

# Guida al Piano sanitario

**Familiari**

**Iscritti alla Cassa Italiana di Previdenza e Assistenza dei Geometri (CASSA GEOMETRI)**

SEZIONE C

COPERTURA PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA

**Edizione 2024**

*La presente guida è da intendersi valida per il periodo di proroga 15/04/2024-15/10/2024*

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

**[www.unisalute.it](http://www.unisalute.it)**

**24h su 24, 365 giorni l'anno**

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

**Numero Verde**

**800-009618**

orari:

**8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì**

**I servizi UniSalute sempre con te!**

**Scarica gratis l'app Unisalute da App Store e Play Store.**

**UniSalute**  
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

**Posteassicura**  
GruppoAssicurativoPosteVita

# 1. SOMMARIO

<b>1.</b>	<b>SOMMARIO</b> .....	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>PREMESSA</b> .....	<b>4</b>
<b>3.</b>	<b>OGGETTO DELLA COPERTURA</b> .....	<b>4</b>
<b>4.</b>	<b>CONDIZIONI DI ASSOCIABILITÀ</b> .....	<b>4</b>
<b>5.</b>	<b>TERMINI DI ASPETTATIVA</b> .....	<b>4</b>
<b>6.</b>	<b>DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE</b> .....	<b>5</b>
<b>7.</b>	<b>INDENNITÀ DA NON AUTOSUFFICIENZA</b> .....	<b>5</b>
7.1.	Definizione dello stato di non autosufficienza	7
7.2.	Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte di Unisalute	8
7.3.	Modalità di riconoscimento del risarcimento/del rimborso/dell'erogazione dei servizi di assistenza	8
7.4.	Fase d'istruttoria	10
7.5.	Erogazione delle prestazioni	11
7.6.	Rischi esclusi	12
7.7.	Servizio PAI per la non autosufficienza	14
<b>8.</b>	<b>CONTRIBUTO</b> .....	<b>18</b>
<b>9.</b>	<b>FORO COMPETENTE</b> .....	<b>18</b>
<b>10.</b>	<b>RECLAMI</b> .....	<b>18</b>

## 2. PREMESSA

La presente copertura ha lo scopo di dare la possibilità di attivare, ad adesione individuale, una copertura ad integrazione e completamento della “Sezione A Piano Sanitario Base” e “Sezione B Piano Sanitario Integrativo”. La stessa ha come presupposto per la sua operatività l’attivazione della “Sezione A Piano Sanitario Base”.

## 3. OGGETTO DELLA COPERTURA

Oggetto della presente copertura è l’estensione dell’indennità di non autosufficienza, ad adesione individuale, ai membri del nucleo familiare così come definito nella Sezione A e B, di età compresa tra 18 e 65 anni, che rispondono ai criteri di accettazione medica esposti al successivo punto “Condizioni di associabilità”.

## 4. CONDIZIONI DI ASSOCIABILITÀ

Ai fini dell’operatività della copertura, l’Iscritto deve compilare il questionario sanitario che costituisce parte integrante della presente copertura. Unisalute si riserva, ai fini della valutazione del rischio e nei casi in cui lo ritenga necessario, la facoltà di richiedere gli opportuni accertamenti sanitari e condizionare la valutazione di associabilità del richiedente ad eventuale visita medica effettuata da un medico indicato da Unisalute.

In funzione dei risultati emersi dall’analisi anamnestica e dagli eventuali esami, Unisalute potrà decidere di includere o meno (a condizioni normali oppure aggravate) l’Iscritto in copertura.

## 5. TERMINI DI ASPETTATIVA

La copertura decorre:

- Dalle ore 24 del giorno di effetto del Piano sanitario per ogni stato di non autosufficienza conseguente a infortunio;
- Dalle ore 24 del 365° giorno successive a quello di effetto del Piano sanitario per uno stato di non autosufficienza conseguente

- a malattia o per diagnosi di tumore maligno;
- Dalle ore 24 del 365° giorno successive a quello di effetto indicato nel Piano sanitario per ogni stato di non autosufficienza conseguente a demenza senile invalidante, alla malattia di Alzheimer, al morbo di Parkinson e alla sclerosi a placche.

## **6. DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE**

La polizza ha efficacia dalle ore 24,00 del 15/04/2024 alle ore 24,00 del 15/10/2024.

## **7. INDENNITÀ DA NON AUTOSUFFICIENZA**

È considerato in stato di non autosufficienza l'Isritto che, a causa di una malattia, di un infortunio o per perdita delle forze, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale - presumibilmente in modo permanente - da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 3 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana indicate al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche.

Il livello di non autosufficienza è accertato da un medico e, al fine dell'accertamento, verranno seguite le procedure previste dai successivi punti "Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte di Unisalute" e "Modalità di riconoscimento del risarcimento/del rimborso/dell'erogazione dei servizi di assistenza". Nel caso delle attività della vita quotidiana, tale livello è determinato sommando il numero di attività per le quali l'Isritto necessita di assistenza da parte di un'altra persona.

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza, indipendentemente dal fatto che vi sia l'incapacità di svolgere almeno 3 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana di cui punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", l'Isritto che sia affetto da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa

organica che determini la perdita delle capacità cognitive (quali ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze senili invalidanti di origine organica).

La perdita delle capacità cognitive viene definita come peggioramento o perdita delle facoltà intellettuali da valutarsi attraverso dati clinici e test standard che misurano il danneggiamento presente nelle seguenti aree:

- memoria di breve e lungo periodo;
- orientamento verso persone e luoghi e verso il tempo (conoscenza della data o dell'ora corrente);
- ragionamento deduttivo e astratto (risoluzione di semplici problemi, capacità di prendere decisioni razionali).
- L'Isritto verrà considerato quale sofferente di perdita di capacità cognitive, se:
  - esistono prove cliniche che la perdita di capacità cognitiva è dovuta a cause organiche;
  - dalle risposte date dall'Isritto a test standard risulta la perdita delle capacità cognitive (la valutazione delle risposte deve avvenire in conformità alle procedure e ai dati contenuti in pubblicazioni scientifiche);
  - la capacità intellettuale dell'Isritto è tale per cui, lo stesso necessita di essere sottoposto ad un continuo controllo o richiede una continua assistenza da parte di un'altra persona, al fine di proteggere l'Isritto stesso o terzi soggetti con i quali questi venisse a contatto.

Quando l'Isritto si trovi in uno stato di non autosufficienza consolidata/permanente, Unisalute garantisce l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria oppure eroga un importo a risarcimento del danno subito e a rimborso delle eventuali spese sanitarie sostenute. La scelta tra le suddette opzioni alternative tra loro deve essere effettuata dall'Isritto al momento della denuncia del sinistro. È consentito effettuare successivamente un solo cambio entro 60 giorni dalla fine di ogni semestre.

In ogni caso, la prestazione è erogata sia nei casi in cui la perdita dell'autosufficienza dia luogo al ricovero ospedaliero, che in quelli in cui non è previsto il ricovero.

### 7.1. Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene definita persona “non autosufficiente” quella incapace in modo permanente di svolgere, come sotto precisato, almeno 3 delle 6 delle seguenti “attività ordinarie della vita quotidiana”.

Per attività ordinarie della vita quotidiana si intendono:

1. **lavarsi**: la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia, di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia o la capacità di lavare in modo soddisfacente la parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (radersi, pettinarsi, lavarsi i denti);
2. **vestirsi, svestirsi**: la capacità di indossare e togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'iscritto, per la parte superiore o inferiore del corpo, purché utilizzati in modo autonomo;
3. **nutrirsi**: la capacità di bere usando un bicchiere e di mangiare usando il piatto e le posate;
4. **andare in bagno**: la capacità di controllare le funzioni corporali (orinare ed evacuare) e di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale con l'impiego di ausili e di indumenti specifici, purché utilizzati in modo autonomo;
5. **mobilità**: la capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano anche con l'ausilio di attrezzature tecniche, purché utilizzate in modo autonomo;
6. **spostarsi**: la capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici, purché utilizzati in modo autonomo.

## **7.2. Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte di Unisalute**

Entro 60 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza come definito al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", l'Isritto, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare o che comunque si occupi dello stesso, dovrà contattare Unisalute e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Isritto.

Il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro dovrà contenere un certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Isritto e la data della sua sopravvenienza. Dovrà inoltre precisare l'origine (ad esempio: incidentale o patologica) dell'affezione o delle affezioni.

In risposta, Unisalute invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Isritto o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente dell'Isritto. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.

In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test Mini Mental State Examination di Folstein).

## **7.3. Modalità di riconoscimento del risarcimento/del rimborso/dell'erogazione dei servizi di assistenza**

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Isritto è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, potrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario



Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto, potrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Isritto è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche

o in un istituto specializzato, potrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e i motivi che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso potrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto potrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Isritto, dovrà essere inviata a Unisalute.

Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Isritto sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'Isritto.

Unisalute avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Isritto da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni previste dal presente Piano sanitario all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato da Unisalute, sempreché il Piano sanitario non sia scaduto da oltre quattro mesi, quando:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione; oppure
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l'aggravarsi dello stato di salute dell'Isritto intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione.

#### **7.4. Fase d'istruttoria**

Al fine del riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte di Unisalute così come previsto dal punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", questa si impegna a rispettare le tempistiche di gestione:

- entro 20 giorni dal ricevimento della denuncia da parte dell'Isritto ovvero da parte di un suo rappresentante allo scopo delegato, Unisalute invia il questionario da compilare e richiedere ulteriore documentazione medica ove necessaria;
- entro 60 giorni dal ricevimento del questionario e della documentazione medica esaustiva Unisalute, ove lo ritenga necessario, si impegna a sottoporre l'Isritto a visita;
- entro 90 giorni dal ricevimento del questionario, indipendentemente dal fatto che sia stata o meno richiesta la visita, Unisalute si impegna a dare riscontro all'Isritto, in merito al riconoscimento o meno della non autosufficienza.

**Nel caso l'Isritto risulti in stato di non autosufficienza così come definito al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza",** avrà diritto alle prestazioni con effetto dal momento della denuncia del sinistro sempreché la documentazione prodotta risulti esaustiva e sia possibile accertare che l'Isritto si trovava in stato di non autosufficienza già al momento della presentazione della denuncia; diversamente, dal momento in cui la documentazione prodotta è esaustiva e si può certamente riconoscere che l'Isritto si trova in stato di non autosufficienza.

**Nel caso in cui l'Isritto risulti in stato di non autosufficienza così come definito al punto "Definizione dello stato di non**

**autosufficienza”** Unisalute, unitamente alla comunicazione con cui dichiara lo stato di non autosufficienza, richiederà all’Iscritto le coordinate bancarie sulle quali procedere al pagamento di quanto dovuto, ferma restando la possibilità per l’Iscritto di richiedere il pagamento tramite assegno bancario.

Il pagamento da parte di Unisalute dovrà avvenire entro 20 giorni dal ricevimento della comunicazione dell’Iscritto.

**Nei casi in cui l’Iscritto non sia in stato di non autosufficienza così come definito al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza”** Unisalute comunicherà l’esito dell’istruttoria specificandone i motivi, come da valutazione del medico incaricato da Unisalute stessa, ed indicando la rivedibilità.

Nel caso di lungodegenza Unisalute si impegna, ferme le tempistiche di gestione di cui sopra, a sottoporre a visita l’Iscritto ed a fornire a questi riscontro; in ogni caso, l’Iscritto potrà presentare la cartella clinica, o in alternativa, una relazione medica redatta dalla struttura presso la quale è in corso il ricovero da cui si desuma la data d’ingresso e i motivi che hanno reso necessario il ricovero.

## **7.5. Erogazione delle prestazioni**

Nel caso in cui l’Iscritto si trovi nelle condizioni indicate al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza”, Unisalute provvederà all’erogazione delle prestazioni, ivi inclusa la costruzione del Piano Assistenziale Individualizzato (di seguito PAI) meglio dettagliate nel successivo punto “Servizio PAI per la non autosufficienza”, nelle forme di seguito indicate:

- a) **erogazione diretta delle prestazioni di assistenza** per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato con Unisalute nei limiti dell’importo di **€ 1.000,00** mensili non rivalutabili e per una durata massima di **60** mesi, indipendentemente dalla durata del contratto oggetto del presente Piano sanitario;
- b) **Indennizzo forfettario del danno erogato in forma mensile** previa presentazione del certificato di esistenza in vita emesso

dal medico curante o dall' ufficio anagrafico di residenza, per l'importo di **€ 1.000,00** mensili non rivalutabili e per una durata massima di **60** mesi, indipendentemente dalla durata del contratto oggetto del presente Piano sanitario.

Fermo restando la copertura indicate nei punti a) e b), qualora nel nucleo familiare siano presenti dei figli minori, il periodo di erogazione si intende raddoppiato e comunque tale beneficio aggiuntivo cesserà al compimento del **22°** anno di età dell'ultimo dei figli minori. Nel caso siano presenti figli disabili ed inabili a qualsiasi lavoro proficuo, il periodo di copertura si intende triplicato indipendentemente dall'età.

In caso di decesso dell'Iscritto prima della scadenza del termine di erogazione delle prestazioni, quest'ultime saranno sospese dal primo giorno del mese successivo all'avvenuto decesso, fermo restando l'onere per i familiari di darne tempestiva comunicazione a Unisalute. Unisalute corrisponde all'Iscritto quanto dovuto, tramite bonifico bancario oppure tramite assegno bancario, in forma mensile anticipata.

## **7.6. Rischi esclusi**

Sono esclusi tutti gli Iscritti che - al momento della prima adesione alla medesima copertura - risultavano già affetti da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica che determini la perdita delle capacità cognitive (quali ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze senili invalidanti di origine organica). Nelle ipotesi sopra indicate, Unisalute non riconosce le prestazioni previste dal presente Piano sanitario ed è tenuta a rimborsare un importo pari al rateo di contributo non goduto, al netto dei relativi costi accessori.

È inoltre escluso dalla copertura lo stato di non autosufficienza causato direttamente, indirettamente o parzialmente da:

1. Dolo dell'Iscritto;
2. Infortunio precedente o malattia già diagnosticata, alla data di sottoscrizione del Piano sanitario;

3. Di fatti involontari o intenzionali dell'Isritto, uso di stupefacenti non prescritti a scopo terapeutico;
4. Di alcolismo acuto o cronico;
5. Partecipazione attiva dell'Isritto a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la copertura può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero. Oltre a ciò non sono coperti dal presente Piano sanitario, anche in mancanza di partecipazione attiva, tutti i sinistri derivanti da atto di guerra avvenuti al di fuori del territorio italiano qualora siano trascorsi più di 14 giorni tra l'inizio del primo evento definibile come atto di guerra ed il sinistro stesso o qualora le parti coinvolte non si trovassero nella regione geografica in questione prima dell'inizio dell'atto di guerra stesso;
6. Partecipazione attiva a tumulti popolari, sommosse, atti di sabotaggio, atti di terrorismo, insurrezioni, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Isritto abbia preso parte volontariamente;
7. Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
8. Incidente di volo se l'Isritto, sia come militare sia come civile, viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, ed in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio. La copertura tuttavia è operante nel caso di viaggi compiuti dall'Isritto in qualità di passeggero su linee regolarmente istituite per il pubblico esercizio della navigazione aerea e su aeromobili plurimotore di proprietà di ditte o di privati condotti da piloti professionisti con l'esclusione, in tale ultima situazione, delle trasvolate oceaniche;
9. Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, le immersioni con autorespiratore, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento dei suddetti sport, siano esse ufficiali o meno;

10. Fabbricazione e/o lavorazione di esplosivi, tossici, e corrosivi e dall'uso di attrezzature per l'effettuazione di lavori subacquei;
11. Abuso di alcolici e psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni, radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva.

### **7.7. Servizio PAI per la non autosufficienza**

L'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Isritto o l'Isritto stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" e successivi, dovrà telefonare alla Centrale Operativa (entro due settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza) al numero verde dedicato indicato da Unisalute (o dall'estero con numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia indicato da Unisalute) e fornire le informazioni richieste per poter fruire, nell'ambito del importo mensile previsto e previa autorizzazione di Unisalute, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità ivi descritte.

Unisalute, intervistando telefonicamente l'Isritto, l'amministratore di sostegno, il tutore legale o familiare preposto alla cura dell'Isritto, valuterà la richiesta pervenuta ed effettuerà una prima valutazione del caso. In questa fase, qualora Unisalute valuti che vi siano i presupposti potranno essere fornite dal Case Manager informazioni sui servizi socio sanitari erogati dalle strutture socio assistenziali le indicazioni sugli uffici deputati ad offrire assistenza a fronte di condizioni di non autosufficienza.

Il Case Manager provvede inoltre ad inviare all'Isritto una guida orientativa per le agevolazioni socio assistenziali. Il Case Manager è un infermiere responsabile dell'accertamento dei problemi dei pazienti e delle loro famiglie, identifica i problemi esistenti o potenziali, valutando le condizioni fisiche psicosociali o emotive della persona e sviluppa poi il PAI che risponde alle necessità identificate.

A seguito del contatto telefonico l'Isritto, l'amministratore di sostegno, il tutore legale o familiare preposto alla cura dell'Isritto dovrà produrre idonea documentazione. Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta, Unisalute 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.

L'attivazione della copertura avverrà secondo le seguenti modalità:

**1. Nel caso in cui Unisalute riconosca lo stato di non autosufficienza consolidato** all'Isritto 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 le indicazioni dei servizi assistenziali forniti dagli Enti Pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Isritto una guida orientativa contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti, necessità espresse dall'Isritto o dai familiari. Qualora l'Isritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle sotto elencate, Unisalute, nei limiti dell'importo mensile, provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'Isritto che nelle strutture stesse.

All'Isritto 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 di Unisalute, quelle che verranno erogate con tariffe agevolate il cui costo rimarrà a carico dell'Isritto e quelle eventualmente rifiutate dall'Isritto. Questo documento dovrà essere firmato dall'Isritto o dall'amministratore di sostegno, dal tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell'Isritto, per accettazione del PAI. Le prestazioni erogabili a seguito del processo sopra indicato sono di seguito elencate:

- Assistenza fornita da Infermiere / Operatore Socio Sanitario/ Assistente familiare;
- Badante;

- Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- Accertamenti diagnostici;
- Trasporto in ambulanza;
- Prestazioni erogate in regime di ricovero.

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

Unisalute provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica in base ai riscontri ricevuti dall'Isritto stesso e/o dalle strutture convenzionate con Unisalute stessa, utilizzate per l'erogazione delle sopra elencate prestazioni.

Qualora a seguito dell'esaurimento dell'importo massimo previsto una prestazione rimanga a parziale o a totale carico dell'Isritto, è possibile usufruire tramite condivisione con il Case Manager e la Centrale Operativa della prenotazione delle prestazioni sanitarie/assistenziali e l'invio, alle strutture prescelte tra quelle facenti parte della Rete, di una comunicazione che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Isritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

**2. Nel caso in cui Unisalute 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'Isritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espressi dall'Isritto o dai familiari.

Qualora l'Isritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), Unisalute provvederà a prenotare tali prestazioni il cui costo resterà a carico dell'Isritto e invierà, alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria rete, una comunicazione che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate Unisalute con un conseguente risparmio rispetto al



tariffario normalmente previsto.

Unisalute provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente alla sua modifica in base ai riscontri ricevuti dall'Isritto stesso e/o dalle strutture convenzionate con Unisalute ed utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste al precedente punto.

Unisalute si riserva la facoltà di sottoporre l'Isritto 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'Isritto comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza Unisalute rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate per tramite Unisalute stessa nei limiti dell'importo massimo mensile.

Qualora invece le condizioni dell'Isritto non rientrassero più nei parametri della non autosufficienza, tali prestazioni rimarranno a carico dell'Isritto stesso.

**3. Nel caso in cui Unisalute non riconosca lo stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all'Isritto.** Laddove al termine dell'istruttoria risultasse che l'Isritto abbia bisogno di una terza persona per svolgere 2 su 6 delle attività della vita quotidiana di cui al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", all'Isritto 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'Isritto una guida orientativa contenente informazioni rispetto al Comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Isritto o dai familiari.

Qualora l'Isritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), Unisalute provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Isritto, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria rete, una comunicazione che permetterà allo stesso l'applicazione di tariffe riservate Unisalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario previsto.

## 8. CONTRIBUTO

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

**Contributo individuale (operante per i soli familiari) € 53,20**

## 9. FORO COMPETENTE

Per la risoluzione di eventuali controversie, il foro competente è quello di residenza o domicilio dell'Assicurato.

## 10. RECLAMI

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente 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 per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892 - e-mail [reclami@unisalute.it](mailto:reclami@unisalute.it)**.

Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it).

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

Per poter dare seguito alla richiesta nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) del contraente di polizza.

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](http://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](http://resolution-network-fin-net.it) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

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

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

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



