TPLSALUTE

La tua salute,
sulla giusta strada.



GUIDA AL PIANO SANITARIO LAVORATORI

– FONDO TPL SALUTE –

CCNL Autoferrotranvieri – Internavigatori
CCNL Noleggio autobus con conducente e le relative attività correlate

Decorrenza garanzie 1° gennaio 2026

FILT CGIL

FIT-CISL
FEDERAZIONE ITALIANA TRASPORTI

UILTRASPORTI

FAISA CISAL

UGL Autoferro

asstra
IMPRESE IN MOVIMENTO

AGENS
Agenzia Confederale dei Trasporti e Servizi

ANAV
ASSOCIAZIONE NAZIONALE AUTOTRASPORTO VIAGGIATORI

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

Per tutte le prestazioni sanitarie previste vai su:

www.unisalute.it

24h su 24, 365 giorni l'anno

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

Numero Verde gratuito:

800 00 99 04

Per tutte le prestazioni odontoiatriche previste vai su:

www.onhc.it/odontonetwork

24h su 24, 365 giorni l'anno

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

Numero Verde gratuito:

800 92 82 13

AIG®

ONHC
SERVIZI SANITARI E WELFARE

TPLSALUTE

La tua salute,
sulla giusta strada.

Il **Fondo TPL Salute**, costituito il 3 dicembre 2020 grazie all'accordo tra le Organizzazioni Sindacali FILT CGIL, FIT CISL, UILTRASPORTI, FAISA CISAL, UGLFNA e quelle Datoriali ASSTRA, ANAV, AGENS, **è il Fondo Integrativo** del Servizio Sanitario Nazionale che garantisce ogni giorno la copertura e l'assistenza sanitaria ai tanti dipendenti delle imprese che applicano il CCNL Autoferrotranvieri – Internavigatori (TPL –Mobilità), CCNL Noleggio autobus con conducente e le relative attività correlate.

Offriamo ai nostri iscritti servizi per la prevenzione e cura delle patologie **su tutto il territorio nazionale,** dalla prenotazione delle **prestazioni specialistiche** e degli **esami diagnostici** al **rimborso** delle spese mediche fino all'erogazione di prestazioni di **assistenza sanitaria odontoiatrica**, all'interno di un selezionato network di strutture sanitarie, attraverso due primarie Compagnie assicurative: UniSalute per le prestazioni medico-sanitarie e AIG-ONHC per quelle odontoiatriche.

La vostra salute è un percorso che affrontiamo insieme, ogni giorno.

Accedi al sito **www.tplsalute.it**
e scopri i nostri servizi.

PIANO SANITARIO RIMBORSO SPESE MEDICHE E OSPEDALIERE UNISALUTE

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

- ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo Allegato 1 "Elenco grandi interventi chirurgici");
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche, ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi;
- pacchetto maternità;
- protesi ortopediche e acustiche;
- cure oncologiche;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- servizio Monitor Salute;
- stati di non autosufficienza consolidata/permanente;
- prestazioni a tariffe agevolate UniSalute;
- servizi di consulenza.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:

a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società
b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società
c) Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. PERSONE ASSICURATE

Il Piano Sanitario è prestato a favore dei dipendenti iscritti al FONDO TPL SALUTE come disciplinato dai "CCNL Autoferrotranvieri – Internavigatori" e "CCNL Noleggio autobus con conducente e relative attività correlate" in data 01/01/2026 che non abbiano manifestato espresso diniego all'attivazione della copertura entro la data di effetto indicata in polizza.

3. RICOVERO ISTITUTO DI CURA PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

(Si intendono per tali quelli elencati al Successivo Allegato 1 "Elenco grandi interventi chirurgici")

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche **effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.**

b) 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.
Qualora durante l'effettuazione dell'intervento chirurgico ci si avvalga dell'uso di un robot, le relative spese sono liquidate dalla Società con il massimo di **€ 2.500,00** per ricovero**.**

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso **di ricovero in istituto di cura non convenzionato** con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate **nel limite di € 200,00 al giorno**.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

Sia in caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato che in caso di ricovero in strutture sanitarie convenzionate con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel **limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero**.

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali **(escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.**

3.2 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato 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 € 1.000,00 per ricovero**.

3.3 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le **spese previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati**, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

3.4 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 € 1.500,00 per anno assicurativo** e per nucleo familiare.

3.5 NEONATI

La Società provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici **effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite**, comprese le spese per le prestazioni di cui ai punti **"Ricovero in Istituto di cura" lett. a) Pre-ricovero, b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore", g) "Post ricovero" nel limite annuo di € 10.000,00 per neonato** sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.

3.6 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate **senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:**

punto "Ricovero in istituto di cura":

- **lett. a) "Pre-ricovero";**
- **lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";**

punto "Trasporto sanitario";

punto "Rimpatrio della salma";

punto "Neonati";

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società
Nel caso in cui l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società, previo contatto con la Centrale Operativa, potrà rivolgersi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società**. In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 2.000,00 ad eccezione delle seguenti:**
punto "Ricovero in Istituto di cura":
- **lett. d) "Retta di degenza";**
- **lett. e) "Accompagnatore";**
- **lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";**

punto "Trasporto sanitario";
punto "Rimpatrio della salma";
punto "Neonati";
che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale
Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto "Indennità Sostitutiva".
Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, **la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva".**
Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

3.7 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per le prestazioni effettuate durante il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, **avrà diritto a un'indennità di € 50,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 50 giorni per ogni ricovero.**

3.8 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 75.000,00 per persona

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione (Casi di non operatività del piano)" al punto A.2, la Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica:
- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- 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 angio RMN) anche con mezzo di contrasto
– Scintigrafia
– Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale) anche con mezzo di contrasto

Terapie:
– Chemioterapia
– Cobaltoterapia
– Dialisi
– Radioterapia

Per l'attivazione della garanzia è **necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione.**
La patologia o il quesito diagnostico dovranno necessariamente essere contenuti nella prescrizione, non in referti o in fattura.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime **con l'applicazione di una franchigia di € 25,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.**

Nel caso in cui l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società, previo contatto con la Centrale Operativa, potrà rivolgersi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate **con l'applicazione di una franchigia di € 25,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.**

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, la Società rimborsa integralmente ticket sanitari**.**

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 4.000,00 per persona.

5. VISITE SPECIALISTICHE, TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PER PRONTO SOCCORSO

La Società provvede al pagamento delle **spese per visite specialistiche, per ticket per accertamenti diagnostici e per Pronto Soccorso conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.**
Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Per l'attivazione della garanzia è **necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione.**
La patologia o il quesito diagnostico dovranno necessariamente essere contenuti nella prescrizione, non in referti o in fattura.

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.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime **con l'applicazione di una franchigia di € 25,00 per ogni visita specialistica**.

Nel caso in cui l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società, previo contatto con la Centrale Operativa, potrà rivolgersi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate **con l'applicazione di una franchigia di € 25,00 per ogni visita specialistica.**

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.000,00 per persona.

6. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, **a seguito di infortunio in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, o a seguito di una delle patologie o interventi chirurgici di seguito elencati, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti 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.**

Patologie o interventi chirurgici:

- Ictus
- Infarto
- Ernia del disco
- Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale
- Artroprotesi d'anca
- Protesi ginocchio
- Patologie polmonari

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.**Nel caso in cui l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società, previo contatto con la Centrale Operativa**, potrà rivolgersi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società **rimborsa** integralmente **i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.**

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per persona.

7. PACCHETTO MATERNITÀ

Rientrano in garanzia le seguenti prestazioni:

In gravidanza:

- Ecografie di controllo, da fruirsi presso strutture sanitarie convenzionate con la Società;
- Amniocentesi, da fruirsi presso strutture sanitarie convenzionate con la Società;
- Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza, da fruirsi presso strutture sanitarie convenzionate con la Società;
- Visite specialistiche ginecologiche ed ostetriche di controllo sull'andamento della gravidanza, da fruirsi, a scelta dell'Assicurata, sia presso strutture sanitarie/medici convenzionati che non convenzionati con la Società;
- In caso di aborto avvenuto dopo il primo trimestre di gravidanza, rientra in copertura l'eventuale successivo trattamento psicoterapico che si renda necessario, fino ad un massimo di 15 sedute per evento. La garanzia potrà essere attivata solo utilizzando terapeuti convenzionati con la Società.

Durante il ricovero per parto:

– Corresponsione di **un'indennità di € 70,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 15 giorni per ogni ricovero**. Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di ricovero per aborto terapeutico.

Dopo il parto:

– Viene garantita una visita ginecologica di controllo.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.000,00 per persona.

8. PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche con l'applicazione di uno **scoperto del 25% con un minimo non indennizzabile di € 50,00 per fattura/persona.**

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.500,00 per persona.

9. CURE ONCOLOGICHE

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione (Casi di non operatività del piano)" al punto A.2 la Società, nei casi di malattie oncologiche, liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (**se non effettuate in regime di ricovero o day hospital), con massimale autonomo.**

Si intendono inclusi in garanzia anche le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie farmacologiche.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **scoperto del 25%.**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.000,00 per persona.

10. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate **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.

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

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

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

PREVENZIONE ONCOLOGICA

Prestazioni previste una volta l'anno
- **per gli uomini di età uguale o superiore ai 45 anni**
- **per le donne di età uguale o superiore ai 35 anni**

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

per gli uomini di età uguale o superiore ai 45 anni
– PSA (Specifico antigene prostatico)
– Ecografia prostatica

per le donne di età uguale o superiore ai 35 anni
– Visita ginecologica
– PAP-Test

11. SERVIZIO MONITOR SALUTE

11.1 SERVIZIO MONITOR SALUTE

Il Servizio Monitor Salute è offerto da UniSalute in collaborazione con SiSalute, divisione di UniSalute Servizi S.r.l., la nuova società controllata da UniSalute che offre servizi non assicurativi in ambito salute.
Si tratta di un **servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di malattie croniche quali diabete, ipertensione e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) rivolto agli Assicurati con età maggiore o uguale a 50 anni.**
Per attivare il Servizio, **l'Assicurato dovrà compilare il "Questionario Monitor – Salute" presente sul sito www.unisalute.it, reperibile nell'Area Riservata nella quale ogni Assicurato può accedere tramite proprie credenziali di accesso.**

L'Assicurato seguendo le indicazioni che verranno fornite durante la compilazione del Questionario, **dovrà: inviare documentazione medica attestante la patologia cronica, sottoscrivere e inviare il consenso al trattamento dei dati personali; sottoscrivere e inviare il Modulo di Adesione al servizio.**

In caso di risposte dubbie o non definitive al Questionario, SiSalute potrà contattare telefonicamente l'Assicurato al fine di concludere la procedura di attivazione del servizio.
Nel caso in cui l'Assicurato presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio, SiSalute provvederà all'invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all'attivazione degli stessi, previo contatto telefonico con l'Assicurato. UniSalute, attraverso il suo personale qualificato, provvederà a monitorare a distanza la malattia cronica e all'occorrenza contatterà telefonicamente l'Assicurato, per verificare i valori rilevati dai dispositivi medici.

L'Assicurato avrà inoltre a disposizione un massimale aggiuntivo per **visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti alla sua condizione di cronicità, da poter eseguire nelle strutture convenzionate con UniSalute o poter ottenere il rimborso delle spese sostenute nel Servizio Sanitario Nazionale come indicato nell'art. "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche".**

Per risolvere problemi di carattere tecnico, l'Assicurato potrà contattare il numero verde dedicato 800 169009, per richiedere invece informazioni sul servizio, l'Assicurato potrà contattare il numero verde dedicato 800 244262.

La presente garanzia è prestata per l'intera annualità assicurativa sempre che l'Assicurato presenti i requisiti

per entrare nel programma di telemonitoraggio.

11.2 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PER PATOLOGIE CRONICHE

Per gli Assicurati che sono entrati a far parte del programma di monitoraggio della cronicità, secondo i parametri indicati all'art. "Servizio Monitor Salute", la Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli Assicurati, con le modalità sottoindicate.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società, previo contatto con la Centrale Operativa, potrà rivolgersi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 600,00 per persona.

12. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE PROTEZIONE COMPLETA

a. OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società, nel limite della somma mensile di cui al successivo paragrafo "**Somma garantita**", garantisce attraverso la propria rete di strutture convenzionate l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali e, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute secondo quanto indicato nel successivo capitolo "**Modalità di rimborso/richiesta di erogazione di servizi di assistenza**", sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza dell'Assicurato.

b. CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Ai fini dell'operatività della copertura, le persone assicurate devono rientrare nelle seguenti condizioni di assicurabilità:

1.Non avere limitazioni per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate:
- a) Lavarsi
- b) Vestirsi e svestirsi
- c) Andare al bagno e usarlo
- d) Spostarsi
- e) Continenza
- f) Nutrirsi

2. Non essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
3. Non essere affette dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di medicinali ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 medicinali.
4. Non essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

c. MASSIMALE MENSILE ASSICURATO

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza", il massimale mensile garantito per il complesso delle garanzie sottoindicate, corrisponde a € 500,00 per un massimo di 3 anni.

d. TERMINE PER L'INDENNIZZO

La Società riconoscerà l'indennizzo se l'Assicurato si troverà ancora in vita dopo 60 giorni dalla denuncia scritta alla Compagnia dello stato di non autosufficienza.

e. DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato clinico venga giudicato consolidato e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo parte degli atti elementari di vita quotidiana:

- Lavarsi
- Vestirsi e svestirsi
- Andare al bagno e usarlo
- Spostarsi
- Continenza
- Nutrirsi

Per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell'Assicurato nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo lo schema di seguito riportato.

L'insorgenza dello stato di non autosufficienza permanente viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti (per la definizione del punteggio si veda il seguente "Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza").

SCHEMA PER L'ACCERTAMENTO DELL'INSORGERE DI NON AUTOSUFFICIENZA:

ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA

LAVARSI	PUNTEGGIO
1° grado L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente Autonomo	0
2° grado L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno	5
3° grado L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno	10

VESTIRSI E SVESTIRSI	PUNTEGGIO
1° grado L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo	0
2° grado L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi la parte superiore o la parte inferiore del corpo e/o per applicare/togliere una protesi	5
3° grado L'Assicurato necessita sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo di assistenza per vestirsi e/o svestirsi e/o applicare/togliere una protesi	10

ANDARE AL BAGNO E USARLO	PUNTEGGIO
1° grado L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3): (1) andare in bagno (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno	0
2° grado L'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	5
3° grado L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	10

SPOSTARSI	PUNTEGGIO
1° grado L'Assicurato è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi	0
2° grado L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore	5
3° grado L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi	10

CONTINENZA	PUNTEGGIO
1° grado L'Assicurato è completamente continente	0
2° grado L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno	5
3° grado L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia	10

NUTRIRSI	PUNTEGGIO
1° grado L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	0
2° grado L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: • sminuzzare/tagliare cibo • sbucciare la frutta • aprire un contenitore/una scatola • versare bevande nel bicchiere	5
3° grado L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale	10

f. PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI) e PRESTAZIONI SANITARIE MEDICO ASSISTENZIALI FORNITE DA STRUTTURE CONVENZIONATE/RIMBORSO SPESE IN CASO DI PERMANENZA IN RSA

L'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato o l'Assicurato stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito ai sensi di polizza (art. "Definizione dello stato di non autosufficienza", dovrà telefonare alla Centrale UniSalute (entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza), al numero verde 800 009904 (o dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia +39 051 6389048) e fornire le informazioni richiese per poter fruire, nell'ambito del massimale mensile previsto all'art. "Massimale mensile assicurato" e previa valutazione della Società, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità ivi descritte.

La Società intervistando telefonicamente l'Assicurato, l'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, valuterà la richiesta pervenuta ed effettuerà una prima valutazione del caso. In questa fase, qualora la Società valuti che vi siano i presupposti, potranno essere fornite dal Case Manager informazioni sui servizi sociosanitari erogati dalle strutture socioassistenziali e indicazioni sugli uffici deputati ad offrire assistenza a fronte di condizioni di non autosufficienza. Il Case manager provvede inoltre ad inviare all'Assicurato una guida orientativa per le agevolazioni socio/gestionali.

A seguito del contatto telefonico l'Assicurato, l'amministratore di sostegno o il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, dovrà produrre la documentazione specificata all'articolo C. "RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA DA PARTE DELLA SOCIETÀ". Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta, la Società si riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo stato di non autosufficienza, alla presenza anche del proprio Medico e del Case Manager.

1. Nel caso in cui la Società riconosca lo stato di non autosufficienza consolidato, all'Assicurato verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e

consegnerà all'assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'assicurato o dai familiari.
Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle sottoelencate, la Società, nei limiti del massimale mensile di cui all'art. "Massimale mensile assicurato", provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'Assicurato che nelle strutture stesse.
All'Assicurato verrà fornita una lettera con l'indicazione delle prestazioni che sono state concordate.
In tale documento sarà indicato in modo analitico l'elenco delle prestazioni che resteranno a carico della Società, quelle che verranno erogate con tariffe agevolate il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato e quelle eventualmente rifiutate dall'Assicurato. Questo documento dovrà essere firmato dall'Assicurato, dall'amministratore di sostegno o tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell'Assicurato, per accettazione del PAI.

Di seguito le prestazioni erogabili a seguito del processo sopra descritto:

- Assistenza fornita da infermiere – Operatore Socio-Sanitario – Assistente familiare;
- Badante;
- Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- Visite specialistiche;
- Accertamenti diagnostici;
- Trasporto in Ambulanza;
- Prestazioni erogate in regime di ricovero.

La Società procederà con la prenotazione e autorizzazione, delle suddette prestazioni, esclusivamente in Strutture Convenzionate con la Società stessa, non prevedendo il rimborso di alcuna spesa sostenuta, ad eccezione di quanto previsto al successivo punto 4).

La Società provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Assicurato stesso e/o dalle Strutture Convenzionate con la Società utilizzate per l'erogazione delle sopra elencate prestazioni.

Qualora a seguito dell'esaurimento del massimale, una prestazione rimanga a parziale o a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere alla struttura sanitaria convenzionata, prescelta tra quellefacenti parte della Rete, l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.
Si precisa che l'appuntamento potrà essere concordato direttamente tra l'Assicurato e la struttura stessa e successivamente comunicato ad UniSalute, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.

2. Nel caso in cui la Società riconosca uno stato di non autosufficienza non ancora consolidato e suscettibile di miglioramento, il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali, se attivati, forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'assicurato o dai familiari.
Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), è possibile richiedere alla struttura sanitaria convenzionata, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.
Si precisa che l'appuntamento potrà essere concordato direttamente tra l'Assicurato e la struttura stessa e successivamente comunicato ad UniSalute, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.

La Società provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Assicurato stesso e/o dalle Strutture Convenzionate con la Società utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste al precedente punto 1).

La Società si riserva la facoltà di sottoporre l'Assicurato ad ulteriori visite mediche allo scopo di monitorare le condizioni cliniche dello stesso.

Nel caso in cui, successivamente, il consolidamento dello stato di salute dell'Assicurato comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, la Società rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate per tramite della Società, nei limiti del massimale mensile. Qualora invece le condizioni dell'Assicurato non rientrassero più nei parametri della non autosufficienza, tali prestazioni rimarranno a carico dell'Assicurato stesso.

3. Nel caso in cui la Società non riconosca lo stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all'Assicurato.
Laddove il punteggio assegnato dalla Società al termine dell'istruttoria risultasse essere di almeno 30 punti, all'assicurato verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; inoltre il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'assicurato o dai familiari. Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), è possibile richiedere alla struttura sanitaria convenzionata, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.
Si precisa che l'appuntamento potrà essere concordato direttamente tra l'Assicurato e la struttura stessa e successivamente comunicato ad UniSalute, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.

4. Qualora l'Assicurato sia "assistito" presso una RSA e pertanto non possa usufruire delle prestazioni previste al precedente punto 1), la Società provvederà a rimborsargli, nei limiti del massimale previsto all'art. "Massimale mensile assicurato", esclusivamente la retta mensile.

13. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali **e rimanga a totale carico dell'Assicurato**, è possibile richiedere alla struttura sanitaria convenzionata, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.
NB: Si precisa che rientrano in questa garanzia anche tutte le ENDOSCOPIE sia diagnostiche sia operative.

Si precisa che l'appuntamento potrà essere concordato direttamente tra l'Assicurato e la struttura stessa e successivamente comunicato ad UniSalute, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.

14. SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia
I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800 009904** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.
Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia +39 051 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 tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- medicinali: 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 la Società.

A. LIMITAZIONI

A.1 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

A.2 ESCLUSIONI DALL' ASSICURAZIONE (CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO)

L'assicurazione 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 contratto.
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;

3. tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;
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 contratto);
5. i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato 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'Assicurato 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 conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
11. 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;
12. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
13. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
14. 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;
15. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
16. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;
17. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
18. tutte le terapie mediche;
19. le conseguenze dirette o indirette di pandemie;
20. le prestazioni sanitarie effettuate in modalità a distanza, tramite il ricorso a tecnologie informatiche (videoconsulto e/o teleconsulto).

Limitatamente alle prestazioni previste al punto 9 "Stati di non autosufficienza consolidata/permanente", l'assicurazione non è operante per le conseguenze:

a) di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;

b) dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;

c) di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;

d) di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;

e) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;

f) di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;

g) del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'assicurato di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;

h) di 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 contratto);

i) di partecipazione attiva dell'assicurato ad atti criminali;

j) di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato;
k) delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
l) di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
m) di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;
n) di tutte le terapie mediche;
o) dirette o indirette di pandemie.

A.3 LIMITI DI ETÀ

Il Piano Sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **75° anno** di età dell'Assicurato, e la Società non accetterà ulteriori pagamenti di premio da soggetti che abbiano già compiuto **75 anni**.

ALLEGATO 1 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 della 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 echinococcosi 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 echinococcosi 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 orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

– Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia
– Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica
– Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenectomia

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

TRAPIANTI DI ORGANO

– Tutti

PIANO SANITARIO RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE AIG – ONHC

AIG

ONHC
SERVIZI SANITARI E WELFARE

1. OGGETTO DELLA COPERTURA

La copertura è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le prestazioni odontoiatriche relative a:

- Diagnostica
- Prestazioni d'emergenza
- Igiene e prevenzione
- Interventi Chirurgici Odontoiatrici extra ricovero
- Prestazioni odontoiatriche da infortunio per circolazione stradale
- Indennizzo a seguito di tumore del cavo orale

L'Assicurato, che necessiti di una prestazione odontoiatrica, potrà prenotare la visita e/o il trattamento presso le strutture convenzionate con AIG-ONHC previa contatto con il call canter al numero verde 800 92 82 13 e/o registrazione all'area riservata del sito https://areariservata.onhc.it.

Le prestazioni in garanzia sono fruibili solo ed esclusivamente presso le strutture del Network AIG-ONHC.
Non sono previsti rimborsi né agevolazioni per prestazioni erogate presso strutture non direttamente convenzionate con AIG-ONHC e per le quali non sia stata seguita la procedura corretta, ad eccezione di quanto previsto agli artt. 3.4, 3.5 e 3.6 del presente documento.

2. PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano Sanitario è prestato a favore dei dipendenti iscritti al FONDO TPL SALUTE come disciplinato dai "CCNL Autoferrotranvieri – Internavigatori" e "CCNL Noleggio autobus con conducente e relative attività correlate" in data 01/01/2026 che non abbiano manifestato espresso diniego all'attivazione della copertura entro la data di effetto indicata in polizza.

3. PRESTAZIONI PREVISTE

Le prestazioni di seguito previste saranno erogate in convenzionamento diretto senza onere alcuno a carico degli Assicurati, salvo ove diversamente specificato ed entro i limiti e i massimali previsti per ciascuna garanzia.

3.1 DIAGNOSI E RADIOLOGIA

Le Prestazioni comprese nella Garanzia "**Diagnosi e Radiologia**" sono le seguenti:

- **Visita con raccolta di dati anamnestici**: riscontro della situazione clinica, acquisizione di elementi diagnostici, individuazione dei problemi e della terapia, riesame della situazione clinica in corso di trattamento, verifica dello stato della salute orale ed intercettazione di eventuali nuove patologie in un paziente già trattato, piano di trattamento generale con relativa tempistica e preventivo economico.

- **Visita specialistica**:
  - di parodontologia
  - di implantologia
  - di gnatologia
  - di chirurgia orale

Le Visite sopra indicate sono previste con il limite di due per anno.

- RX endorale*, radiografia endorale eseguita su un singolo sestante o gruppo di denti, con il limite di due prestazioni all'anno.
- Modelli di studio*: è inclusa la rilevazione delle impronte delle due arcate dento-alveolari e la realizzazione dei relativi modelli in gesso finalizzati alla predisposizione dei piani di trattamento, con il limite di una prestazione all'anno.
- Ortopantomografia*, indagine radiologica del distretto maxillo-facciale eseguita presso lo studio**, con il limite di una prestazione all'anno e con franchigia a carico dell'assicurato pari ad € 10,00 che dovrà essere versata dallo stesso direttamente presso il centro odontoiatrico al momento dell'erogazione della prestazione.

*se clinicamente necessario
** solo presso strutture convenzionate dotate di ortopantomografo (OPT)

3.2 PRESTAZIONI DI EMERGENZA, CON IL LIMITE DI UNA PRESTAZIONE ALL'ANNO

Le Prestazioni comprese nella Garanzia "**Prestazioni di emergenza**" sono le seguenti:

- Visita d'emergenza: visita a seguito di patologia in forma acuta;
- Prescrizione di eventuale terapia medica;

- Rx endorale: radiografia endorale eseguita su un singolo sestante o gruppo di denti;
- Trattamento di pronto soccorso endodontico: manovre cliniche di accesso al sistema camerale di un dente finalizzate alla riduzione di una sintomatologia acuta di origine endodontica;
- Otturazione temporanea (medicazione): restauro provvisorio, indipendentemente dal materiale usato. Può avere finalità diagnostica (in attesa di chiarificazione del quadro clinico), pre-endodontica (per consentire un efficace isolamento tramite la diga), protettiva (per ricoprire temporaneamente la cavità preparata per un intarsio), ecc.

3.3 IGIENE E PREVENZIONE

Le Prestazioni comprese nella Garanzia "**Igiene e Prevenzione**" sono le seguenti:

1) istruzioni e motivazione igiene, seduta autonoma riguardante i concetti fondamentali sulla natura e prevenzione delle patologie del cavo orale, ad esempio corretta alimentazione, individuazioni di abitudini a rischio, corretto impiego di mezzi di rimozione della placca batterica adatti al caso **(massimo due volte l'anno non erogabili separatamente alla seduta di ablazione del tartaro)**.

2) ablazione del tartaro: seduta in cui vengono eseguite contemporaneamente nella medesima area (sestante, quadrante, arcata o intera bocca) rimozione tartaro sopra gengivale **(massimo due volte l'anno, una ogni 6 mesi)**.

3.4 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRA RICOVERO

Le prestazioni di seguito descritte sono previste in convenzionamento diretto con un rimborso alla struttura sanitaria convenzionata entro i termini del **massimale annuo pari ad € 1.500,00** per singolo Assicurato:

- Interventi chirurgici conseguenti ad osteiti che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o mandibolare, escluso le osteiti iatrogene da malpractice (a titolo esemplificativo e non esaustivo, osteiti conseguenti a interventi di implantologia, estrazioni, ecc.) e quelle conseguenti all'assunzione di bifosfonati;
- Interventi chirurgici conseguenti a cisti follicolari;
- Interventi chirurgici conseguenti ad adamantinoma;
- Interventi chirurgici conseguenti ad odontoma.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale per richiedere le prestazioni di cui al presente paragrafo verrà rimborsato allo stesso il valore del ticket sanitario pagato entro il massimale di € 1.500,00.

3.5 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO PER CIRCOLAZIONE STRADALE

Le prestazioni odontoiatriche derivanti da Infortunio causato da circolazione stradale sono previste in convenzionamento diretto con un rimborso al Centro Odontoiatrico Convenzionato entro i limiti del **massimale annuo pari ad € 3.000,00** per singolo Assicurato.
La garanzia opererà esclusivamente nel caso di Infortunio inerente alla circolazione stradale, con controparte identificata, indipendentemente dalle responsabilità e dal ruolo dell'Assicurato medesimo nella dinamica del sinistro, alle seguenti condizioni:

1. il Sinistro sia stato verbalizzato dalle Autorità competenti intervenute a seguito dell'incidente;
2. il danno dentale di cui al punto precedente risulti da idonea documentazione sanitaria rilasciata da strutture di Pronto Soccorso Ospedaliere entro 24 ore dalla data di accadimento del sinistro;
3. l'Assicurato non abbia assunto sostanze stupefacenti nelle 48 ore precedenti il Sinistro.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale per richiedere le prestazioni di cui al presente paragrafo verrà rimborsato allo stesso il valore del ticket sanitario pagato entro il massimale di € 3.000,00.

3.6 INDENNIZZO A SEGUITO DI TUMORE DEL CAVO ORALE

La Garanzia opera nel caso delle affezioni critiche (Tumori maligni ovvero "Tumore del Cavo Orale"), quali: neoplasie maligne di labbra, cavo orale e laringe come da codici C00-C14 della classificazione ICD10 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.
L'elenco completo si trova al link https://icd.who.int/browse10/2010/en#/C00-C14

In seguito alla prima diagnosi di una affezione critica all'Assicurato verrà liquidato un indennizzo forfettario pari a **€ 4.500,00**.
L'indennizzo è erogabile una (1) sola volta durante la vigenza del piano sanitario cessando automaticamente per l'Assicurato al momento della liquidazione dell'indennizzo stesso, a prescindere dal numero di affezioni critiche riferibili all'Assicurato.
Gli indennizzi sono subordinati ad un periodo di carenza di novanta (90) giorni e alla sopravvivenza dell'Assicurato per almeno quindici (15) giorni dalla data della diagnosi.

Esclusioni
La garanzia di cui al presente articolo non si applica alle conseguenze di un evento che sia causato, direttamente o indirettamente, interamente o in parte, da qualsiasi delle seguenti evenienze:

- suicidio tentato o consumato, atti di autolesionismo;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), complesso AIDS-correlato o qualsiasi infezione provocata dal virus dell'immunodeficienza umana (HIV);
- anomalie congenite o difetti fisici che secondo la letteratura medica siano tra le cause dirette o le concause di una delle affezioni critiche oggetto di garanzia;
- mancata consultazione di un medico specialista abilitato o inosservanza del parere professionale fornito da un medico specialista abilitato;
- qualsiasi condizione preesistente avente rilevanza patogenetica nel determinismo dell'affezione critica.

Per "**condizione preesistente**" si intende qualsiasi malattia o patologia che sia stata diagnosticata, trattata o per la quale sia stato consultato un medico, in qualsiasi momento prima della data di effetto della presente polizza. A tale fine la malattia o la patologia si ritiene insorta quando sia stata oggetto di accertamento, diagnosi o trattamento, anche solo farmacologico, o quando la manifestazione dei suoi segni o sintomi indurrebbe una persona mediamente prudente a richiedere un consulto medico, un'assistenza o un trattamento.

4. ACCESSO AL NETWORK NAZIONALE CON TARIFFARIO AGEVOLATO

AIG-ONHC mette a disposizione degli Assicurati un network di oltre 2.200 strutture odontoiatriche selezionate e capillarmente distribuite su tutto il territorio nazionale.
Attraverso la rete convenzionata AIG-ONHC garantisce l'applicazione di un nomenclatore tariffario, fra i più competitivi sul mercato, riconducibile per nomenclatura all'unico documento ufficiale in odontoiatria in Italia quale è il **Nomenclatore Tariffario ANDI**.

5. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente alle strutture sanitarie convenzionate entro i limiti previsti, le quote a carico dell'Assicurato dovranno essere versata da quest'ultimo direttamente presso il centro odontoiatrico al momento dell'erogazione della prestazione.
In virtù delle prestazioni eseguite in convenzionamento diretto l'Assicurato per poter ricevere le prestazioni elencate nel piano sanitario dovrà osservare le procedure di autorizzazione fornite da AIG-ONHC.
Non sono previsti rimborsi in favore dell'Assicurato ad eccezione dei ticket sanitari pagati da quest'ultimo, entro il massimale di € 1.500,00 per interventi chirurgici extra ricovero e di € 3.000,00 per infortunio da circolazione stradale e dell'indennità a seguito di tumore del cavo orale (come meglio dettagliato agli artt. 3.4, 3.5 e 3.6 del presente documento).

Esclusivamente per l'autorizzazione alle cure relative agli interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero, l'Assicurato dovrà inviare a AIG-ONHC, la seguente documentazione:

- prescrizione medica antecedente l'intervento contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa;
- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso antecedenti l'intervento;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari, adamantinoma e odontoma antecedenti l'intervento;
- eventuale ulteriore documentazione richiesta dalla centrale operativa.

L'Assicurato per ottenere il rimborso del ticket entro il massimale di € 1.500,00 dovrà inviare a AIG-ONHC, la seguente documentazione:

- certificazione di avvenuto intervento con relativa copia del ticket pagato;
- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso
- posteriori all'intervento;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari, adamantinoma e odontoma posteriori all'intervento;
- eventuale ulteriore documentazione richiesta dalla centrale operativa.

Esclusivamente per l'autorizzazione alle cure relative a prestazioni odontoiatriche da infortunio per circolazione stradale, l'Assicurato dovrà inviare ad AIG-ONHC, la seguente documentazione:

- documentazione sanitaria rilasciata da strutture di Pronto Soccorso Ospedaliero entro 24 ore dalla data di accadimento dello stesso ed eventuali referti radiografici;
- verbale delle autorità competenti intervenute a seguite dell'incidente in cui viene verbalizzato il danno dentale;

- eventuale ulteriore documentazione richiesta dalla centrale operativa.

L'Assicurato per ottenere il rimborso del ticket entro il massimale di € 3.000,00 oltra alla documentazione descritta al punto precedente dovrà inviare anche:

- certificazione di avvenuto intervento con relativa copia del ticket pagato;
- radiografie e referti radiologici posteriori all'intervento;
- se sono state incluse delle protesi certificazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico;
- eventuale ulteriore documentazione richiesta dalla centrale operativa.

La Società provvederà al rimborso del ticket entro 30 giorni dalla data in cui la Compagnia, ricevuta ogni informazione, documento o perizia necessaria per verificare l'operatività della garanzia, riceve quietanza firmata.

6. ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura vale in tutto il territorio italiano.

7. ESCLUSIONI DALLA COPERTURA

La copertura non è operante per:

1. le prestazioni odontoiatriche non effettuate dai Centri Odontoiatrici Convenzionati, salvo per le ipotesi previste nel Contratto di Assicurazione in cui è possibile ricorrere al Servizio Sanitario Nazionale;
2. le prestazioni odontoiatriche diverse da quelle, di volta in volta, previste nel Contratto di Assicurazione;
3. le prestazioni odontoiatriche conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
4. le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
5. gli Assicurati che abbiano compiuto il 75° anno di età;
6. ricadute o recidive di patologie in atto conosciute o conoscibili dall'Assicurato;
7. conseguenze dirette ed indirette di patologie o infortuni preesistenti alla decorrenza della Polizza;
8. infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
9. conseguenza diretta o indiretta di malformazioni congenite, malattie genetiche o difetti fisici preesistenti alla decorrenza della Polizza;
10. dolo del Contraente o dell'Assicurato;
11. delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
12. rifiuto di seguire le cure mediche, le indicazioni terapeutiche e le prescrizioni mediche in generale;
13. tentato suicidio o azioni di autolesionismo;
14. movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, calamità naturali;
15. malattie neurologiche e mentali;
16. svolgimento di servizio militare;
17. incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di voli non di linea, su aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
18. uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
19. ingestione di farmaci non prescritti o che non coincidano con la prescrizione medica;
20. contaminazione biologica o chimica connessa ad atti di terrorismo o atti di guerra;
21. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo e accelerazioni di particelle atomiche (salvo quelle subite come paziente durante applicazioni radioterapiche);
22. diagnosi effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
23. diagnosi effettuata da un medico che sia un familiare dell'Assicurato o che abbia il medesimo domicilio o residenza dell'Assicurato al momento della diagnosi;
24. Sinistro riconducibile a pratica di pugilato, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, alpinismo oltre 4.000 metri e/o oltre il 3° grado scala UIAA, e/o arrampicata su ghiaccio o ghiacciai o arrampicata in solitaria indipendentemente dall'altitudine, speleologia, salto dal trampolino con sci o idroscì, scialpinismo, sci acrobatico, snowboard acrobatico o estremo, bob, rugby, football americano, sport aerei in genere, aliante, deltaplano, parapendio, paracadutismo, equitazione, immersioni subacquee;
25. gare di automobilismo, gare di motociclismo, gare di motonautica e relative prove;
26. sport estremi (ad es. base jumping, canyoning, torrentismo, hydrospeed, downhill, kitesurf, bungee jumping / repelling, canoa / rafting);
27. patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate dall' OMS, di gravità e virulenza tale da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile;
28. sinistro da circolazione stradale riconducibile a guida di monopattino.

8 LIMITI DI ETÀ

Il Piano Sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **75° anno** di età dell'Assicurato, e la Società non accetterà ulteriori pagamenti di premio da soggetti che abbiano già compiuto **75 anni**.

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

In applicazione delle nuove disposizioni del Decreto Legislativo 209/2005 art.185 "Informativa al contraente" si informa che:
– La legislazione applicata al contratto è quella italiana;
– Reclami: prima di effettuare un reclamo ti consigliamo di consultare la sezione FAQ-Domande frequenti del sito web di UniSalute, dove puoi trovare maggiori informazioni, che potrebbero esserti d'aiuto per la risoluzione del problema.

Se non trovi la risposta che cerchi e vuoi presentare un reclamo formale, puoi scegliere una tra queste modalità:
• Compilazione del form online al link https://www.unisalute.it/reclami/opzioni-reclami
• Invio via posta a: UniSalute Ufficio Reclami - via Larga, 8 40138 Bologna
• Invio via fax 051 709689

AIG®

ONHC
SERVIZI SANITARI E WELFARE

La gestione delle prestazioni odontoiatriche di cui al presente Piano Sanitario è effettuata tramite sottoscrizione del contratto di assicurazione con la Compagnia AIG Europe SA, che si avvale di ONHC Servizi Sanitari e Welfare S.r.l., quale service provider, Via XII Ottobre n. 2, 16121 Genova.
E-mail dedicata: tplsalute@onhc.it
Telefono: 010 5502620

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo della quantificazione ed erogazione delle somme assicurate, del loro ammontare o della gestione dei Sinistri dovranno essere formulati per iscritto alla Società ed indirizzati a:
• AIG Europe SA Rappresentanza Generale per l'Italia, Servizio Reclami, Piazza Vetra, 17, 20123 Milano
• Fax 02 36 90 222
• e-mail: servizio.reclami@aig.com
• PEC: servizio.reclami@aigeurope.postecert.it

Qualora non ti ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo inviato a UniSalute o AIG-ONHC tramite i sopra indicati canali, o in caso di assenza di riscontro da parte della Compagnia nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrai rivolgerti all'IVASS, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.421331, fax 06.42133206, PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it; info su: www.ivass.it

I reclami indirizzati all'IVASS 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.

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.

Questa guida è stata predisposta in modo da costituire uno strumento di sintesi. In nessun caso la guida può sostituire le Condizioni generali di Assicurazione, delle quali evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali. Le Condizioni generali di Assicurazione restano pertanto l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

TPLSALUTE

La tua salute,
sulla giusta strada.

www.tplsalute.it

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

AIG

ONHC
SERVIZI SANITARI E WELFARE