

UNISALUTE



Piano sanitario Integrativo ENPAV



GUIDA AL PIANO
SANITARIO

Servizio di consulenza ai clienti

**Numero Verde
800- 822455**

dall'estero: prefisso per l'Italia
+ 051.63.89.046

orari:
8,30 – 19,30 dal lunedì al venerdì

Per tutte le prestazioni dell'Area Ricovero
è OPPORTUNO contattare
preventivamente il numero sopra
indicato.

In applicazione delle nuove disposizioni del Decreto Legislativo 209/2005 art.185 "Informativa al contraente" la Società informa che:

- la legislazione applicata al contratto è quella italiana;
- Reclami Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

Unisalute S.p.A. - Funzione Reclami Via del Gomito, 1 - 40127 Bologna
fax 051- 6386125 e-mail reclami@unisalute.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. I reclami indirizzati all'ISVAP 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 descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Compagnia: www.unisalute.it. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione delle responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà **di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.**

Guida al Piano sanitario Integrativo ENPAV

Questo manuale è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo; in nessun caso può sostituire Il Piano sanitario, della quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali.

Il Piano resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

UNISALUTE



1. Sommario

2.	INTRODUZIONE	7
3.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	8
3.1.	Per prima cosa contatta Unisalute	8
3.2.	Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	8
3.3.	Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	10
3.4.	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	11
3.5.	Professione intramuraria	11
4.	SERVIZI ON LINE RISERVATI AI CLIENTI.....	12
4.1	Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi?	12
4.2	Come faccio a prenotare on-line presso le strutture sanitarie convenzionate?	12
4.3	Come faccio ad aggiornare on-line i miei dati?	13
4.4	Come faccio a chiedere on-line il rimborso di un sinistro?	13
4.5	Come faccio a consultare l'estratto conto on-line lo stato dei miei sinistri?	14
4.6	Come faccio a consultare il mio Piano sanitario e le strutture sanitarie ?	14
4.7	Come posso ottenere pareri medici on-line?	14
5.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	15
6.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	15
6.1.	Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio	15
6.2.	Trasporto sanitario	17
6.3.	Day-hospital a seguito di malattia e infortunio	17
6.4.	Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio	18
6.5.	Parto e aborto terapeutico	18
6.6.	Indennità sostitutiva	19
6.7.	Rimpatrio della salma	19
6.8.	Il limite di spesa annuo dell'area ricovero	19
6.9.	Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	19
6.10.	Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio	20
6.11.	Prevenzione	21
6.12.	Protesi ortopediche	22
6.13.	Servizi di consulenza	22
7.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO.....	23
8.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	24
8.1.	Termini di aspettativa	24
8.2.	Patologie particolari	25
8.3.	Inclusioni/esclusioni	25
8.4.	Estensione territoriale	27
8.5.	Limiti di età	27
8.6.	Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)	28
8.7.	Informative sui rapporti con il Beneficiario	28
9.	CONTRIBUTI.....	29

MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO E INFORMATIVA PRIVACY AL CENTRO GUIDA

2. Introduzione

Con la “Guida al Piano sanitario” intendiamo offrirle un utile supporto per la comprensione e l’utilizzo del Piano.

Il nostro obiettivo è di fornirle un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della Sua collaborazione.

All’interno della guida troverà quindi l’indicazione delle modalità da seguire qualora debba utilizzare il Piano.

La preghiamo di attenersi scrupolosamente a queste modalità, così da poterla assistere con la sollecitudine che ci è propria.

Il Piano sanitario integrativo per gli associati ENPAV rappresenta un’importante risposta ad un’esigenza che si va facendo sempre più pressante: quella di offrire l’opportunità di integrare, con prestazioni private a pagamento, quelle del sistema sanitario pubblico, soprattutto quando questo manifesta delle carenze in termini di qualità o di lunghezza dei tempi di attesa.

Inoltre, mentre le polizze sanitarie tradizionali operano a posteriori e si limitano ad offrire un rimborso di prestazioni per le quali il cliente ha già anticipato il costo, il Piano sanitario fornito da Mutua Più vi consente di usufruire di centri specializzati e medici qualificati, nella rete convenzionata UniSalute (case di cura, poliambulatori, centri diagnostici, medici) su tutto il territorio nazionale, che eroga servizi di elevata qualità e per i quali paga direttamente la Compagnia di assicurazioni.

Per fare questo UniSalute si avvale di una centrale operativa costituita da operatori specializzati e medici che fornisce servizi di consulenza per dare informazioni sulla copertura del piano sanitario, dare chiarimenti su diagnosi e sulle modalità di rimborso dal S.S.N. e prenotare le prestazioni sanitarie previste dal piano.

Nella rete convenzionata Unisalute inoltre i clienti godono di sconti e agevolazioni anche per prestazioni che non siano coperte dalle garanzie del Piano sanitario acquistato.

Perché l’adesione ad una mutua?

L’accordo convenzione con una mutua produce significativi vantaggi fiscali per l’associato: possibilità di detrarre in sede di dichiarazione dei redditi il 19% fino ad un massimo di € 1.291,14 annui (in base alla normativa vigente), del contributo associativo versato alla mutua, e di detrarre la quota delle spese mediche sostenute, secondo le modalità definite dalle leggi fiscali in vigore, eventualmente non rimborsata dalla Compagnia di assicurazioni.

3. Come utilizzare le prestazioni del Piano sanitario

3.1. Per prima cosa contatta Unisalute

In caso di **ricovero** occorre contattare il più presto possibile la Centrale Operativa di UniSalute al **numero verde gratuito indicato a inizio guida**. Gli Operatori e i Medici della Centrale Operativa sono sempre disposizione per verificare la compatibilità delle prestazioni richieste con il Piano sanitario.

Qualora la prestazione richiesta non fosse compresa nel Piano sanitario i medici sono a disposizione per aiutare il Cliente a scegliere percorsi di diagnosi e cura alternativi ed egualmente soddisfacenti.

Nel caso in cui motivi di urgenza impediscano il preventivo ricorso alla Centrale Operativa sarà bene farlo al più presto, avendo cura, nel frattempo, di raccogliere la maggior documentazione possibile sugli eventi relativi a quello specifico iter di cura (prescrizioni mediche, cartelle cliniche, fatture).

E' bene chiarire che le prestazioni previste dal Piano sanitario, che verranno successivamente illustrate in modo dettagliato, prevedono differenti modalità di utilizzo qui di seguito riportate.

In caso di **visita o esame** in una struttura sanitaria convenzionata con Unisalute ti consigliamo di effettuare la **prenotazione on line sul sito www.unisalute.it** come indicato nel capitolo 4 della presente guida. E' molto più semplice e ti permette di risparmiare tempo.

Se non hai modo di collegarti a internet puoi comunque telefonare al numero verde delle Centrale Operativa indicato nel retro della copertina.

3.2. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute

UniSalute ha predisposto un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private.

L'elenco, sempre aggiornato, è disponibile su www.unisalute.it nell'area riservata ai clienti o telefonando alla Centrale Operativa.

Tutti i centri garantiscono un'ottima offerta in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.

Il Beneficiario, utilizzando le strutture convenzionate, gode di vantaggi rilevanti:

- non deve sostenere alcun esborso di denaro (fatto salvo quanto previsto dal tuo Piano) poiché i pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra UniSalute e la struttura convenzionata;
- può utilizzare, per le prenotazioni delle prestazioni garantite dal Piano sanitario, la Centrale di Assistenza Clienti UniSalute

contattabile mediante il numero verde gratuito indicato nel retro della copertina;

- l'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi e in presidi sanitari che garantiscono alti livelli di qualità e di efficienza.

All'atto dell'effettuazione della prestazione (che deve essere preventivamente autorizzata dalla Centrale Operativa), il Beneficiario dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante, contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

- **In caso di ricovero** dovrà inoltre sottoscrivere il modulo contenente gli impegni da lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e, all'atto delle dimissioni, la documentazione di spesa (fatture e ricevute).

All'atto della dimissione dall'istituto di cura non dovrà far altro che firmare un modulo contenente l'elenco dei servizi ricevuti e lasciare la richiesta del suo medico di fiducia, così che possa essere unita alla documentazione. Sarà UniSalute ad occuparsi del pagamento e di ogni altra questione che dovesse presentarsi (escluse le spese non strettamente relative alla degenza: come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc. che vengono pagate direttamente dal Cliente).

UniSalute provvederà a pagare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie **autorizzate** con i limiti sopra enunciati.

- **In caso di prestazione extraricovero**, il Beneficiario dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

Il Beneficiario dovrà 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, argomento che affronteremo in dettaglio più avanti.

Attenzione

Prima di avvalersi delle prestazioni in una struttura convenzionata, occorre accertarsi sempre, tramite gli operatori della Centrale Operativa, che i medici scelti all'interno della struttura abbiano aderito alla convenzione con UniSalute. E' sufficiente contattare la Centrale Operativa per avere quest'informazione o il nominativo di medici in alternativa.

3.3. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute

Per garantire al Cliente la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario prevede anche la facoltà di avvalersi di strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute.

In questo caso il rimborso delle spese sostenute avverrà con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni.

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

All'atto delle dimissioni il Beneficiario dovrà saldare le fatture e le note spese. **Per richiederne il rimborso**, il Beneficiario deve inviare direttamente alla sede di **UniSalute (Via del Gomitto, 1 - 40127 Bologna)** la documentazione necessaria:

- il modulo di richiesta rimborso compilato e sottoscritto, che si trova allegato alla presente guida oppure sul sito www.unisalute.it al termine della procedura di Denuncia del sinistro on line (vedi capitolo 4);
- 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;

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;
- 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 delle richieste di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, Unisalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante al Beneficiario viene effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra.

E' bene sapere che il Beneficiario dovrà consentire controlli medici eventualmente disposti da Unisalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente alla malattia denunciata, anche mediante il rilascio di una specifica autorizzazione che serve per superare il vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

3.4. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

Avvalersi di strutture sanitarie private vuol dire godere di notevoli vantaggi, in termini di professionalità, comfort e qualità del servizio. Ma non bisogna dimenticare che in Italia il servizio pubblico mette a disposizione dei cittadini ottime soluzioni di cura, alcune delle quali veramente convenienti e all'avanguardia.

Nel caso in cui il Beneficiario decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., il Piano sanitario predispone due soluzioni, tra loro in alternativa, per il recupero delle spese che dovessero essere comunque effettuate all'interno delle strutture pubbliche, salvo quanto previsto nelle singole prestazioni del Piano sanitario.

- Qualora il Beneficiario sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il Piano sanitario rimborsa integralmente quanto anticipato dal Beneficiario;
- Corresponsione in alternativa di un'indennità sostitutiva giornaliera in caso di ricovero, le cui modalità descriveremo più avanti.

In entrambi i casi per richiedere il rimborso occorre seguire le modalità descritte nel punto precedente (3.3).

3.5. Professione intramuraria

Se il ricovero avviene in un reparto a pagamento all'interno di un ospedale pubblico si parla di professione intramuraria e il costo rimane a carico del paziente. UniSalute, però, liquiderà le richieste di rimborso con modalità varianti a seconda che il reparto a pagamento della struttura pubblica sia o meno convenzionato con UniSalute. Nei due casi valgono le norme appena esposte (3.2 e 3.3).

4. Servizi on line riservati ai clienti

L'utilizzo di internet ti permette di accedere a comodi servizi per velocizzare e semplificare al massimo tutte le tue operazioni di rimborso e di aggiornamento dei tuoi dati. In questa sezione ti presentiamo i servizi on-line a tua disposizione sul sito.

Tutte le informazioni che riguardano il rapporto con UniSalute sono disponibili *on-line* sul sito www.unisalute.it, dove è possibile accedere ad una serie di funzionalità riservate agli associati **Mutuapiù coperti da piani sanitari UniSalute**, pensate appositamente per agevolarli nell'utilizzo del Piano sanitario.

- Prenotare direttamente on line presso le strutture convenzionate le visite o gli esami non connessi ad un ricovero
- verificare e aggiornare i propri dati e le proprie coordinate bancarie
- denunciare i sinistri e stampare il modulo di richiesta rimborso
- verificare lo stato di lavorazione dei sinistri inviatici
- consultare l'estratto conto on line
- consultare le prestazioni del proprio Piano sanitario
- consultare l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate
- ottenere pareri medici on line

4.1 Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area Clienti riservata?

E' semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata alla Registrazione Clienti che trovi sul sito www.unisalute.it.

Come faccio a registrarmi al sito e a conoscere la mia Username e Password?

Nella home page del sito www.unisalute.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 on-line le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?

Attraverso il sito puoi prenotare presso le strutture convenzionate solo visite e/o esami. In caso di ricovero è sempre necessario contattare preventivamente la Centrale Operativa al numero verde indicato a inizio guida.

Una volta effettuato il log-in al sito, basta cliccare sul Pulsante Blu “Prenotazione visite/esami”. In base alle tue esigenze puoi:

- prenotare direttamente la prestazione compilando l'apposito form;
- richiedere a UniSalute l'autorizzazione ad eseguire la prestazione dopo che l'hai prenotata autonomamente;
- visualizzare tutti i dettagli relativi alla tua prenotazione;
- disdire o cambiare una prenotazione;

4.3 Come faccio ad aggiornare on-line i miei dati?

Effettua il log-in al sito cliccando su Entra/Login e clicca sul pulsante VERDE “aggiorna i tuoi 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

Potrai infatti ricevere **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** che ci ha inviato per il rimborso; **richiesta del codice IBAN**, se mancante; **conferma dell'avvenuto pagamento del sinistro**.

4.4 Come faccio a chiedere on-line il rimborso di un sinistro?

Effettua il log-in al sito cliccando su Entra/Login e clicca sul pulsante ROSSO “sinistri/rimborsi”.

La procedura è semplice e ti consente di **velocizzare i tempi di elaborazione dei documenti e quindi di rimborso**. Per permetterti un rapido e corretto caricamento dei documenti relativi ai sinistri puoi consultare la guida on-line “come caricare i documenti” ed utilizzare le note posizionandoti con il puntatore del mouse sopra il simbolo 

Alla fine la procedura propone di stampare il Modulo di richiesta rimborso/denuncia del sinistro.

Per ottenere il rimborso ricordati di stamparlo e di inviarlo a UNISALUTE S.p.A - Via del Gomito, 1 40127 Bologna, unitamente a copia di tutta la documentazione relativa al sinistro.

4.5 Come faccio a consultare l'estratto conto on-line e quindi lo stato dei miei sinistri?

Esegui il Login al sito cliccando su Entra/Login e **clicca sul pulsante ROSSO "sinistri/rimborsi"**.

L'estratto conto on-line è stato realizzato per fornirti 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 tuo sinistro, visualizzare per quali sinistri devi inviare documentazione mancante, accelerando così la procedura di rimborso, oppure le motivazioni del mancato pagamento.

Puoi visualizzare tutte le informazioni di tuo interesse:

- quelle personali;
- quelle di tutta la famiglia;
- quelle dell'anno passato per necessità fiscali;
- quelle in corso;

E' inoltre possibile visualizzare lo stato dei sinistri:

- pagati;
- non rimborsabili;
- in fase di lavorazione;

Inoltre per ogni documento tuo e dei tuoi familiari vengono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo che abbiamo rimborsato e quello rimasto a tuo carico.

La quota che non ti viene rimborsata, rappresenta il valore che puoi detrarre dalla dichiarazione dei redditi tra le spese mediche. Tutte le pagine visualizzate sono stampabili. In questo modo non devi aspettare che ti venga recapitato per posta l'estratto conto, e puoi evitare così possibili inconvenienti legati ai disguidi postali.

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 **clicca sul pulsante ARANCIO "le prestazioni del tuo piano e le strutture sanitarie convenzionate"**. Seleziona la funzione di tuo interesse per visualizzare le prestazioni del tuo Piano sanitario o l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

4.7 Come posso ottenere pareri medici on-line?

Nell'Area Clienti hai a disposizione la funzione "il medico risponde", attraverso la quale puoi ottenere pareri medici on-line, 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.

5. Le persone per cui è operante la copertura

Gli iscritti, i pensionati ed i cancellati dall'Ente possono acquistare il Piano Sanitario Integrativo per sé e per i propri familiari.

Qualora sia stata effettuata l'estensione al nucleo familiare della copertura base prevista dal piano Base collettivo, la copertura può essere estesa, con versamento del relativo contributo a carico del Beneficiario, al coniuge o al convivente "more uxorio" e ai figli, conviventi o non conviventi purché fiscalmente a carico o nei confronti dei quali vi sia l'obbligo del mantenimento. Nel caso di inserimento del nucleo familiare, dovranno essere incluse tutte le persone cui è stata estesa la copertura del piano base collettivo.

6. Le prestazioni del Piano sanitario

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto dopo la data di effetto della copertura, fermo restando le disposizioni di cui ai successivi punti 8.1 e 8.2, per le spese sostenute dal Beneficiario per:

- ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio;
- day-hospital a seguito di malattia e infortunio;
- intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio;
- parto e aborto terapeutico;
- rimpatrio della salma;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio;
- prevenzione;
- protesi ortopediche e acustiche;
- servizi di consulenza.

6.1. Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora il Beneficiario venga ricoverato per effettuare cure mediche o chirurgiche può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
Intervento chirurgico	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
Assistenza medica, medicinali, cure	Prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.
Rette di degenza	Non sono comprese nella prestazione le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 210,00 al giorno.
Accompagnatore	Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera, ove non sussista disponibilità ospedaliera. L'indisponibilità all'accoglienza nella struttura deve essere attestata dalla struttura medesima. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con Unisalute, la prestazione è garantita nel limite di € 100,00 al giorno.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
Post-ricovero	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi nella prestazione i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

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

Le spese per le prestazioni erogate al Beneficiario vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o minimo non indennizzabile, ad eccezione della prestazione "Assistenza infermieristica privata individuale", che prevede specifici limiti.

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

Le prestazioni vengono rimborsate lasciando una quota del **10%** a carico del beneficiario con un minimo non indennizzabile di **€ 500,00** ed il massimo non indennizzabile di **€ 1.750,00**, ad eccezione delle prestazioni "Retta di degenza", "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale", che prevedono specifici limiti.

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

Tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate in forma rimborsuale da UniSalute con l'applicazione dello scoperto o del minimo/massimo non indennizzabile previsti per il ricovero in strutture non convenzionate.

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

UniSalute rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari rimasti a carico del Beneficiario. In questo caso, però, il Beneficiario non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva (par. 6.6).

6.2. Trasporto sanitario

Il Piano sanitario rimborsa le spese di trasporto del Beneficiario in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 2.000,00** per ricovero.

6.3. Day-hospital a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di day-hospital (degenze diurne in Istituto di cura che non prevedono il pernottamento nella struttura sanitaria), il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte ai paragrafi 6.1 "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 6.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

Questa prestazione non è operante per le visite specialistiche, le

analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

6.4. Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al paragrafo 6.1. “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” punti “Pre-ricovero”, “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Post-ricovero” e 6.2 “Trasporto sanitario”, con i relativi limiti in essi indicati.

6.5. Parto e aborto terapeutico

6.5.1 Parto cesareo

In caso di parto cesareo, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi 6.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” punti “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Retta di degenza”, “Accompagnatore”, “Post-ricovero”, e 6.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La prestazione è garantita fino ad un massimo di € 6.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole prestazioni, ad eccezione di quanto previsto per la sola prestazione 6.2 “Trasporto sanitario”.

6.5.2 Parto non cesareo e aborto terapeutico

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi 6.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio ” punti “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Retta di degenza”; relativamente alle prestazioni “post-ricovero” vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 6.1 “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”, punto “Post-ricovero”, e 6.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La prestazione è garantita fino ad un massimo di € 3.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole prestazioni, ad eccezione di quanto previsto per la sola prestazione 6.2 “Trasporto sanitario”.

6.6. Indennità sostitutiva

Il Beneficiario, qualora non richieda alcun rimborso ad Unisalute, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 100,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ricovero. 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 € 100,00 per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

6.7. Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.000,00 per anno e per nucleo familiare.

6.8. Il limite di spesa annuo dell'area ricovero

Con limite di spesa annuo si intende una cifra oltre la quale il Piano sanitario o una sua parte non possono rimborsare.

Il Piano sanitario prevede quindi un limite di spesa annuo che ammonta a € 200.000,00 per anno associativo e per nucleo familiare.

Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni. La copertura riprenderà l'anno successivo e con il nuovo pagamento di contributo, per gli eventi che accadessero nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente.

6.9. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Rientra nella prestazione esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

• In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati

Le spese per le prestazioni erogate al Beneficiario vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o minimo non indennizzabile. Il Beneficiario dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **75%** con il minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che il Beneficiario allegghi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che il Beneficiario allegghi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La disponibilità annua per la presente prestazione è di :
€ 750,00 per persona se al Piano sanitario ha aderito il singolo Beneficiario;
€ 1.200,00 per nucleo familiare se al Piano sanitario ha aderito anche il 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 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 convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate al Beneficiario vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l’applicazione di alcuno scoperto o minimo non indennizzabile. Il Beneficiario dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante come sopra indicato.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **75%** con il minimo non indennizzabile di **€ 70,00** per ogni ciclo di terapia. Per

ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che il Beneficiario alleggi alla fattura la richiesta del medico curante come sopra indicato e copia del certificato di Pronto Soccorso.

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

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari suo carico. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che il Beneficiario alleggi alla fattura la richiesta del medico come sopra indicato e copia del certificato di Pronto Soccorso.

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

6.11. Prevenzione

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazione previste per gli uomini

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- PSA

Prestazione previste per le donne

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Pap-test

6.12. 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'**90%** con l'applicazione di una franchigia di **€ 25,00** per fattura

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

6.13. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-822455** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

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

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

c) Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia il Beneficiario 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 prestazione prevista; nel nostro caso non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal piano.

Non sono garantite dal Piano sanitario le spese sostenute per i seguenti eventi:

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;
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. i ricoveri causati dalla necessità del Beneficiario 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 del Beneficiario 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.
7. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;

8. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
9. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
10. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dal Beneficiario;
11. 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;
12. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

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

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

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

8. Alcuni chiarimenti importanti

8.1. Termini di aspettativa

Le prestazioni decorrono dalle ore 24:

- del giorno di effetto del Piano sanitario per gli infortuni;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto del Piano sanitario per le malattie;
- del 60° giorno successivo a quello di effetto del Piano sanitario per l'aborto terapeutico e le malattie dipendenti da gravidanza;
- del 150° giorno successivo a quello di effetto del Piano sanitario, per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione del Piano sanitario;
- del 150° giorno successivo a quello di effetto del Piano sanitario per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dal Beneficiario, ma insorti anteriormente alla stipulazione del Piano sanitario;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto del Piano sanitario per il parto e le malattie da puerperio;

- del 1° giorno del VI anno associativo successivo a quello di effetto del Piano sanitario per le infezioni da HIV.

8.2. Patologie particolari

Le seguenti patologie verranno considerate in copertura anche se in essere all'atto della sottoscrizione del Piano sanitario:

- Miopia
- Cataratta;
- Varici;
- Emorroidi;
- Ricostruzione capsulo-legamentosa delle articolazioni (ad es. menisco, legamenti crociati), ecc.;
- Meniscectomia
- Calcolosi renale ed epatica;
- Diabete;
- Insufficienza renale;
- Malattie a carico della tiroide;
- Ipertrofia prostatica;
- Ernie: tutti i tipi.

Per esse verranno tuttavia osservate le seguenti modalità risarcitorie:

- Indennizzabilità nei due anni dalla sottoscrizione del Piano sanitario con riconoscimento di un importo forfetario di **€ 250,00** per ogni ricovero con intervento chirurgico relativo alle patologie sopraindicate; qualora il ricovero avvenga in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate con ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale, verrà corrisposta l'indennità sostitutiva prevista al punto 6.6 per un massimo di **3** giorni.
- Oltre tale termine temporale, i ricoveri con intervento chirurgico conseguenti alle patologie sopraindicate rientreranno a pieno titolo nelle prestazioni del Piano sanitario, sia nella forma di assistenza diretta sia nella forma rimborsuale.

8.3. Inclusioni/esclusioni

1) Associati Enpav

Gli associati all'Ente alla data di decorrenza della copertura potranno aderire al piano Integrativo solo per se stessi o anche per il nucleo familiare mediante compilazione ed invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo contributo entro e non oltre il 03/11/2010.

Qualora il Beneficiario abbia esteso la copertura prestata dal piano Base al nucleo familiare, potrà optare per una delle due seguenti soluzioni relativamente al piano Integrativo:

- a) associare solamente se stesso;
- b) inserire anche il nucleo familiare come incluso nel piano base.

I familiari come indicati al punto 5 “Le persone per cui è operante la copertura” debbono essere inseriti contestualmente al titolare.

Dopo tale data non sarà più possibile effettuare l’inserimento in copertura dei suddetti familiari, salvo che la Società e l’Ente non si accordino per una riapertura dei termini di adesione.

Nel caso di decadenza del diritto alla copertura dei componenti del nucleo familiare, il Piano sanitario nei loro confronti sarà operante fino alla scadenza annuale.

In caso di decesso dell’iscritto, del pensionato, del cancellato, gli eventuali familiari inseriti saranno mantenuti nel Piano sanitario fino alla scadenza annuale.

2) Inclusioni di familiari per variazione dello stato di famiglia

L’inclusione di familiari in un momento successivo alla data di inclusione del Beneficiario è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza, nuove nascite o, per i figli, nel caso di sopravvenuta ricorrenza delle condizioni per il diritto alla copertura. Essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell’apposito modulo secondo le modalità indicate sul modulo medesimo. Il Piano sanitario decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo contributo; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell’avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società, sempreché sia stato pagato il relativo contributo.

Il contributo da corrispondere sarà pari al 100% del contributo annuo qualora la nuova inclusione avvenga nel primo semestre associativo e al 60% del contributo annuo se l’inclusione ha luogo nel secondo semestre associativo.

3) Neoiscritti Enpav

Per poter aderire al presente Piano sanitario il neoisritto Enpav dovrà inviare il “Modulo di adesione al piano Integrativo”, debitamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto, alla Società. In tal caso l’adesione deve avvenire entro l’ultimo giorno del mese successivo a quello della comunicazione dell’iscrizione da parte dell’Ente alla Società. La copertura avrà effetto dal giorno in cui l’iscrizione viene comunicata dall’Ente alla Società nella sola forma rimborsuale, mentre nella forma di assistenza diretta decorrerà dalle ore 24 dell’ultimo giorno del mese successivo a quello di comunicazione. Il Piano sanitario cesserà alle ore 24 del 30/09/ 2011. Il contributo da corrispondere sarà pari al 100% del contributo annuo qualora la nuova inclusione avvenga nel primo semestre associativo e al 60% del contributo annuo se l’inclusione ha luogo nel secondo semestre associativo.

I figli e il coniuge o convivente “more uxorio” dei neoisritti ENPAV, possono essere inseriti contestualmente al titolare sempreché per il

nucleo familiare sia stata acquistata anche la Copertura Base. Dopo tale data non sarà più possibile effettuare l'inserimento in copertura dei suddetti familiari, fatto salvo quanto specificato al precedente punto 2.

Anche per questi familiari la copertura avrà effetto dal giorno in cui l'iscrizione viene comunicata dall'Ente alla Società nella sola forma rimborsuale, mentre nella forma di assistenza diretta decorrerà dalle ore dell'ultimo giorno del mese successivo a quello di comunicazione. Il Piano sanitario cesserà alle ore 24 del 30/09/2011.

4) Pensionati/cancellati dall' Enpav e eventuale nucleo familiare

I pensionati, inclusi i titolari di pensione indiretta e di reversibilità ed i cancellati Enpav, potranno aderire al Piano sanitario Integrativo, analogamente a quanto disposto per il piano Base, entro e non oltre il 03/11/2010, con le modalità indicate ai successivi articoli.

Coloro che non aderiscono entro tale termine non potranno più essere inclusi successivamente, salvo che la Società e l'Ente non si accordino per una riapertura dei termini di adesione.

Nel caso di decesso del pensionato, dell'iscritto o del cancellato gli eventuali familiari inseriti saranno mantenuti nel Piano sanitario fino alla scadenza annuale.

5) Cessazione dell'iscrizione all'ente/dimissione o sostituzione del rappresentante ministeriale o licenziamento/dimissione del dipendente

Nel caso di cessazione di iscrizione all'Ente del veterinario, di dimissione o sostituzione del rappresentante ministeriale o ancora di dimissione o licenziamento del dipendente, la copertura assicurativa avrà termine alla scadenza annuale di polizza.

6) Decesso dell'iscritto/dipendente/rappresentante ministeriale enpav

Nel caso di decesso dell'iscritto/dipendente/rappresentante ministeriale Enpav gli eventuali familiari assicurati saranno mantenuti in copertura fino alla scadenza annuale di polizza.

8.4. Estensione territoriale

Il Piano sanitario ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia.

8.5. Limiti di età

- Per l'iscritto non è previsto alcun limite di età.
- Per il pensionato è previsto un limite di età di 85 anni.
- Per il cancellato Enpav è previsto un limite di età di 85 anni.
- Per i familiari è previsto un limite di età di 85 anni per il coniuge o convivente "more uxorio" e di 30 anni per i figli.

I familiari inseriti, al compimento delle età sopraindicate, saranno mantenuti nel Piano sanitario fino alla scadenza annuale del Piano stesso.

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

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura al Beneficiario.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa ricevuta dalla Società in copia fotostatica viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre - qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali - si restituisce al Beneficiario, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

La Società, al fine di mantenere aggiornato il Beneficiario in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

- **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e non liquidate nel corso del mese;
- **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 del Beneficiario.

8.7. Informative sui rapporti con il Beneficiario

Ritenendo di soddisfare in questo modo le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli Iscritti sullo stato delle loro richieste di rimborso, UniSalute provvede ad inviare nel corso dell'anno i seguenti rendiconti:

ogni mese

Viene inviato un riepilogo delle eventuali richieste di rimborso sospese con l'indicazione della documentazione necessaria al completamento dell'istruttoria della pratica e di quelle non liquidate nel corso del mese passato.

Una volta l'anno, in tempo utile per gli adempimenti di legge, per facilitare la compilazione della dichiarazione dei redditi dei Beneficiari, viene inoltre inviato un riepilogo di tutte le richieste di

rimborso con l'indicazione, per ogni documento di spesa, dell'importo richiesto, di quello rimborsato e dell'eventuale quota rimasta a carico del Beneficiario.

Su detto documento, gli importi residui a carico del Beneficiario e gli eventuali documenti di spesa non liquidati, vengono indicati espressamente come spese detraibili dalla dichiarazione dei redditi.

9. Contributi

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

a) Iscritto Enpav	€ 520,50
b) pensionato/cancellato Enpav	€ 624,00
c) coniuge o convivente "more uxorio"	€ 426,00
d) ogni figlio	€ 284,00

Nel caso di inserimento dei figli debbono essere inclusi tutti quelli fiscalmente a carico.