo stesso ogni informazione



sanitaria relativamente alla malattia denunciata, anche mediante il rilascio di una specifica autorizzazione la quale serve per superare il vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che hanno effettuato visite e cure.

3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

In caso di ricovero, 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.fondoaltea.it. E' facile e veloce!



Valutazione rimborso

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

Se non puoi accedere a internet, utilizza il Modulo di rimborso e invialo insieme a copia della documentazione a **Fondo Altea, Casella Postale 13184, Ufficio Postale Roma 4, 00184 Roma.**



4. SERVIZI ON-LINE E MOBILE

L'utilizzo di internet permette di accedere a comodi servizi per velocizzare e semplificare al massimo le operazioni di prenotazione, rimborso e aggiornamento dei dati.

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

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

4.1. Come faccio a registrarmi al sito **www.fondotaltea.it** per accedere ai servizi nell'Area clienti?

E' semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata alla Registrazione Clienti sul sito Fondo Altea.

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

Nella home page del sito **www.fondotaltea.it** accedi alla funzione "Registrati" 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 bottone "Non ricordi password?" sulla home page e inserire i dati richiesti. Procederemo a inviarti all'indirizzo e-mail indicato le credenziali di accesso al sito.

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

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

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

In base alle tue esigenze puoi:

- Chiedere la prenotazione a UniSalute comunicando le tue disponibilità;
- prenotare in autonomia e comunicare l'appuntamento;
- visualizzare tutti i dettagli relativi alla tua prenotazione;
- disdire o cambiare una prenotazione.



Prenotazione veloce

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

4.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Entra nell'Area clienti e **accedi all'area "Aggiorna dati"**. In base alle tue esigenze puoi:

- aggiornare l'indirizzo e i dati bancari (codice IBAN);



- comunicarci il tuo numero di cellulare e il tuo indirizzo e-mail per ricevere comodamente sul cellulare o sulla tua e-mail, utili messaggi.



Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

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

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

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



Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a internet, utilizza il modulo di rimborso e invialo insieme a copia di tutta la documentazione richiesta a **Fondo Altea, Casella Postale 13184, Ufficio Postale Roma 4, 00184 Roma**.

4.5. 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 e fare l'upload dei documenti, 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.

4.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?

Esegui il Login al sito cliccando su Entra/Login e **accedi all'area "Prestazioni e strutture convenzionate"**.

Seleziona la funzione di tuo interesse per visualizzare le prestazioni del tuo Piano sanitario o l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate da UniSalute Per il Fondo Altea.

4.7. Come posso ottenere pareri medici?

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

Entra ed invia le tue domande ai nostri medici. Ti risponderanno via e-mail, nel più breve tempo possibile. Le risposte alle domande più



interessanti e sui temi di maggiore interesse vengono pubblicate sul sito a disposizione dei clienti rispettando il più assoluto anonimato.

4.8. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

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

AREA RISERVATA AI CLIENTI

Accedi con le stesse credenziali che utilizzi per entrare nell'Area clienti su www.fondotaltea.it e consulta ovunque ti trovi le tue funzioni riservate.

5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

La copertura è prestata a favore dei familiari dei dipendenti iscritti a FONDO ALTEA delle aziende che applicano i CCNL Cemento, Lapidei Industria, Legno Industria e Legno PMI Confapi. Il contributo è a o del dipendente e viene trattenuto mensilmente in busta paga.

Come familiari si intende il coniuge o convivente “more uxorio” e i figli tutti risultanti dallo stato di famiglia. In questo caso dovranno essere incluse tutte le persone come sopra indicate risultanti dallo stato di famiglia.

I contributi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

- | | |
|---------------------------------------|----------------|
| a) coniuge o convivente “more uxorio” | € 96,00 |
| b) ogni figlio | € 72,00 |



6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto durante l'operatività del Piano stesso per le seguenti prestazioni:

- indennità giornaliera per ricovero dovuto a grande intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo capitolo "Elenco grandi interventi chirurgici");
- indennità giornaliera per ricovero con e senza intervento chirurgico, diverso da grande intervento chirurgico (compreso il parto naturale/cesareo, aborto terapeutico e spontaneo);
- indennità giornaliera per day-hospital medico e chirurgico;
- indennità giornaliera per intervento chirurgico ambulatoriale;
- ospedalizzazione domiciliare;
- spese per richiesta della cartella clinica;
- prestazioni di alta specializzazione;
- ticket sanitari per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso;
- ticket sanitari per pacchetto maternità;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio;
- ticket sanitari per trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di malattia;
- assistenza infermieristica domiciliare da ricovero;
- protesi ortopediche e acustiche;
- cure dentarie da infortunio;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- cure odontoiatriche, terapie conservative e prestazioni diagnostiche odontoiatriche diverse da protesi e ortodonzia;
- cure odontoiatriche a seguito di prestazioni di emergenza;
- prestazioni di implantologia (minimo 3 impianti);
- servizi di consulenza.



6.1. Indennità giornaliera per ricovero dovuto a grande intervento chirurgico

Per grandi interventi chirurgici si intendono quelli elencati al successivo capitolo “Elenco grandi interventi chirurgici”.

In caso di ricovero in istituto di cura dovuto da grande intervento chirurgico, l’Iscritto avrà diritto a un’indennità di **€ 100,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **60** giorni per anno associativo e nucleo familiare.

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

La copertura viene erogata indipendentemente dal fatto che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata.

6.2. indennità giornaliera per ricovero con e senza intervento chirurgico, diverso da grande intervento chirurgico (compreso il parto naturale/cesareo, aborto terapeutico e spontaneo)

In caso di ricovero in istituto di cura con o senza intervento chirurgico, (diverso da grande intervento chirurgico) compreso il parto, l’Iscritto

avrà diritto a un’indennità di **€ 75,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **30** giorni per anno associativo e nucleo familiare.

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

La copertura viene erogata indipendentemente dal fatto che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata.



6.3. Indennità giornaliera per day-hospital medico e chirurgico

In caso di day-hospital, l'Iscritto avrà diritto a un'indennità di

- in caso di **day-hospital medico € 30,00** per ogni giorno di day-hospital, per un periodo non superiore a **5** giorni per anno associativo e nucleo familiare;
- in caso di **day-hospital chirurgico € 50,00** per ogni giorno di day-hospital, per un periodo non superiore a **5** giorni per anno associativo e nucleo familiare.

La copertura viene erogata indipendentemente dal fatto che il day-hospital avvenga presso una struttura pubblica o privata.

6.4. Indennità giornaliera per intervento chirurgico ambulatoriale

In caso d'intervento chirurgico ambulatoriale, l'Iscritto avrà diritto ad una indennità di **€ 30,00** per evento per un massimo di **2** eventi per anno associativo e nucleo familiare.

La copertura viene erogata indipendentemente dal fatto che l'intervento chirurgico ambulatoriale avvenga presso una struttura pubblica o privata.

6.5. Ospedalizzazione domiciliare

Il Piano sanitario, per un periodo di **120** giorni successivi alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile dal Piano stesso e avvenuto dopo la sua data di effetto, prevede la copertura per servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, tendente al recupero della funzionalità fisica.



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

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo Altea, per il tramite di Unisalute, alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Iscritto. Il Fondo Altea concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato**

Le prestazioni, previa valutazione del programma medico/riabilitativo

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 4.000,00 per persona
--

suddetto, vengono rimborsate nella misura dell'**80%** per evento.

6.6. Spese per richiesta della cartella clinica

In caso di ricovero e day-hospital, in copertura di polizza, è previsto il rimborso del **50%** delle spese per la richiesta della cartella clinica.

Ai fini del rimborso, l'Iscritto, dovrà presentare copia della fattura / ricevuta fiscale.

6.7. Prestazioni di alta specializzazione

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



Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cisternografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angi RMN)



- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopofisioterapico

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo Altea, per il tramite di Unisalute, alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'Iscritto. L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **70%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 40,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo Altea, è necessario che l'Iscritto alleggi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

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

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 5.000,00 per nucleo familiare.
--



6.8. Ticket sanitari per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso

Il Piano sanitario provvede al rimborso integrale dei ticket sanitari conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale per:

- visite specialistiche;
- accertamenti diagnostici;
- Pronto Soccorso.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 750,00 per nucleo familiare.

6.9. Ticket sanitari per pacchetto maternità

Il Piano sanitario, con finalità di tutela della maternità, provvede al rimborso delle spese per i ticket sanitari per le seguenti spese sostenute in gravidanza:

- ecografie di controllo;
- amniocentesi;
- prelievo villi coriali;
- analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza;
- visite specialistiche di controllo sull'andamento della gravidanza.

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 30,00** per ogni invio.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 500,00 per nucleo familiare.

6.10. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione



sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo Altea, per il tramite di Unisalute, alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'Iscritto. L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per ogni fattura/persona. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo Altea, è necessario che l'Iscritto alleggi alla copia della fattura la copia del certificato di Pronto Soccorso e della richiesta del medico curante contenente la patologia.

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

Il Fondo Altea rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo Altea, è necessario che l'Iscritto alleggi alla copia della fattura la copia del certificato di Pronto Soccorso e della richiesta del medico curante contenente la patologia.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di € 300,00
per nucleo familiare.**



6.11. Ticket per trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di malattia

Il Piano sanitario provvede al rimborso integrale dei ticket sanitari per i trattamenti fisioterapici a seguito di malattia, esclusivamente a fini riabilitativi.

Sono escluse dalla copertura prestazioni quali linfodrenaggio, pressoterapia e shiatsu. È prevista l'agopuntura effettuata anche a fini antalgici.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di € 200,00
per nucleo familiare.**

6.12. Assistenza infermieristica domiciliare da ricovero

Il Piano sanitario, a seguito di ricovero della durata di almeno 5 giorni, rimborsa le spese di assistenza infermieristica domiciliare nel limite di **€ 30,00** al giorno per i primi **30** giorni successivi alla data di dimissione, purché debitamente fatturate.

6.13. Protesi ortopediche e acustiche

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

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'80% e con un minimo non indennizzabile di **€ 100,00** per fattura/persona.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di € 1.000,00
per nucleo familiare.**



6.14. Cure dentarie da infortunio

In deroga a quanto previsto al paragrafo 7 “Casi di non operatività del piano” al punto 3, il Piano sanitario liquida all’Iscritto le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

- radiografie e referti radiologici;
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell’evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali;
- scheda anamnestica odontoiatrica.

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

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

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **75%** con l’applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 100,00** per ogni fattura/persona. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo Altea, è necessario che l’Iscritto allegghi alla copia della fattura la documentazione sopra indicata.

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

Il Fondo Altea rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell’Iscritto.

Per ottenere il rimborso da parte del Fondo Altea, è necessario che

l’Iscritto allegghi alla copia della fattura la documentazione sopra indicata.



**La disponibilità annua per la presente copertura è di € 750,00
per nucleo familiare.**

6.15. Prestazioni odontoiatriche particolari

In deroga a quanto previsto al paragrafo “Casi di non operatività del piano” al punto 3, il Piano sanitario provvede al pagamento, del “pacchetto” di prestazioni odontoiatriche particolari (fruibile una volta l’anno in strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo Altea indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione).

Le prestazioni sottoindicate, che costituiscono il “pacchetto”, sono le seguenti:

- **Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo** mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l’igiene orale, **fino ad un massimo di € 60,00.**

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell’Iscritto, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con il Fondo Altea, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell’arco dello stesso anno associativo, il Fondo Altea, per il tramite di Unisalute, provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

Restano invece a carico dell’Iscritto, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.



6.16. Cure odontoiatriche, terapie conservative e prestazioni diagnostiche odontoiatriche diverse da protesi e ortodonzia e cure odontoiatriche a seguito di prestazioni di emergenza

6.16.1 Cure odontoiatriche, terapie conservative e prestazioni diagnostiche odontoiatriche diverse da protesi e ortodonzia

In deroga a quanto previsto al paragrafo “Casi di non operatività del piano” al punto 3, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per cure odontoiatriche, terapie conservative e prestazioni diagnostiche odontoiatriche diverse da protesi e ortodonzia.

Sono comprese le sedute di ablazione tartaro solo se inserite in un piano di cure.

- **La copertura è operante solo in caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da Unisalute per il Fondo Altea**

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

6.16.2 Cure odontoiatriche a seguito di prestazioni di emergenza

In deroga a quanto previsto al paragrafo “Casi di non operatività del piano” al punto 3, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per cure odontoiatriche d'emergenza quali: ascessi, cure dentarie con dolore radicolare, pulpiti.

La patologia che ha richiesto la prestazione di cui sopra e la relativa urgenza devono essere certificate dal medico odontoiatra che è intervenuto.

In aggiunta a quanto previsto al punto “Prestazioni odontoiatriche



particolari”, rientrano in garanzia eventuali visite odontoiatriche e/o rx endorale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche alle cure o alle terapie stesse e si rendano necessarie.

- **La copertura è operante solo in caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da Unisalute per il Fondo Altea**

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

La disponibilità annua per l’insieme delle prestazioni di cui al punto 6.15. è di € 50,00 per persona.

6.17. Prestazioni di implantologia (minimo 3 impianti)

In deroga a quanto previsto al paragrafo “Casi di non operatività del piano” al punto 3, il Piano sanitario provvede al pagamento delle prestazioni di implantologia dentale.

La copertura opera nel caso di applicazione di tre o più impianti previsti dal medesimo piano di cura.

- **La copertura è operante solo in caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da Unisalute per il Fondo Altea**

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

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all’installazione degli impianti.

Rientrano in copertura il posizionamento dell’impianto, l’eventuale avulsione, l’elemento definitivo, l’elemento provvisorio e il perno/moncone relativi ai 3 o più impianti.

Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il limite di spesa sopra indicato, l’importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall’Iscritto alla struttura convenzionata.



**La disponibilità annua per la presente copertura è di € 1.500,00
per nucleo familiare.**

6.18. Servizi di consulenza

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-009614** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

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 tickets, 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** da Unisalute per il Fondo Altea.

c) Pareri medici immediati

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



7. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

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

Il Piano sanitario non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la copertura opererà soltanto 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;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Iscritto che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque



tipo;

9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
12. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
14. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

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

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



8. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

8.1. Decorrenza e durata dell'assicurazione

La polizza ha efficacia dal 01/01/2024 al 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".

8.2. Inclusioni/esclusioni

Non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per i familiari, i quali non abbiano aderito alla stessa entro i termini previsti, fatto salvo eventuali finestre di adesione previste al rinnovo annuale.

1) Inclusione del coniuge o del convivente "more uxorio" e dei figli risultanti dallo stato di famiglia

Il coniuge o il convivente "more uxorio" e i figli tutti risultanti da stato di famiglia, devono essere inclusi mediante invio alla Società del file contenente i nominativi entro il 26/03/2026 e pagamento del relativo premio.

Alle scadenze annuali del contratto i familiari suindicati inseriti nella copertura potranno essere esclusi; in questo caso, non potranno più essere reinseriti.

4) Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro del dipendente, gli eventuali familiari assicurati verranno mantenuti in copertura fino alla fine dell'annualità assicurativa.

8.3. Validità territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo.



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

Potrai così usufruire di un servizio garantito 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.

8.4. Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **74°** anno di età del dipendente, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale, al compimento del **75°** anno d'età da parte del dipendente stesso; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il dipendente.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il **74°** anno di età, il Piano sanitario cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Iscritto.

8.5. Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Altea

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

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate

La documentazione di spesa ricevuta in copia viene conservata e



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

8.6. Foro competente

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

8.7. Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, in particolar modo sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, devono essere inoltrati utilizzando l'apposito modulo 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.

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

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

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve ed esauritiva descrizione del motivo di lamentela;



- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

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

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

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

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



- procedura di 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.

8.8. Diritto all'oblio oncologico

Il 2 gennaio 2024 è entrata in vigore la Legge 7 dicembre 2023 n. 193 che ha introdotto il cosiddetto “Diritto all'Oblio Oncologico” che stabilisce il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica da più di 10 anni (5 anni nel caso in cui la patologia oncologica sia insorta prima dei 21 anni di età) a non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione di salute nella fase di stipula o successivamente, nonché in fase di rinnovo di contratti relativi a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi. Pertanto, laddove tali informazioni fossero erroneamente dichiarate dall'Assicurato o fossero già note alla Compagnia, le stesse non potranno essere utilizzate per la determinazione delle condizioni contrattuali.

Il successivo Decreto del 22 marzo 2024, ha poi stabilito che per alcune patologie oncologiche si applicano termini inferiori rispetto a quelli generali sopra indicati.

Inoltre, l'ulteriore Decreto del 05 luglio 2024 ha introdotto la disciplina delle modalità e delle forme per la certificazione della



sussistenza dei requisiti necessari ai fini della normativa sull'oblio oncologico.

Sono previsti ulteriori decreti attuativi e provvedimenti che completeranno il quadro normativo in materia.

Per saperne di più e per tutti gli aggiornamenti normativi, l'Assicurato può consultare l'Informativa sempre aggiornata sul sito www.unisalute.it alla pagina dedicata.

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

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

8.10. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

1. Informazioni generali

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

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

La Società è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 20-11-1989 n. 18340 (G.U. 4-12-1989 n. 283), D.M. 8-10-1993 n. 19653 (G.U.



25-10-1993 n.251), D.M. 9-12-1994 n.20016 (G.U. 20-12-1994 n. 296) e Prov. Isvap n.2187 dell'8-05-2003 (G.U. 16-05-2003 n.112). Numero di iscrizione all'Albo delle Imprese Assicurative: 1.00084.

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2025, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 340,4 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 150,6 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unisalute.it, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2025, è pari ad € 156,4 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 39,1 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri pari ad € 342,8 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2025, pari a 2,19 volte il requisito patrimoniale di solvibilità e 8,77 volte il requisito minimo di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.



9. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

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

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia



CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari



- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio



CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in copertura solo in caso di neonati iscritti dal momento della nascita)

- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

