BOIC80600N - A2DB4C0 - REGISTRO PROTOCOLLO - 0015161 - 11/09/2026 - II.10 - E

Guida al Piano sanitario per il Personale della Scuola e del Ministero

Edizione 2026

INTESA SANPAOLO PROTEZIONE

Posteassicura
GruppoAssicurativoPostevita

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

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

www.unisalute.it

24h su 24, 365 giorni l'anno

Per tutte le prestazioni dell'area ricovero
contatta preventivamente il

Numero Verde

xxxxxxxxx

dall'estero: prefisso per l'Italia

+ 051.xxxxxxxx

orari:

8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

I servizi UniSalute sempre con te!

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

INTESA SANPAOLO PROTEZIONE

Posteassicura
GruppoAssicurativoPostevita

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

1. SOMMARIO

1. SOMMARIO 3

2. DEFINIZIONI 5

3. BENVENUTO 10

4. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO 10

4.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute 10
4.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute 11

5. SERVIZI ONLINE E MOBILE 13

5.1. Il sito di UniSalute 13
5.1.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti? 13
5.1.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate? 14
5.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati? 14
5.1.4. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione? 15
5.1.5. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso? 15
5.1.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario? 16
5.1.7. Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate? 16
5.1.8. Come posso ottenere pareri medici? 16
5.2. L'app di UniSalute 17
5.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute? 17
5.2.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate? 18
5.2.3. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione? 18
5.2.4. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso? 18
5.3. Servizio di CUSTOMER CARE 19
5.4. Servizio di Chatbot 20

6. PERSONE ASSICURATE 20

7. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO 21

7.1. Ricovero in istituto di cura per Grande intervento chirurgico 22
7.1.1. Modalità di erogazione delle prestazioni 23
7.2. Ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico per Grave Evento Morboso 24
7.2.1. Modalità di erogazione delle prestazioni 25
7.3. Indennità sostitutiva da ricovero con intervento chirurgico 26
7.4. Day-hospital/Day surgery 27
7.5. Intervento chirurgico ambulatoriale 27
7.6. Parto 27
7.7. Prevenzione odontoiatrica 28
7.8. Implantologia 28
7.9. Assistenza per i casi di non autosufficienza permanente 30
7.10. Prevenzione Secondaria 31
7.11. Tariffe Agevolate per prestazioni sanitarie riservate ad assicurati e familiari tramite SiSalute Up 32
7.12. Servizi di consulenza 37

8. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO 37

BOIC80600N - A2DB4C0 - REGISTRO PROTOCOLLO - 0015161 - 11/09/2026 - II.10 - E

9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI 38

9.1. Decorrenza e durata dell'assicurazione 38
9.2. Inclusioni/esclusioni 39
9.3. Validità territoriale 39
9.4. Limiti di età 39
9.5. Gestione dei documenti di spesa 40
9.6. Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno? 40
9.7. Foro competente 40
9.8. Reclami 40
9.9. Diritto all'oblio oncologico 43
9.10. Informativa "HOME INSURANCE" - indicazioni per l'accesso all'area riservata ai sensi del regolamento IVASS 41/2018 – ove sussistano i requisiti 44
9.11. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione 44

10. ELENCO I - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI 46

11. ELENCO I I – GRAVI EVENTI MORBOSI 50

2. DEFINIZIONI

Annualità assicurativa
Periodo in cui la polizza garantisce copertura. Viene calcolato a partire dalla data di attivazione della polizza, quindi dalle ore 00.00 del giorno di attivazione del servizio fino alle ore 24:00 del giorno corrispondente alla conclusione del 12° (dodicesimo) mese, per ogni anno di durata del contratto.

Assicurazione
Il contratto di Assicurazione.

Assistenza diretta
La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'Assistito riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso i centri convenzionati e da personale medico convenzionato senza anticipare la spesa, ma delegando la Società al pagamento in sua vece delle fatture emesse, fatta eccezione per eventuali franchigie o scoperti a carico dell'assicurato. Tale modalità di erogazione è consentita solo per prestazioni sanitarie erogate dalla struttura sanitaria convenzionata e solo previa autorizzazione della Centrale Operativa. L'assistenza diretta comprende anche strutture in intramoenia sempreché convenzionate.

Assistenza indiretta
La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'Assistito riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza quando eseguite presso le strutture sanitarie non convenzionate qualora non vi siano strutture convenzionate nella provincia di residenza dell'assistito. In questo caso la copertura della prestazione viene gestita sotto forma di rimborso con i limiti di indennizzo, franchigie e scoperti previsti dal piano.

Assistenza S.S.N.
La modalità per la quale la prestazione è totalmente a carico del S.S.N. e non venga richiesto alcun pagamento della prestazione né in

forma diretta, né in forma rimborsuale da parte dell'assistito per le garanzie previste dal piano.

Assistenza Infermieristica
L'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico titolo di studio, finalizzata a mantenere o recuperare lo stato di salute.

Assistito
La persona fisica beneficiaria delle prestazioni contemplate dalla copertura.

Centrale Operativa
La struttura che, per conto della Società, provvede alla gestione del circuito di Istituti di cura, dei medici e degli odontoiatri convenzionati ed al contatto telefonico con l'Assistito che voglia accedere agli stessi.

Contraente/Committente
Il Ministero dell'Istruzione e del Merito.

Data evento
Per i ricoveri si intende quella in cui avviene il ricovero; a questa fanno riferimento tutte le spese connesse all'evento (precedenti, concomitanti e successive – anche non in vigenza di copertura purché nel periodo previsto per il post ricovero) rimborsabili a termini della copertura; per le altre prestazioni previste dalla copertura si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente effettuata e fatturata.

Difetto Fisico
La deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Franchigia
Per le garanzie che rimborsano le spese a carico dell'Assistito, è

l'importo in misura fissa dedotto dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili a termini di contratto che resta a carico dell'Assistito. Per le garanzie che prevedono la corresponsione di una indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assistito.

Giorni
Ove non diversamente indicato si intendono giorni solari.

Indennità sostitutiva da ricovero
L'importo giornaliero erogato dalla Società che viene riconosciuto in caso di ricovero con oneri a totale carico del Sistema Sanitario Nazionale per qualsiasi causa.

Infortunio
Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intervento Chirurgico
Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richieda l'uso della sala operatoria.

Istituto di cura
L'ospedale pubblico, la clinica o casa di cura privata con sede anche all'estero esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno, istituti per la cura della persona ai fini puramente estetici o dietetici, case di riposo.

Struttura sanitaria convenzionata
Le strutture di cura convenzionate con la Società alle quali l'Assistito può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza nonché previste dalle convenzioni stesse.

Malattia
Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malformazione
La deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale
La somma massima indennizzabile per ciascuna persona.

Polizza
Il documento che prova l'assicurazione.

Premio
La somma dovuta alla compagnia di assicurazione per l'attivazione della copertura sanitaria.

Presa in carico
Autorizzazione rilasciata dalla Società all'effettuazione della prestazione sanitaria all'interno della struttura sanitaria convenzionata.

Ricovero
Degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento in reparto, documentato da una cartella clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

Ricovero per grandi interventi chirurgici
Ricovero per gli interventi presenti nell'apposito elenco che fa parte integrante del piano sanitario.

Ricovero senza Intervento causato da gravi eventi morbosi
Ricovero causato dagli eventi presenti nell'apposito elenco che fa parte integrante del piano sanitario.

Rischio
La probabilità che si verifichi un sinistro.

Società
La Compagnia assicuratrice aggiudicataria che assume il rischio delle prestazioni oggetto del servizio.

Scoperto
La parte delle spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'Assistito.

Sinistro
Il verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

3. BENVENUTO

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

I servizi online offerti da UniSalute

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

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

4. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

4.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute

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

L’elenco delle strutture sanitarie convenzionate, è disponibile su www.unisalute.it nell’Area clienti o telefonando alla Centrale Operativa. È sempre aggiornato e facilmente consultabile.
Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

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

Prenotazione veloce

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

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

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

Importante

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

4.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute

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

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

Richiesta rimborso online

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

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

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

- il **modulo di richiesta rimborso** compilato e sottoscritto, che si trova sul sito www.unisalute.it;
- in caso di **ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di **intervento chirurgico ambulatoriale**, copia completa della documentazione clinica;
- in caso di **indennità giornaliera per ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di "**non autosufficienza**": Verbale della Commissione di Prima istanza per invalidità civile o documento equipollente.

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.

- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

Per una corretta valutazione della richiesta di rimborso, UniSalute

avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali.

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

5. SERVIZI ONLINE E MOBILE

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

5.1. Il sito di UniSalute

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

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

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

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

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

Nella home page del sito www.unisalute.it clicca sul pulsante “Area riservata” in alto a destra, poi su “Registrati adesso” e compila la maschera con i dati richiesti.
Ti ricordiamo che per garantire i massimi livelli di sicurezza e di protezione delle informazioni, username e password devono essere diverse tra loro e la password deve essere almeno di 8 caratteri.
Inoltre la password va rinnovata ogni 6 mesi e un messaggio automatico ti indicherà quando sarà necessario fare la variazione.

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?
Basta cliccare sul pulsante “Area riservata” in alto a destra nell’home page, poi su “Hai bisogno di aiuto?” e inserire i dati richiesti. Procederemo a inviarti all’indirizzo e-mail indicato le credenziali di accesso al sito.

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

Attraverso il sito puoi prenotare presso le strutture convenzionate solo le prestazioni di prevenzione.

Accedi all’area clienti e clicca su **“Fai una nuova prenotazione”**.
In base alle tue esigenze puoi:

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

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

5.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Entra nell’Area clienti e **accedi alla sezione “Profilo”**. In base alle tue

esigenze puoi:

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

Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

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

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

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

Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a internet, utilizza il modulo di rimborso e invialo insieme a copia di tutta la documentazione richiesta a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO**, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere).

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

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

L'estratto conto online è un rapido e comodo strumento di

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

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

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

Entra nell'Area clienti e **accedi alla sezione "Polizze".**
Trovi i documenti relativi al tuo Piano sanitario e l'eventuale modulistica.

5.1.7. Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?

Accedi all'Area clienti e accedi alla sezione "Strutture".
Puoi visualizzare le strutture sanitarie convenzionate per il tuo specifico Piano sanitario.

5.1.8. Come posso ottenere pareri medici?

Nell'Area clienti hai a disposizione la funzione "il medico risponde", attraverso la quale puoi ottenere pareri medici online, direttamente sulla tua mail. Se hai dubbi che riguardano la tua salute e vuoi un parere medico da uno specialista questo è il posto giusto per parlare di cure, per richiedere consigli e affrontare problemi e incertezze sul tuo benessere.
Entra ed invia le tue domande ai nostri medici. Ti risponderanno via e-mail, nel più breve tempo possibile. Le risposte alle domande più interessanti e sui temi di maggiore interesse vengono pubblicate sul sito a disposizione dei clienti rispettando il più assoluto anonimato.

5.2. L'app di UniSalute

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

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

5.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

L'app UniSalute è **disponibile per smartphone e tablet** può essere **scaricata gratuitamente da App Store e Play Store**. Accedi allo store e cerca "UniSalute Up" per avere sempre a portata di mano i nostri servizi.
Una volta scaricata puoi registrarti in pochi semplici passi.
Se sei già registrato sul sito www.**unisalute.it** puoi utilizzare le stesse credenziali di accesso!

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

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

Attraverso l'app puoi prenotare presso le strutture convenzionate solo le prestazioni di prevenzione.

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

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

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

Tieni monitorati tutti i tuoi appuntamenti!
Nella sezione APPUNTAMENTI puoi visualizzare l'agenda con i tuoi prossimi appuntamenti per le prestazioni sanitarie prenotate.
Potrai modificarli o disdirli direttamente da qui!

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

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

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

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

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

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

L'aggiornamento dei dati è in tempo reale e sarai informato sull'iter del rimborso grazie a tempestive notifiche.
Per ogni documento sono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo rimborsato e quello rimasto a tuo carico. In ogni caso, per ogni importo non rimborsato, sarà indicata la motivazione della mancata liquidazione.

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

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

5.3. Servizio di CUSTOMER CARE

Verrà, inoltre messo a disposizione degli assistiti un comodo SERVIZIO DI CUSTOMER CARE tramite il quale poter contattare la Centrale Operativa (Call Center) attraverso un canale di accesso alternativo al Numero Verde.
La funzionalità specifica è raggiungibile tramite la sezione "Contatti" dell'Area Riservata dell'assicurato a cui UniSalute fornisce riscontro utilizzando l'indirizzo e-mail fornito dall'Assistito. Selezionando "Per le richieste di assistenza contattaci utilizzando il **FORM ONLINE**. Risponderemo direttamente all'indirizzo e-mail.", si apre un Form che prevede l'inserimento di pochi e semplici dati ed attraverso il quale è possibile:

- chiedere informazioni sullo stato delle pratiche di rimborso;
- ottenere assistenza per problemi di funzionalità del portale web;
- attivare un ricovero in caso di urgenza.

Tale funzionalità consente inoltre di allegare un documento per rendere più specifica la richiesta.
UniSalute prenderà in carico le richieste ricevute tramite Form online e fornirà riscontro alle segnalazioni degli Assistiti entro massimo 2 (due) giorni lavorativi.

5.4. Servizio di Chatbot

A disposizione degli Assistiti è attivo il servizio di contatto CHATBOT CHIARA; l'assistente virtuale è attiva 24 ore su 24, 7 giorni su 7 e offre assistenza e supporto immediati agli assistiti per tutte le loro richieste. Il servizio è disponibile in area riservata sul sito www.unisalute.it

6. PERSONE ASSICURATE

Il Piano sanitario è prestato a favore dei soggetti di seguito indicati:

- Dirigenti scolastici (salvo cessazione dal servizio a qualsiasi titolo prima della scadenza della polizza);
- Personale amministrativo, tecnico e ausiliario con contratto a tempo indeterminato (salvo cessazione dal servizio a qualsiasi titolo prima della scadenza della polizza);
- Personale amministrativo, tecnico e ausiliario con contratto a tempo determinato annuale o fino al termine delle attività didattiche solo per la durata dell'incarico;
- Personale docente con contratto a tempo indeterminato (salvo cessazione dal servizio a qualsiasi titolo prima della scadenza della polizza);
- Personale docente con contratto a tempo determinato annuale o fino al termine delle attività didattiche solo per la durata dell'incarico;
- Personale educativo a tempo indeterminato (salvo cessazione dal servizio a qualsiasi titolo prima della scadenza della polizza);
- Personale educativo con contratto a tempo determinato annuale o fino al termine delle attività didattiche solo per la durata

dell'incarico;

- Personale dipendente del Ministero dell'Istruzione e del Merito con contratto a tempo indeterminato in servizio presso gli Uffici centrali e periferici (salvo cessazione dal servizio a qualsiasi titolo prima della scadenza della polizza);
- Personale Dirigente del Ministero dell'Istruzione e del Merito in servizio presso gli Uffici centrali e periferici (salvo cessazione dal servizio a qualsiasi titolo prima della scadenza della polizza);
- Utilizzati (distaccati e comandati).

7. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario, articolato secondo le prestazioni di cui ai successivi paragrafi, è operante:

• indipendentemente dalle condizioni fisiche dell'Assistito;

• per tutte le malattie croniche e recidivanti e tutte le malattie pregresse alla data di attivazione della polizza, diagnosticate o meno;

• per le malattie/infortuni che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza.

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;
- ricovero in Istituto di cura senza intervento chiurugico per Grave Evento Morboso;
- day-hospital/day surgery;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- indennità sostitutiva da ricovero;
- parto;
- prevenzione odontoiatrica;
- implantologia;
- assistenza per non autosufficienza permanente;
- prevenzione secondaria;
- tariffario agevolato;
- servizi di consulenza.

MASSIMALE ASSICURATO

Le prestazioni di cui al presente Piano sanitario sono erogate fino alla concorrenza della complessiva somma di € 600.000,00 per annualità assicurativa e per singolo assistito, fermi gli eventuali sotto limiti riportati nei successivi articoli.

7.1. Ricovero in istituto di cura per Grande intervento chirurgico

Si precisa che il ricovero con pernottamento in OBI ed il ricovero in Pronto Soccorso con pernottamento non sono previsti nella copertura del presente Piano sanitario.

Sono garantite, nell'ambito degli interventi di cui all'elenco I – GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI allegato, le spese per:

a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
b) diritti di sala operatoria;
c) materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;
d) l'assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;
e) rette di degenza ad esclusione delle spese voluttuarie;
f) visite specialistiche ed accertamenti diagnostici comprese le prestazioni bioptiche e terapie radianti e chemioterapiche, nonché tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei **90** giorni precedenti il ricovero e ad esso correlati. Le spese suddette potranno essere liquidate anche in forma rimborsuale.
g) visite specialistiche, accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche eseguite anche in regime ambulatoriale, prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici e/o rieducativi e tutte le prestazioni sanitarie correlate al ricovero e richieste al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura sostenute nei **90** giorni successivi alla

cessazione del ricovero purché correlate al ricovero. Le spese suddette potranno essere liquidate anche in forma rimborsuale.

h) in caso di trapianto sono coperte le spese sanitarie relative al donatore sostenute durante il ricovero per accertamenti diagnostici, intervento di espianto, assistenza medica ed infermieristica, cure e medicinali nonché le spese di trasporto dell'organo. Vengono compresi, inoltre, in aggiunta al ricovero principale anche i ricoveri (tipizzazione) e le prestazioni sanitarie extra-ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto.
i) rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o struttura alberghiera, fino al limite di **€ 50,00** al giorno per un periodo massimo di **30** giorni per ricovero.
j) il trasporto dell'Assistito e dell'accompagnatore presso un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, fino ad un importo massimo di **€ 1.000,00**. Tale massimale si intende prestato per annualità assicurativa. Il trasporto deve essere eseguito con Aereo Sanitario, aereo di linea, treno o Ambulanza.

7.1.1. Modalità di erogazione delle prestazioni

La copertura delle spese di cui sopra avviene con le seguenti modalità:

a) Prestazioni in struttura sanitaria convenzionata con UniSalute e intramoenia convenzionata – Assistenza diretta

Le spese relative alle prestazioni erogate vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati con applicazione di uno scoperto a carico dell'assistito del **10%** con il massimo non indennizzabile di **€ 4.000,00** per evento.
I medesimi limiti verranno applicati anche per le prestazioni sanitarie pre e post ricovero di cui alle lettere f) e g) qualora siano rese da strutture sanitarie private e personale medico convenzionati. Nel caso le spese di cui alle lettere f) e g) siano rese da strutture sanitarie private e personale medico non convenzionati, verrà applicato esclusivamente lo scoperto del **10%**.

b) **Prestazioni in strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute – Assistenza indiretta (rimborso)**

Si specifica che non è previsto il rimborso dei ticket sanitari (S.S.N.)

Tale modalità di erogazione delle prestazioni viene attivata solo nel caso in cui l'Assistito sia residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate.

Qualora non siano presenti strutture sanitarie convenzionate nella provincia di residenza dell'assistito* le prestazioni saranno rimborsate all'Assistito stesso previa presentazione di idonea documentazione con applicazione di uno scoperto a carico dell'assistito del **10%** con il massimo non indennizzabile di **€ 4.000,00** per evento.

Per quanto riguarda le prestazioni pre e post ricovero effettuate in strutture sanitarie non convenzionate verranno rimborsate integralmente.

*** Si specifica che l'Assistito dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa per verificare l'effettiva assenza di strutture sanitarie convenzionate nella provincia di residenza per ottenerne conferma. Solo a seguito della suddetta conferma, l'Assisitito potrà procedere ad effettuare le prestazioni in autonomia presso una qualsiasi struttura privata di sua scelta, richiedendo poi il rimborso delle spese sostenute.**

7.2. Ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico per Grave Evento Morboso

Si precisa che il ricovero con pernottamento in OBI ed il ricovero in Pronto Soccorso con pernottamento non sono previsti nella copertura del presente Piano sanitario.

Le spese riconosciute in caso di ricovero per grave Evento Morboso di cui all'elenco II – GRAVI EVENTI MORBOSI allegato sono le seguenti:

a) rette di degenza ad esclusione delle spese voluttuarie;
b) assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni

sanitarie in genere, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero;

c) accertamenti diagnostici comprese le prestazioni bioptiche, gli onorari dei medici e tutte le prestazioni sanitarie effettuate anche al di fuori dell'Istituto di Cura nei **90** giorni precedenti il ricovero purché attinenti al Grave Evento Morboso che determina il ricovero stesso. Le spese suddette potranno essere liquidate anche in forma rimborsuale.
d) visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici comprese le prestazioni bioptiche e terapie mediche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e, in genere, tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei **90** giorni successivi alla data di dimissione dall'Istituto di Cura e prescritte al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura. Le spese suddette potranno essere liquidate anche in forma rimborsuale.

Nel caso in cui, in relazione a un ricovero per Grave Evento Morboso, si presenti la necessità di eseguire un intervento chirurgico (ricompreso tra quelli previsti nell'elenco I – GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI allegato), funzionale alla grave patologia stessa, la Società rimborserà le relative spese applicando anche le garanzie di cui al precedente articolo "Ricovero in istituto di cura per Grande intervento chirurgico" fermo restando gli scoperti previsto per l'assistenza diretta al punto a) e l'assistenza indiretta al punto b).

7.2.1. Modalità di erogazione delle prestazioni

La copertura delle spese di cui sopra avviene con le seguenti modalità:

a) Prestazioni in struttura sanitaria convenzionata con La Società e intramoenia convenzionata – Assistenza diretta

Le spese relative alle prestazioni erogate vengono liquidate direttamente da La Società alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati con applicazione di uno scoperto a carico dell'assistito

del **10%** con il massimo non indennizzabile di **€ 4.000,00** per evento.
I medesimi limiti verranno applicati anche per le prestazioni sanitarie pre e post ricovero di cui alle lettere f) e g) qualora siano rese da strutture sanitarie private e personale medico convenzionati. Nel caso le spese di cui alle lettere f) e g) siano rese da strutture sanitarie private e personale medico non convenzionati, verrà applicato esclusivamente lo scoperto del **10%**.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private non convenzionate con La Società – Assistenza indiretta (rimborso)

Si specifica che non è previsto il rimborso dei ticket sanitari (S.S.N.)
Tale modalità di erogazione delle prestazioni viene attivata solo nel caso in cui l'Assistito sia residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate.
Qualora non siano presenti strutture sanitarie convenzionate nella provincia di residenza dell'assistito* le prestazioni saranno rimborsate all'Assistito stesso previa presentazione di idonea documentazione con applicazione di uno scoperto a carico dell'assistito del **10%** con il massimo non indennizzabile di **€ 4.000,00** per evento.
Per quanto riguarda le prestazioni pre e post ricovero effettuate in strutture sanitarie non convenzionate verranno rimborsate integralmente.

*** Si specifica che l'Assistito dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa per verificare l'effettiva assenza di strutture sanitarie convenzionate nella provincia di residenza per ottenerne conferma. Solo a seguito della suddetta conferma, l'Assisitito potrà procedere ad effettuare le prestazioni in autonomia presso una qualsiasi struttura privata di sua scelta, richiedendo poi il rimborso delle spese sostenute.**

7.3. Indennità sostitutiva da ricovero con intervento chirurgico

Nel caso in cui l'Assistito, a seguito di ricovero con intervento

chirurgico a totale carico del Sistema Sanitario Nazionale per qualsiasi causa, non presenti richiesta di rimborso a carico della presente copertura sanitaria né per le prestazioni effettuate durante il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, la Società corrisponde un'indennità giornaliera di **€ 50,00**, con applicazione di una franchigia di **5 giorni**, entro il limite massimo di **40 giorni** per ciascuna annualità assicurativa.

7.4. Day-hospital/Day surgery

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 "Ricovero in istituto di cura per Grande intervento chiurgico" e "Ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico per Grave Evento Morboso" con i relativi limiti in essi indicati.

7.5. Intervento chirurgico ambulatoriale

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte all'articolo "Ricovero in istituto di cura per Grande intervento chiurgico" con i relativi limiti in essi indicati.

7.6. Parto

In caso di parto effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata, purché non a carico del S.S.N. è prevista la copertura massima omnicomprensiva (ad esclusione delle spese pre e post ricovero) di:

- **€ 2.500,00** in caso di parto naturale
- **€ 4.000,00** in caso di parto cesareo

I massimali di cui sopra sono intesi per evento e vengono liquidati senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia fino a concorrenza dell'importo della fattura sanitaria.

7.7. Prevenzione odontoiatrica

Il Piano sanitario provvede al pagamento di una (1) visita specialistica e di una (1) seduta di igiene orale professionale l'anno.
Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione:

- **Ablazione del tartaro** mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale;
- **Visita specialistica odontoiatrica**.

Le prestazioni sono erogabili esclusivamente presso le strutture sanitarie convenzionate e la Società provvederà direttamente al pagamento delle stesse con la deduzione di uno scoperto del **15%**.
Tale scoperto si applica anche in caso di prestazioni effettuate in strutture sanitarie non convenzionate qualora assenti nella provincia di residenza dell'assistito.

Si specifica che l'Assistito dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa per verificare l'effettiva assenza di strutture sanitarie convenzionate nella provincia di residenza per ottenerne conferma. Solo a seguito della suddetta conferma, l'Assisitito potrà procedere ad effettuare le prestazioni in autonomia presso una qualsiasi struttura privata di sua scelta, richiedendo poi il rimborso delle spese sostenute.

Si specifica che non è previsto il rimborso dei ticket sanitari (S.S.N.)

Il massimale previsto per la presente copertura corrisponde a € 100,00

7.8. Implantologia

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle prestazioni per impianti osteointegrati e le relative corone fisse. La garanzia opera nel caso di applicazione di un numero massimo di **quattro (4)**

impianti per annualità assicurativa.
Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.
Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'installazione dell'impianto/i.
Le prestazioni sono erogabili esclusivamente presso le strutture sanitarie convenzionate a meno che non vi siano tali strutture nella provincia di residenza dell'assistito e la Società provvederà direttamente al pagamento delle stesse senza l'applicazione di alcuno scoperto e franchigia.

Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità massima ad impianto, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.
Si applicano gli stessi limiti qualora l'assistito risieda in una provincia nella quale non siano presenti strutture sanitarie convenzionate. In tal caso la prestazione sarà erogata in forma rimborsuale.

Si specifica che l'Assistito dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa per verificare l'effettiva assenza di strutture sanitarie convenzionate nella provincia di residenza per ottenerne conferma. Solo a seguito della suddetta conferma, l'Assisitito potrà procedere ad effettuare le prestazioni in autonomia presso una qualsiasi struttura privata di sua scelta, richiedendo poi il rimborso delle spese sostenute, richiedendo poi il rimborso delle spese sostenute.

Si specifica che non è previsto il rimborso dei ticket sanitari (S.S.N.)

Il massimale previsto per la presente copertura
corrisponde a € 2.400,00 per assistito,
con un sottomassimale di € 600,00 ad impianto

7.9. Assistenza per i casi di non autosufficienza permanente

Qualora l'Assistito si trovi in stato di non autosufficienza nei termini di seguito descritti, il Piano sanitario riconosce un rimborso fino ad un massimale mensile di **€ 500,00**, per massimo quattro (4) anni, a fronte delle spese sanitarie e socioassistenziali sostenute e documentate connesse allo stato di non autosufficienza.

Per «non autosufficienza» si intende l'incapacità totale e permanente, conseguente a infortunio o malattia, con diagnosi durante il Periodo di copertura assicurativa (si specifica che l'infortunio che ha determinato lo stato di non autosufficienza deve essersi **verificato** durante il periodo di copertura assicurativa), che permanga per un periodo di tempo non inferiore a **90** giorni continuativi e i cui effetti siano presumibilmente permanenti e irreversibili, tali da impedire almeno 3 delle 6 attività elementari della vita quotidiana elencate qui di seguito, con conseguente assoluta necessità di una costante assistenza da parte di una terza persona, nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche. Le 6 attività elementari della vita quotidiana sono definite come:

1. **Farsi il bagno o la doccia**: capacità di compiere queste azioni in modo autonomo, senza l'assistenza di una terza persona (inclusa la sola capacità di entrare e uscire autonomamente dalla vasca e dalla doccia).
2. **Mantenere l'igiene personale**: curare la propria igiene personale (intesa come capacità di radersi, pettinarsi e di fare toilette) in modo autonomo, senza l'assistenza di una terza persona.
3. **Vestirsi**: capacità, di mettersi o togliersi i vestiti in modo autonomo senza l'assistenza di una terza persona, nonostante l'utilizzo di abiti idonei.
4. **Nutrirsi**: capacità di mangiare, anche cibo preparato da altri, o di bere in modo autonomo, senza l'assistenza di una terza persona, nonostante l'utilizzo di posate e recipienti idonei.
5. **Continenza**: la capacità di controllare le funzioni corporali (es. urinali e defecali), mantenendo un livello di igiene personale soddisfacente.
6. **Spostarsi**: capacità di effettuare cambi posturali di qualsiasi tipo

(es. alzarsi da una sedia, dal letto o in piedi) e camminare in modo autonomo, senza l'assistenza di una terza persona, anche con l'ausilio di stampelle o di una sedia a rotelle.

7.10. Prevenzione Secondaria

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate **una volta l'anno** in strutture sanitarie convenzionate, indicate dalla Centrale Operativa **previa prenotazione**.
I singoli pacchetti dovranno essere effettuati in un'**unica soluzione** e in un'**unica struttura sanitaria convenzionata**.

Pacchetto prevenzione cardiovascolare base

- Analisi di laboratorio:
  - Aspartato Aminotransferasi AST
  - Alanina aminotransferasi ALT
  - Creatinina
  - Colesterolo totale
  - Colesterolo HDL
  - Esame emocromocitometrico e morfologico completo
  - Glicemia
  - Gamma GT
  - Tempo di tromboplastina parziale (PTT)
  - Tempo di protrombina (PT)
  - Trigliceridi
  - Urea
  - Urine: esame chimico, fisico e microscopico
  - VES
  - ECG basale
  - Visita cardiologica

Pacchetto prevenzione oncologica donna (per età superiore ai 40 anni) uno a scelta tra:

a) Visita specialistica ginecologica + pap test

b) Visita specialistica senologica + Ecografia Mammaria
c) Visita specialistica senologica + Mammografia

Pacchetto prevenzione oncologica uomo (per età superiore ai 40 anni)

- Visita specialistica urologica + Antigene Prostatico Specifico (PSA)

Le prestazioni sono erogabili esclusivamente presso le strutture sanitarie convenzionate e la Società provvederà direttamente al pagamento delle stesse.
Sarà possibile ottenere il rimborso anche in caso di prestazioni effettuate in strutture sanitarie non convenzionate qualora non fosse presente nessuna struttura convenzionata nella provincia di residenza dell'assistito.

Si specifica che l'Assistito dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa per verificare l'effettiva assenza di strutture sanitarie convenzionate nella provincia di residenza per ottenerne conferma. Solo a seguito della suddetta conferma, l'Assisitito potrà procedere ad effettuare le prestazioni in autonomia presso una qualsiasi struttura privata di sua scelta, richiedendo poi il rimborso delle spese sostenute.

Si specifica che non è previsto il rimborso dei ticket sanitari (S.S.N.)

7.11. Tariffe Agevolate per prestazioni sanitarie riservate ad assicurati e familiari tramite SiSalute Up

La polizza prevede la possibilità di effettuare prestazioni sanitarie a tariffa agevolata presso il network di strutture convenzionate con SiSalute. Il Servizio è riservato agli Assistiti ed ai relativi familiari e prevede la possibilità di utilizzare **l'App "SiSalute Up".**
Il servizio consente ai Beneficiari (Assistito e familiari) di accedere a **prestazioni sanitarie a condizioni economiche agevolate** rispetto ai prezzi di mercato, **presso un network di strutture sanitarie presente su tutto il territorio nazionale**, composto da ospedali, istituti di cura

a carattere scientifico, centri diagnostici e poliambulatori, studi odontoiatrici, case di cura e centri di riabilitazione e fisioterapia.
Il network è costantemente aggiornato sulla base di criteri di qualità, distribuzione territoriale, controllo dei costi e performance delle strutture.

Accesso al servizio tramite App
L'accesso ai servizi avviene tramite l'App "SiSalute Up", disponibile gratuitamente su **App Store** e **Google Play Store**.
Una volta scaricata, l'Assistito può registrarsi inserendo i propri dati e accedere ai servizi disponibili.



Attraverso l'App, i Beneficiari possono:

- **consultare le strutture sanitarie convenzionate** su tutto il territorio nazionale;
- **accedere alle prestazioni sanitarie a tariffe agevolate** (visite specialistiche, accertamenti diagnostici, prestazioni odontoiatriche, fisioterapia, interventi chirurgici);
- **individuare le strutture** tramite funzionalità di ricerca per città, provincia o area geografica;
- **gestire** le informazioni relative alle **prestazioni sanitarie e agli appuntamenti**

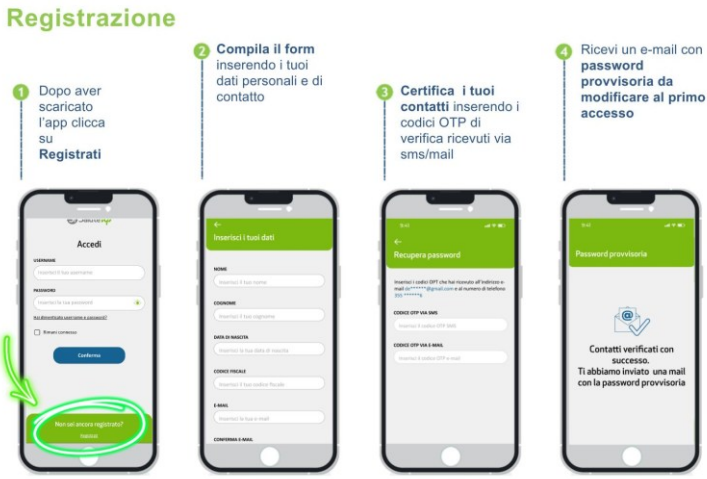
Modalità di attivazione
L'Assistito (titolare) può accedere al servizio **scaricando gratuitamente l'App** "SiSalute Up" dagli store ufficiali e procedendo

alla **registrazione** mediante inserimento dei propri dati anagrafici; a seguito della registrazione, **i servizi risultano disponibili all'interno dell'App**.

L'attivazione dei familiari è subordinata alla richiesta del titolare alla centrale operativa di SiSalute al fine di ottenere i codici di attivazione necessari (1 per ciascun familiare). La procedura di attivazione dipende dall'età del familiare e, nello specifico:

- **familiare maggiorenne**, una volta ricevuto il codice di attivazione, dovrà scaricare l'App "SiSalute Up", **completare la procedura di registrazione** inserendo i propri dati e, successivamente**, inserire il codice alfanumerico ricevuto nell'apposita sezione dedicata** dell'App, al fine di abilitare il servizio.
- Per i **familiari minorenni**, l'**attivazione** può essere effettuata **direttamente dal titolare tramite la propria App.**

Il servizio ha durata di **12 mesi dalla data di attivazione**.



Prenotazione delle prestazioni

Attraverso l'App "SiSalute Up", i Beneficiari possono gestire **il processo di prenotazione** delle prestazioni sanitarie presso le strutture convenzionate

In particolare, è possibile:

- **selezionare la prestazione sanitaria** di interesse (visite, esami diagnostici, fisioterapia, prestazioni odontoiatriche, interventi);
- **individuare la struttura** sanitaria convenzionata;
- **contattare la struttura** per concordare l'appuntamento;
- **inserire nell'App i dati dell'appuntamento**;
- **consultare il riepilogo** delle prestazioni programmate.



Sono inoltre disponibili per i beneficiari all'interno dell'app i servizi digitali accessori:

Pharma Checker

Servizio di "E-Triage" che supporta l'utente nell'individuazione dei farmaci da banco e/o parafarmaci in commercio, suggeriti in base al disturbo selezionato (es. strappo muscolare,

bruciore di stomaco, etc…). Il servizio non si sostituisce al parere del medico.



Blog Insalute

Possibilità di consultare quotidianamente articoli e informazioni utili sulla salute, il Benessere e il Wellbeing in generale (Es Le malattie comuni dei bambini, le proprietà benefiche della zucca, etc.)



Pharma

Servizio di consultazione delle informazioni legate a Farmaci e Parafarmaci (foglietto illustrativo, posologia, effetti indesiderati, prezzo, etc.)

Assistenza e contatti

I Beneficiari dei Servizi possono avvalersi del supporto della **Centrale Operativa di SiSalute**, composta da personale specializzato.

La Centrale Operativa fornisce **assistenza** in merito a:

- **attivazione del servizio** e registrazione;
- **utilizzo dell'App**;
- **accesso** al network di strutture convenzionate;
- **informazioni** sulle prestazioni sanitarie;
- **supporto** per prenotazioni.

Contatti:

Per il servizio di fruizione delle **TARIFFE AGEVOLATE**, sia per gli assicurati che per i relativi familiari (nucleo familiare e convivente), è possibile contattare direttamente SiSalute al numero **051-xxxxxxxx**, attivo dal **Lunedì al Venerdì dalle ore 8:30 alle ore 19:30**.

Per le informazioni relative **alle prestazioni sanitarie previste per il solo assicurato titolare** si può contattare direttamente UniSalute al numero **xxxxxxxxx**.

7.12. Servizi di consulenza

In Italia

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

a) Informazioni generiche sul contratto

- le prestazioni incluse nelle garanzie, massimali, franchigie o scoperti, eventuale documentazione per attivare la copertura
- stato di valutazione delle pratiche di rimborso
- modalità di richiesta di rimborso

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.

8. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

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

Il Piano sanitario non è operante per:

a) le cure e gli interventi volti all'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti, al momento dell'adesione alla copertura assicurativa;
b) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, tale esclusione, altresì, non opera limitatamente all'assistenza per non autosufficienza secondo quanto previsto dall'art. "Assistenza per i casi di non autosufficienza permanente";
c) infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assistito;
d) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci (salvo, in quest'ultimo caso, la somministrazione terapeutica), all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;

e) gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'Assistito attività professionale;
f) le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche; non rientrano in detta categoria e saranno pertanto coperti da assicurazione, gli interventi di chirurgia plastico-ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività della copertura;
g) gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
h) i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.);
i) le protesi dentarie e le cure odontoiatriche e delle paraodontopatie ad eccezione di quelle indennizzabili a termini di polizza;
j) le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocate, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
k) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Assistito abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;
l) le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

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

9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

9.1. Decorrenza e durata dell'assicurazione

La polizza ha efficacia dalle ore 00,00 del **30/09/2026** alle ore 24,00 del **29/09/2030**.

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

9.2. Inclusioni/esclusioni

Variazioni degli assistiti in corso di annualità assicurativa

Le variazioni intervenute in corso dell'annualità assicurativa saranno comunicate dal Ministero dell'Istruzione e del Merito con cadenza mensile e precisamente entro e non oltre il 15 del mese.

Le variazioni potranno riguardare i seguenti casi:

a) Nuove assunzioni;

b) Pensionamenti;

c) Decessi;

d) Interruzione rapporto lavorativo.

Le garanzie per i nuovi assistiti e il termine delle stesse per gli assistiti cessati decorreranno dal primo giorno del mese successivo di detta comunicazione. Si precisa che per i nuovi ingressi la decorrenza della copertura dal primo giorno del mese successivo alla comunicazione varrà solo nel caso in cui l'Assistito abbia, in tale data, un contratto di lavoro in essere.

Per il personale che risulti cessato e reinserito nel corso della medesima annualità, UniSalute riattiverà la copertura tenendo presente quanto già utilizzato dall'assistito nel corso del periodo di copertura precedente.

9.3. Validità territoriale

Il Piano sanitario è operante sul territorio italiano.

9.4. Limiti di età

Per gli assicurati è previsto un limite di età pari a **71 anni**, qualora in servizio a quell'età.

In caso di raggiungimento del limite di età in corso d'anno la copertura cesserà di avere effetto alla prima scadenza annuale utile.

9.5. Gestione dei documenti di spesa

A. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

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

B. Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

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

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

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

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

9.7. Foro competente

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

9.8. Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, in particolar modo sotto il profilo dell'attribuzione di

responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, ovvero il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), devono essere inoltrati utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it oppure per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892**.
I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela.
I reclami relativi al comportamento dell'Agente, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'Agenzia di riferimento.

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

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. Se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), il termine massimo di riscontro è di 60 giorni.

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

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

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

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

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

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.
Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

- Ricorso all'Arbitro Assicurativo, presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Il ricorso all'Arbitro Assicurativo è condizione di procedibilità della domanda giudiziale;

- Procedimento di mediazione, interpellando, tramite un avvocato di fiducia, un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito

www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale;

- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;

- procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista.

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

9.9. Diritto all'oblio oncologico

Il 2 gennaio 2024 è entrata in vigore la Legge 7 dicembre 2023 n. 193 che ha introdotto il cosiddetto "Diritto all'Oblio Oncologico" che stabilisce il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica da più di 10 anni (5 anni nel caso in cui la patologia oncologica sia insorta prima dei 21 anni di età) a non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione di salute nella fase di stipula o successivamente, nonché in fase di rinnovo di contratti relativi a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi.
Pertanto, laddove tali informazioni fossero erroneamente dichiarate dall'Assicurato o fossero già note alla Compagnia, le stesse non potranno essere utilizzate per la determinazione delle condizioni contrattuali.
Il successivo Decreto del 22 marzo 2024, ha poi stabilito che per alcune patologie oncologiche si applicano termini inferiori rispetto a quelli generali sopra indicati.

Inoltre, l'ulteriore Decreto del 05 luglio 2024 ha introdotto la disciplina delle modalità e delle forme per la certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini della normativa sull'oblio oncologico.
Sono previsti ulteriori decreti attuativi e provvedimenti che completeranno il quadro normativo in materia.
Per saperne di più e per tutti gli aggiornamenti normativi, l'Assicurato può consultare l'Informativa sempre aggiornata sul sito www.unisalute.it alla pagina dedicata.

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

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

9.11. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

1. Informazioni generali

UniSalute S.p.A. ("la Società"), soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol S.p.A. facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046. Sede legale e Direzione Generale Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia).
Recapito telefonico +39 051 6386111 - fax +39 051 320961 – sito internet www.unisalute.it – indirizzo di posta elettronica unisalute@pec.unipol.it o info@unisalute.it.
La Società è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 20-11-1989 n. 18340 (G.U. 4-12-1989 n. 283), D.M. 8-10-1993 n. 19653

(G.U. 25-10-1993 n.251), D.M. 9-12-1994 n.20016 (G.U. 20-12-1994 n. 296) e Prov. Isvap n.2187 dell'8-05-2003 (G.U. 16-05-2003 n.112). Numero di iscrizione all'Albo delle Imprese Assicurative: 1.00084.
Per informazioni patrimoniali sulla società consulta la relazione sulla solvibilità disponibile sul sito: https://www.unisalute.it/informazioni-societarie/informativa-pillar-solvency-2

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

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

10. ELENCO I - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di neurochirurgia per patologie oncologiche maligne
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi sul plesso brachiale

CHIRURGIA GENERALE

- Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi

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 per neoplasia maligna
- Interventi sulle parotidi per neoplasia maligna
- 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 lobare
- 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
- 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 per neoplasia maligna
- Intervento per mega-esofago
- Intervento sull'esofago cervicale non per via endoscopica
- Resezione gastrica per neoplasia maligna
- 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
- Interventi chirurgici sul retto-ano per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Interventi chirurgici su esofago, stomaco, e duodeno per patologia oncologiche maligne non per via endoscopica
- Interventi su bocca, faringe,laringe per patologie oncologiche

maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni

UROLOGIA
- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale
- Interventi di orchiectomia per neoplasia testicolare

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
- Interventi per costola cervicale
- Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
- Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
- Interventi per ricostruzioni di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
- Interventi di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Osteosintesi di frattura del massiccio facciale da infortunio

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

11. ELENCO I I – GRAVI EVENTI MORBOSI

- Infarto miocardico acuto.

Insufficienza cardiorespiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:

a. dispnea;
b. edemi declivi;
c. aritmia;
d. angina instabile;
e. edema o stasi polmonare;
f. ipossiemia.

- Neoplasia maligna.
- Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
  a. ulcere torbide;
  b. decubiti;
  c. neuropatie;
  d. vasculopatie periferiche;
  e. infezioni urogenitali o sovrainfezioni
- Stato di coma.
- Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo.
- Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale.

Inoltre, sono altresì previsti i seguenti Gravi Eventi Morbosi qualora comportino una invalidità permanente superiore al 66%

- Tetraplegia.
- Sclerosi multipla.
- Sclerosi laterale amiotrofica (SLA).
- Alzheimer.
- Morbo di Parkinson caratterizzato da:
  a. riduzione attività motoria;
  b. mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta.

BOIC80600N - A2DB4C0 - REGISTRO PROTOCOLLO - 0015161 - 11/09/2026 - II.10 - E